



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave i klinisk helse- og omsorgsvitenskap

HELS-OPPG

Predefinert informasjon

Startdato:	18-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	01-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 HELS-OPPG 1 O-1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	203
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Huordan kan vi forstå sykepleieres erfaringer med å oppleve vold/trusler i somatisk sykehusavdeling, og hva kan være deres omsorgsbehov?
Antall ord *:	31327

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen** Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



MASTEROPPGAVE

Hvordan kan vi forstå sykepleieres erfaringer med å oppleve vold/trusler i somatisk sykehusavdeling, og hva kan være deres omsorgsbehov? En kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk studie av hvordan de kan bevare helse.

How can we understand nurses' experiences of experiencing violence/threats in somatic hospital wards, and what can be their care needs? A qualitative phenomenological hermeneutic study of how to preserve health.

Reidun Erland

Master i klinisk helse og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FSH) / Institutt for Helse- og omsorgsvitenskap / Masteroppgave i klinisk helse og omsorgsvitenskap
HELS-OPPG / Campus Stord
Veileder: Kari Marie Thorkildsen, førsteamanuensis
Innleveringsdato: 18.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.



Figur 1. «After Hours». Fra «The Art of Nursing», av H. Børs-Lind, 2020 (<http://piecebtpiece.no/project/after-hours-the-art-of-nursing/>). Gjengitt med tillatelse.

Forord

Idéen til studien fikk jeg etterhvert som kunnskap i omsorgsvitenskap tredje frem. Denne forståelsen motiverte meg til å se nærmere på tematikken rundt vold og trusler mot sykepleiere. Arbeidet med prosjektplan begynte våren 2019, og jeg ser nå tilbake på en lang og utfordrende, men svært lærerik arbeidsprosess. Prosjektplan har blitt fulgt, men tidsplanen ble annerledes enn først planlagt. Jeg fullførte intervjuene i løpet av sensommer 2019, og hadde deretter ett års pause i prosjektet på grunn av arbeidssituasjon. Jeg fortsatte med prosjektarbeidene høsten 2020, og har jobbet intenst med analyse, metode, teori og drøfting høsten 2020 og våren 2021.

Jeg ønsker å rette en stor takk til informantene som har bidratt til denne studien. Deres bidrag har gjort det mulig å forstå hvordan sykepleiere erfarer vold og trusler på jobb i somatisk sykehusavdeling, og hvordan vi kan forstå deres omsorgsbehov etter slike opplevelser. Jeg har kjent meg svært ydmyk for tilliten de har vist meg med å dele opplevelsene de har hatt.

Tusen takk til min mann og mine barn for deres raushet, tålmodighet, kjærighet og forståelse. De har gitt meg rom til å jobbe med studier både dager og kvelder, helger og ferier over lang tid for å få dette til.

Takk til medstudenter for gode omsorgsvitenskapelige refleksjoner. Takk til mine nærmeste venner som har stått med meg på veien med støtte, forståelse og oppmuntring. Takk til kollegaer som har vist interesse for prosjektet, for oppmuntring underveis og for korrekturlesning av prosjektet. Takk til arbeidsgiver som har tilrettelagt for at jeg har kunne gjennomføre studiene. Tusen takk til fylkesledere i Norsk Sykepleierforbund for hjelp i forbindelse med å innhente informanter. Takker også Norsk Sykepleierforbund for stipend til masterutdanning.

Og ikke minst retter jeg en stor takk til min kunnskapsrike, omsorgsfulle og tålmodige veileder Kari Marie Thorkildsen ved Høgskulen på Vestlandet. Du har gitt god veiledning og støtte gjennom dette forløpet, du har vært en klippe og vist vei frem til et resultat som jeg er stolt av.

Sammendrag

Bakgrunn: Bakgrunnen for denne studien er å se nærmere på hva sykepleiere som opplever vold/trusler har erfart, og hva som er deres omsorgsbehov. Studien er basert på omsorgsvitenskapelig perspektiv.

Hensikt: Hensikten med studien er økt kunnskap til å forstå hva sykepleiere har opplevd i forbindelse med vold /trusler i somatisk sykehusavdeling, og hvordan man kan møte deres omsorgsbehov.

Problemstilling: Hvordan kan vi forstå sykepleieres erfaringer med å oppleve vold/trusler i somatisk sykehusavdeling, og hva kan være deres omsorgsbehov?

Metode: Studien har et kvalitativ design med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming av hvordan sykepleierne kan bevare helse. Det er brukt et bekvemmelighetsutvalg for å innhente informanter, og dybdeintervju som datasamlingsmetode. Malterud`s systematiske tekstkondensering (STC) ble brukt som analysemetode.

Funn: Fem hovedtema kom frem av analysen, med elleve subtema. Hovedtemaene var *kommunikasjonssvikt, underbemanning øker frykt, utilstrekkelig opplæring og oppfølging, usynlighets-skammen og vold og trusler på jobb og personlige konsekvenser.*

Konklusjon: Det omsorgsvitenskapelige perspektivet har gjort det mulig å få ny og dypere forståelse av hva sykepleierne har erfart, og hva som er deres omsorgsbehov etter å ha opplevd vold/trusler. Studien viser at sykepleiere har eksistensielle sår. De er i behov for naturlige menneskemøter for å fremme helse i sin lidelse. Bruk av DEF-modellen og kollegastøtteordning kan bidra til å møte sykepleiernes behov.

Nøkkelord: sykepleier, vold, trusler, sykehus, skam, verdighet, helse, lidelse, livsverden, livsforståelse, medmenneske, DEF-modellen, kollegastøtte, eksistensiell katastrofe, omsorgsvitenskap

Summary

Background: The background for this study is to take a closer look at what nurses who experience violence/threats have experienced and what is their care needs. The study is based on a caring science perspective.

Objective: The purpose of the study is increased knowledge to understand what nurses have experienced in connection with violence /threats in the somatic hospital ward, and how to meet their care needs.

Problem: How can we understand what nurses have experienced from violence/threats in somatic hospital wards, and what may be their care needs?

Method: The study has a qualitative design with a phenomenological hermeneutic approach to how nurses can preserve health. A convenience sampling has been used to collect informants, and in-depth interviews as a data collection method. Malterud's systematic text condensation (STC) was used as an analysis method.

Findings: Five main topics emerged from the analysis, with eleven sub-themes. The main topics were *communication failure, understaffing increases fear, inadequate training and follow-up, the invisible shame* and *violence and threats at work do have personal consequences*.

Conclusion: The caring science perspective has made it possible to gain a new and deeper understanding of what the nurses have experienced and what is their care needs after experiencing violence/threats. The study shows that nurses have existential wounds. They are in need of natural human encounters to promote health in their suffering. The use of the DEF model and colleague support scheme can help to meet the nurses' needs.

Keywords: nurse, violence, threats, hospital, shame, dignity, health, suffering, life world, understanding of life, fellow human being, DEF model, colleague support, existential disaster, caring science

Innhold

FORORD	1
SAMMENDRAG	
SUMMARY	
INNLEDNING	1
1.1 Presentasjon av prosjekt og bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Oppgavens struktur	3
1.4 Begrepsavklaring	4
2. TEORI	5
2.1 Forankring i Klinisk omsorgsvitenskap	5
2.2 Helse	6
2.3 Lidelse	10
2.4 Helsen og lidelsens livssammenheng	14
2.5 Verdighet og skam	15
2.6 Livsverden	20
2.7 Livsforståelse	23
2.8 Sansesfilosofisk tilnærming, undring og det fiktive rom	25
2.9 Medmenneske	26
2.10 DEF – Det Eksistensiella Förbandet / Den eksistensielle bandasjering	27
2.8. Tidligere forskning	33
2. METODE	35
3.1. Metodologi	36
3.1.1. Fenomenologi	36
3.1.2. Hermeneutikk	37

3.1.3	Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming	38
3.2.	Forforståelse	39
3.2.	Fremgangsmåte.....	40
3.3.	Utvalg eller deltakere	40
3.4.	Datasamling.....	41
3.4.1	Gjennomføring av intervju	42
3.4.2	Transkribering.....	43
3.5.	Metode for analyse	44
3.5.1.	Et helhetsinntrykk.....	45
3.5.2.	Meningsbærende enheter.....	45
3.5.3.	Kondensering.....	47
3.5.4.	Syntese	49
3.5.5	Validering.....	50
3.6.	Forskningsetikk.....	50
3.	RESULTATER/FUNN.....	53
4.1	Kommunikasjonssvikt.....	54
4.1.1.	Var ikke forberedt	54
4.1.2.	Mangelfull informasjon	54
4.2	Underbemanning øker frykt.....	55
4.2.1.	Redd på jobb ved vold og trusler.....	55
4.2.2.	Betydningen av bemanning.....	55
4.3	Utilstrekkelig opplæring og oppfølging	56
4.3.1	Manglende individuelt tilpassa oppfølgingstiltak etter hendelsene	56
4.3.2	Behov for opplæring og gjennomgang av rutiner ved vold og trusselsituasjoner	57
4.4	Usynlighetsskammen	58
4.4.1	Opplevelse av egen verdighet	58
4.4.2	Pleiernes tanker om man har gjort noe galt.....	58
4.5	Vold og trusler på jobb får personlige konsekvenser.....	59
4.5.1	Psykiske reaksjoner	59

4.5.2	Fysiske reaksjoner	59
4.5.3	Endring av arbeidssted som konsekvens av hendelsen	60
5.	DRØFTING.....	61
5.1	Volden og truslene som en personlig eksistensiell katastrofe	61
5.2	Betydningen av helse og lidelse i et ontologisk perspektiv.....	62
5.3	Menneskemøte ved hendelseskonsekvenser	65
5.3.1	Omsorg som lindrer lidelse og fremmer helse.....	66
5.3.2	Menneskemøte med utgangspunkt i livsforståelse og filosofisk undring.....	70
5.3.3	Eksistensiell omsorg som kan lindre lidelse	75
5.3.3.1	Kollegastøtter kan møte sykepleierne sine eksistensielle sår som noe naturlig.....	76
5.3.3.2	Kollegastøtter som «lys» i mørket.....	77
5.3.3.3	Kollegastøtter og ledere må la sykepleieren være uten krav	78
5.3.3.4	Voldskonsekvenser gir behov for moderlig omsorg.....	79
5.3.3.5	Omsorg i form av konkrete tiltak	80
5.3.3.6	Kollegastøtteordning kan møte behovet for fellesskap	81
5.3.3.7	Sykepleiernes eksistensielle sår åpnes og lukkes i intervaller.....	82
5.4	Forslag til videre forskning	83
5.5	Metodiske betraktninger.....	83
5.6	Pålitelighet og gyldighet	85
	AVSLUTNING.....	87
	REFERANSER	89
	VEDLEGG 1. SØKETABELL.....	93
	VEDLEGG 2. NSD (NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA): VURDERING/GODKJENNING	94
	VEDLEGG 3. INFORMASJONSSKRIV TIL NSF (NORSK SYKEPLEIERFORBUND) ANNONSE.....	97
	VEDLEGG 4. INFORMASJONSBREV, MED SKJEMA FOR SAMTYKKEERKLÆRING, TIL INFORMANT	98
	VEDLEGG 5. INTERVJUGUIDE.....	102

Innledning

1.1 Presentasjon av prosjekt og bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er mangeårig erfaring i yrket som sykepleier i klinisk virksomhet, både i kommunehelsetjeneste og i sykehus, hvor jeg har opplevd mange ganger å ha kollegaer som har blitt utsatt for vold og trusler på jobb. Det kan virke som at forventningene til hva sykepleiere «skal måtte tåle» er store. Når de da opplever vold/trusler på jobb, hvordan har de det, egentlig?

I arbeidsmiljøloven (2005, § 1-1) fremkommer det i lovens formål blant annet at det skal sikres et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Videre i arbeidsmiljøloven (2005, § 3-2) står det at det skal utarbeides en skriftlig instruks om hvordan arbeidet skal utføres og hvilke sikkerhetstiltak som skal iverksettes, der det utføres arbeid som kan innebære fare for liv og helse. For å møte noen av disse kravene finnes det blant annet en nasjonal Veileder utarbeidet av Helsedirektoratet (2016), som er basert på nasjonal og internasjonal forskningsbasert kunnskap. Denne er tiltenkt både kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, hvor deres forpliktelser til oppfølging etter traumer tydeliggjøres. Målsettingen med veilederen beskriver at behovet for psykososial oppfølging dreier seg om både enkelthendelser av begrenset omfang, og i en beredskapssituasjon/katastrofesituasjon. Denne viser behovet for fokus på temaet.

I studien til Christie (2014) fremkommer det at det ofte er sykepleiere av personalgruppen som lider av konsekvensene etter slike hendelser. Studien konkluderer blant annet med at det kreves ytterligere forskning på hva som kan være effektive løsninger på å håndtere emosjonell smerte hos sykepleierne, og at det kreves oppfølging av ledelsen.

Support Our Staff (SOS) er et program som ble utviklet for å hjelpe helsepersonell som hadde blitt verbalt eller fysisk angrepet til å mestre de psykologiske konsekvensene av dette.

Bakgrunnen for dette er langvarig forskning på sykepleiere som har opplevd vold utøvd av pasienter. Overfall fra pasienter beskrives som epidemiske proporsjoner både i sykehus, og i

pasientsituasjoner utenom sykehus. Resultatene viser at SOS programmet var til hjelp for deltakerne i gruppen. De følte seg bedre forberedt på å takle fremtidige angrep. Likevel følte deltakerne skyld for hendelsen, og mangel på støtte fra ledelsen (Lanza, Schmidt, McMillan, Demaio & Forester, 2010).

Dette motiverer meg til å gjøre denne studien, for å tilstrebe å forstå mer av hva sykepleierne selv kan fortelle oss om hvordan de har opplevd dette og hva som er sine behov i ettertid av slike hendelser.

Problemstillingen er:

Hvordan kan vi forstå sykepleieres erfaringer med å oppleve vold/trusler i somatisk sykehusavdeling, og hva kan være deres omsorgsbehov?

Jeg ønsker å gjøre en kvalitativ fenomenologisk hermeneutisk studie av hvordan de kan bevare helse. Søk i ulike databaser viser at det foreligger mye forskning omkring vold/trusler mot sykepleiere. Hensikten med denne studien er å løfte frem temaet, og å se om nye funn i lys av en omsorgsvitenskapelig tradisjon kan bidra til økt forståelse for sykepleiernes omsorgsbehov. Slik forståelse kan komme til nytte for sykepleierne selv og for deres kollegaer, for ledere og for ulike yrkesgrupper som jobber i for eksempel kriseteam, også gjerne for bedriftshelsetjenesten.

På Nordlandssykehuset har seksjon for pasientsikkerhet, og deres leder Hilde Normann vært pådriver for å opprette en kollegastøtteordning for helsearbeidere som har erfart utfordrende yrkesopplevelser. På deres nettsider forklarer hun at kollegastøtte satt i system gir ansatte hjelp til å bearbeide vanskelig følelser. Normann synes det er urimelig at enkeltpersoner skal bære byrden når systemene svikter, og senskader kan forebygges hos helsepersonell om de får hjelp til å sortere i større og mindre bekymringer tidlig. De viser selv til uhøytidelige høringer med helsepersonell som har vist at de har behov for å snakke med andre når de har hatt uønskede hendelser, og at helsepersonell også ønsker å stille opp for hverandre. De mener at kollegastøtteordningen kobler sammen behov og tilbud, og at trygghet hos personalet er et viktig

fundament i pasientsikkerhetsarbeid, slik at personalet klarer å gjøre en bedre jobb ved å ta vare på pasienter og pårørende. Kollegastøtter har taushetsplikt og rapporterer ikke til verken ledere eller HR, det er en samtale mellom to mennesker som deler felles erfaringer (Normann, 2019). Administrerende direktør på Nordlandssykehuset, Strand (2019), sier at en kollegastøtteordning har den enkelt helsearbeider i fokus etter alvorlige hendelser. Debriefing på sin side omfatter hele teamet som har vært involvert i hendelsene. Han sier videre at Nordlandssykehuset har tatt et skritt videre og startet et eget utdanningsprogram i forbedringsarbeid, om kvalitet, pasientsikkerhet og forbedringsarbeid generelt. Kan dette være løsningen for å møte sykepleierne som har opplevd vold/trusler sine omsorgsbehov?

Pasientene vil også ha et stort omsorgsbehov i forbindelse med slike hendelser, men denne studien setter sykepleiers behov i fokus.

Jeg er nødt til å avgrense studien, og velger derfor somatisk sykehusavdeling. Jeg velger også vekk psykiatri, da dette kan innbefatte egne hensyn.

Jeg ønsker å bruke en kvalitativ metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming i studien, og vil intervju sykepleiere som jobber eller har jobbet ved somatiske sengeposter i større sykehus.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven starter med en teoridel med presentasjon av relevant teori om klinisk helse- og omsorgsvitenskap. Teorier om forankring i omsorgsvitenskap, helse, lidelse, helse og lidelsens livssammenheng, verdighet og skam, livsverden, livsforståelse, sansefilosofisk tilnærming, undring og det fiktive rom, medmenneske og DEF-modellen blir presentert. Dette er sentralt innen dette perspektivet og tema for oppgaven. I metodedelen presenteres metoden jeg har brukt. Oppgaven har en kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Det vil her bli beskrevet hvordan jeg har gått frem i forskningen, og hvilken betydning min forforståelse har hatt for forskningsprosessen. Deretter følger resultatene i eget kapittel. I drøftingsdelen blir funnene drøftet opp mot teori og tidligere forskning, og forskerens stemme tas også med. Her kommer

også forslag til videre forskning. I avslutningen kommer en konklusjon på problemstillingen, og hvilken konsekvens min forskning kan ha for praksis.

1.4 Begrepsavklaring

Eriksson, gjengitt av Söderlund (2017, s. 296), beskriver opprinnelsen til begrepet *vårda* med utgangspunkt i gammels svensks `varpa` - å akte, bry seg om og ta ansvar for. I omsorgsvitenskapen blir vårdande beskrevet i relasjon til begrepene pasient, helse, sykdom og lidelse. Vårdande og omvårdnad utgjør noe mer enn vård i betydningen helbredelse (curing). Begrepene i seg selv kan ikke utelukkende reduseres til medisinsk behandling, teknikk og metoder. Söderlund viser til Watson som setter vårdande (caring) sentralt i arbeidet mennesker imellom, og blir dermed avgrenset til menneskelig vårdande (human caring). Det caritative vårdande, slik Eriksson benevner det, gjengitt av Söderlund, er når vårdaren inviterer og tar imot pasienten i en ånd som er preget av uselvisk og vilkårsløs kjærlighet. Begrepene vård, omvårdnad, vårdande og vårdaren blir derfor brukt i dette prosjektet slik de står i litteraturen.

Det er ønskelig å gjøre en avklaring på benevnelsen pasient i den valgte litteraturen. Eriksson sier som nevnt ovenfor, at vårdande handler om arbeidet mennesker imellom - menneskelig vårdande (human caring), så selv om litteraturen bruker benevnelsen pasient om den som mottar vård, vil det være naturlig å tenke om de berørte sykepleierne det handler om i dette prosjektet.

2. Teori

2.1 Forankring i Klinisk omsorgsvitenskap

Den kliniske omsorgsvitenskapens bærende ide er å åpenbare en dypere meningsammenheng. Det kan gjøres ved å tydeliggjøre de mønstre som bærer den systematiske omsorgsvitenskapens teoretikere og ethos. Klinisk omsorgsvitenskap er kunnskap om omsorg. Den primære forskningsinteressen er å øke forståelsen om omsorgens fundament og utøvelsen av omsorg, samt de kontekstuelle forutsetningene for omsorg. Denne kunnskapen levendegjøres gjennom en retorisk tradisjon, og forståelsen fornyer både tanke, følelse og handling. Den kliniske omsorgsvitenskapens unike struktur trer frem i tematikken. (Eriksson & Lindström, 2003, s. 3-20).

Kjernen av ethos består i omsorgsvitenskapen av caritas, som er kjærlighets- og barmhjertighetstanken. I tillegg består ethos av følelsen og ærbødigheten for menneskets hellighet og verdighet, ethos former retningen, søket og konklusjonen. Det er dette som utgjør omsorgsvitenskapen og vårdandets grunnmotiv. Ethos stammer fra gresk og betyr sed, karakter. Eriksson gjengir Ahlman som kaller Ethos for en grunnverdi, og sier at ethos er kulturens innerste kjerne. Ethos kan tolkes som en toneart og en melodi, og kan åpne opp det evige og det hellige for oss. Ethos bærer på tanken om fellesskap. Eriksson gjengir Kemp som sier at ethos er det gode liv der man kjenner seg hjemme. Her er det gode liv med trygghet og styrke, der man har beskyttelse og man kan finne hvile. Her kan man være den man innerst inne er. I hjemmet har alle sin egen plass, og i fellesskap kan man forme de grunnleggende etiske verdiene og idealene. Ethos og etikk hører sammen, men ethos er noe utover etikken. Det skal forstås som et budskap om at vår etiske kode innebærer at vi forstår at vi ikke kan forstå andre mennesker fullt ut. Etikk bør utvikles med forankring i ethos. Slik kan den ha en dypere verdigrunn. (Eriksson, 2003, s. 21-22).

Omsorgsvitenskapens ontologi avgrenses ved hjelp av noen bærende kjerne- og grunnbegrep, ifølge Eriksson & Bergbom (2017, s. 35-39). For å forklare hvordan den grunnleggende

begrepsordningen bestemmes, kan kjernebegrep ses på som det innerste av et begrep, og avspeiler den dype strukturen i vårdande. Kjernebegrepenes vesensegenskaper er det som bestemmer at et begrep er et begrep, og gir omsorgsvitenskapen dybde i teorien. Kjernebegrep bærer på det gode og det skjønne, og det sannhetslike. Det er naturlig og uforanderlig, og står for ontologisk evidens og er det bestående i vårdande. Kjernebegrep kan ikke tas vekk, det holder enheten sammen, og er alltid nærværende i grunnbegrepene. Både kjernebegrep og grunnbegrep er bærere av vesensegenskaper, men grunnbegrep tilfører kjernebegrepene substans. Grunnbegrepene utvider begrepets omfang og dybde, og utvider ontologien. Relasjonen mellom disse begrepene former den innerste teorikjernen i en begrepsmodell, og synliggjøres av axiom. Axiom er grunnprinsipper, som at helse og lidelse hører sammen. Praksisbegrepet bærer på både grunn- og kjernebegrep, og kan tolkes som kliniske begrep som handler om vårdande. Gadamer, gjengitt av Eriksson & Bergbom, uttrykker at praksis og teori ikke kan skilles, og kan komme til uttrykk i for eksempel hode-hjerte-hånd modellen.

Gjennom ethos og arete blir begrepene levende. Det gjelder også språket, vitende, praksis og forskning. Er man bærer av ethos og arete, har man et våkent blikk, man ser og hører. Man er nysgjerrig av naturlig vis til å ønske å vite, og søker dermed kunnskap til å kunne vite. Prosessen hvor man tilegner seg begrepenes innhold og omsetter dem i handling, kalles for applikasjonen. Forutsetningen for dette er at man forstår substansen, begrepene, og ethos og arete. Slik kan begrepene bindes sammen til en indre ordening og en viten som er både praksis og teori, og man kan komme til umiddelbar evidens. (Eriksson & Bergbom, 2017, s. 36-37).

2.2 Helse

Jormfeldt (2020, s. 158-159) sier det er viktig at man som vårdare reflekterer over hvordan man forstår og tilnærmer seg pasienters helse og uhelse. Dette er nødvendig hvis man skal kunne forstå hva som er fokus i helsefremmende og gjenopprettingsorientert omsorg. Hun sier videre at ingen disiplin, vitenskapelig retning eller profesjon har fortrinn i tolkning av helsebegrepet, det er menneskets egen opplevelse av helse som er av avgjørende betydning. Likevel vil omsorgen oppleves av hvordan ord, termer og begrep forstås og brukes i vården. Ved å forstå ulike

perspektiv på helse, kan det bidra til at man som vårdare blir bevisst om egen forforståelse. Dette igjen kan bidra til å påvirke relasjoner til våre pasienter.

På bakgrunn av et *biomedisinsk* perspektiv, blir helse og sykdom sett på som hverandres motpoler, sier Jormfeldt. Når man ser på saken på den måten innebærer det at man er frisk og har helse, eller at man er syk og har uhelse. Dette gjør det umulig å forene begge tilstandene i ett og samme menneske ved et gitt tilfelle. Ved dette perspektivet fremkommer det noen nøkkelaspekter, hvor kropp og sjel ses på som separate fenomener. Det kaller man for en dualistisk synsvinkel. Man betrakter også kroppen som en maskin ved slikt perspektiv, og kaller det for maskinvarefeilmodellen. Denne synsvinkelen innebærer også et fokus på biomedisinske årsaker til sykdom. Dette kalles for patogenese. I tillegg er det et nøkkelaspekt som peker mot at spesifikk sykdom har spesifikk årsak. Dette kalles for et monokausalt perspektiv, og innebærer at helse betraktes som sykdommens negasjon. Dette vil si at mye av en patogen faktor ses på som årsak til sykdom, og lite av samme faktor blir sett på som å skape helse.

Helse ut fra et *humanistisk* perspektiv beskrives som et individ sine sosiale og personlige ressurser, samt sine fysiske evner i sitt daglige liv. Man kan se på helse som en personlig ressurs i livet for at man skal kunne oppnå sine mål. Jormfeldt (2020, s. 159) viser til Antonovksy (1991), som sier helsen blir påvirket av opplevelsen av at det som skjer er forutsigbart og forståelig, håndterbart og meningsfullt. Renolen (2015, s. 172-173) viser til sosiologen Antonovskys` s begrep salutogenese, som det motsatte av patogenese, og som handler om hva som gjør oss friske. Hans fokus ligger på individets historie og hvilken mestringsevne personen tidligere har vist. Han mener at en salutogenetisk tilnærming kan lede til dypere forståelse og viten om hvilke faktorer som bidrar i retning av mestring av helseproblem. Et kjernebegrep i hans teori er opplevelse av sammenheng (OAS). Disse består av tre komponenter, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Jormfeldt viser til at miljømessige faktorer som sosiale, kulturelle og økonomiske faktorer innbefattes også i et positivt helsebegrep. Helse og sykdom er parallelle prosesser gjennom livet, og er ikke hverandres motpoler ved det humanistiske perspektivet.

Jormfeldt sier videre at helse kan beskrives som en utviklingsprosess ved et *omsorgsvitenskapelig* perspektiv. Det innebærer at individet lever i tråd med sine verdier, og deltar aktivt i utviklingen av mening, noe som oppstår i interaksjonen mellom individet og dens omverden. Slik kan

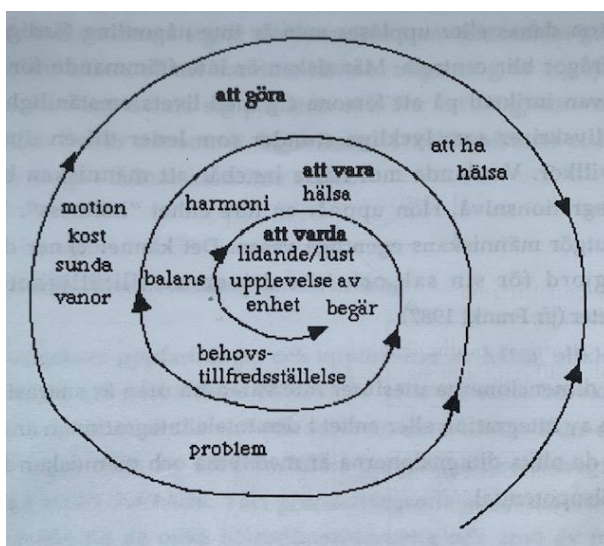
mennesker oppleve enhet og sammenheng, og en slik opplevelse av mening kan gjøre at helse kan være forenelig med tålelig lidelse.

I omsorgsvitenskapen fordypes og artikuleres et humanvitenskapelig helsebegrep, og begrepet beskrives som mangedimensjonelt. Det kan forstås ved at helse inneholder ulike dimensjoner, samtidig som begrepet helse kan relateres til andre begrep for å åpne opp for nye muligheter til forståelse av helse, og hvilken betydning det kan ha i menneskers liv. Helse relateres til selve meningen med livet, og ved å bli bevisst helsens dypere dimensjoner unngår man å avgrense helse til å kun gjelde én type atferd og gode helsevaner. (Wärna-Furu, 2017, s.157-162).

Katie Eriksson ledet utviklingen av prosjektet *Den mangedimensjonelle helsen – virklighet och visioner* (Eriksson, 1995, s. 1-19). Prosjektets overordnede mål var å øke bevisstheten, samt innføre et videre syn på begrepet helse innen helse og omsorgstjenesten. Den mangedimensjonelle helsen utgår fra synet på mennesket som kropp, sjel og ånd, og ser på menneske som fungerende i en sosiokulturell, materiell og økologisk verden. Prosjektet førte til utvikling av Den ontologiske helsemodellen, hvor man tenker at en dypere bevisstgjøring av helsebegrepet kan reflekteres i praksis. Dette er basert på at prosjektet viste at helsebegrepet går utover det som tredder frem i litteraturen. De to perspektivene er det *biologisk-statistiske* fokuset som er rettet mot en spesiell del av den menneskelige organismen, dens oppbygging og funksjon, og mot et *holistisk* fokus, som sikter på menneskenes velbefinnende, deres evne til å handle, deres mål og muligheter. Prosjektet resulterte i et tredje perspektiv som har grunnlag i et humanistisk-kristent menneskebilde, og som benevnes som det *ontologiske* helsebegrepet. Dette utgår fra begrepet helse som ett görande (å gjøre), varande (å være) og et vardande (tilblivelse) mot en dypere enhet, som beskrives som holiness. Disse skal forstås som ulike dimensjoner og ikke som en absolutt klart avgrenset tilstand, og vil finnes i ulike grader, samt variere i ulike situasjoner. Den grunnleggende antakelsen for den ontologiske helsemodellen er at grunnleggende ulikheter i helsebildet til mennesker ikke utelukkende kan forklares av ulike former for helseatferd eller menneskelige behov, men forskjellene må søkes i mer dyptgripende motiver eller i personlig motiv for helse. Helse ses på som en integrert del av menneskers liv og væren, en helhetsopplevelse. Å oppleve seg som hel innebærer i dyp mening å kjenne ærbødighet for sitt eget liv, og for seg selv som menneske, og at man er unik. Dette forutsetter at man er i

kontakt med sin innerste kjerne, med sin åndelighet og religiøsitet. Helse betyr helhet og hellighet, begrepslig og historisk sett. Hellighet vil si menneskers dypere visshet om sin unikhhet, og sitt ansvar som menneske og medmenneske. Helhet vil si menneskers værende som kropp, sjel og ånd som uatskillelige dimensjoner. Helse kan som følge av dette ikke i egentlig mening å forstås uten at den blir utviklet gjennom menneskets eget indre helsepotensial og muligheter. En forutsetning for å komme til sitt indre helsepotensial er en dypere bevissthet, en bevissthet om kontrastene mellom helse og lidelse, og om mulighetene i menneskets indre ressurser. Helse og lidelse utgjør to ulike sider av menneskets livsprosess. Helse og lidelse er integrert i hverandre, og er stadig nærværende i menneskets liv. Menneskene opplever varierende grad av lidelse og/eller helse avhengig av omstendighetene. Mennesket berøres på ulike vis, gjennom språket og gjennom relasjoner. Relasjoner kan være menneskerelasjoner, gudsrelasjon eller naturopplevelse. Når mennesket blir bevisst, søker den seg frem til livslyst og helse, til tross for at det kan være anstrengende og innebære lidelse.

Eriksson sier videre at helse som et ontologisk begrep handler om et menneskets vardande mot en enhet, hvor helse utgjør en integrert del av menneskers liv. Den ontologiske helsemodellen (modell 1) synliggjør hvordan vardande, varande og görande er ulike dimensjoner mot en dypere forståelse av helse hvor mange av våre indre ressurser finnes (Eriksson, 1995, s. 12-13).



Modell 1: Den ontologiske helsemodellen (Eriksson, 1995, s. 13)

Dette er en bevegende prosess som mennesket befinner seg i, og bevegelsene kommer til uttrykk i menneskets opplevelse av ulike problem, behov eller begjær.

På gørande-nivå ser man på helse ut ifra ytre objektive kriterier, hvor tenkningen er «å ha helse». Man ser helse opp imot visse typer atferd, det å leve sunt og unngå det som kan ha risiko for helsen. Man har fokus på det som har med sykdom å gjøre.

På varande-nivå etterstrebes opplevelse av velbefinnende i balanse og harmoni, og det står sentralt å tilfredsstille opplevde behov. Det innebærer at man tilstreber balanse i relasjoner og livssituasjoner. Man forstår forholdet mellom fysiske og psykiske faktorer, mellom kropp og sjel, og mellom indre og ytre faktorer.

På vardande-nivå er ikke menneske fremmed for lidelse og kan forsones med livets omstendigheter og bli hel på et dypere integrasjonsnivå, både med livskriser og med lykkelige stunder. Helse som vardande utgår fra at menneske er i stadig utvikling. På dette nivået blir livsspørsmål sentrale. Mennesket oppnår «holiness», en indre enhet som utgjør menneskets egentlige vesen (Eriksson, 1995, s. 13-14).

Dyd (eng. *virtue*, grek. *arete*) står for det gode, og ut fra betydningen *virtue* viser dyd veien til helsens indre rom, mens *arete* betyr å gjøre noe helhjertet og ta ansvar for realiseringen av det gode, ifølge Eriksson som henviser til Gadamer. Dydene gjør menneske menneskelig, og gir menneske et menneskeverdig liv, da verdier grunnet i dydene gir en levende etikk (Wärna-Furu, 2017, s.163).

2.3 Lidelse

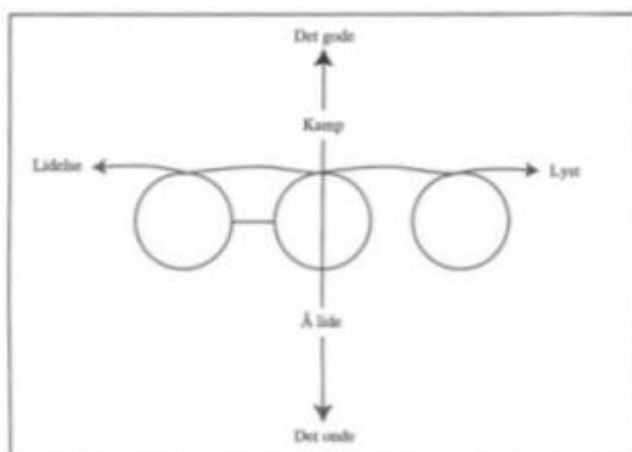
Lidelse (eng. *suffering*) er et omsorgsvitenskapelig kjernebegrep, ifølge Arman (2017, s. 213-212). Det hører til all vårdande og medisinsk virksomhets fellesskapelige motivasjon å lindre lidelse, og forståelse og kunnskap om lidelse er vårdandets hjerte. Lidelse har en dobbeltbetydning som begrep og som fenomen. På den ene siden finnes smerten og plagene, på den andre siden finnes en lidelse som er livets prøvelse og er for mange en forutsetning for personlig utvikling. Helse og lidelse står i relasjon til hverandre, hvor helse forutsetter at menneske kan leve med opplevelser av uro og lidelse

Som verb innebærer lidelse å gjennomleve og utstå smerte, å anerkjenne smertefulle omstendigheter, å gjennomgå, å utholde, å tolerere, å tåle, å bære. Man kan også koble lidelse til en annen spesifikk omstendighet, som setter lidelse som en egenskap til sykdommen, for eksempel ved å *lide av hjertesykdom*.

Som substantiv innebærer lidelse at man setter den menneskelige opplevelsen mer tydelig i sentrum. Vi kan for eksempel kalle det for *menneskets lidelse*. Synonymer kan være plage, smerte, elendighet, pine, prøvelse, og språklig sett kan det å være pasient forstås som en tålmodig lider.

Andre begrep som er klinisk nærliggende til opplevelser av lidelse, er angst, smerte, sorg, savn, uro og fortvilelse, men de kan ofte indikere en årsak til lidelsen. Arman sier at man bør ha en tydelig og anvendbar relasjon til lidelsesbegrepet. Lindring av lidelse bør ligge til grunn for vårdande handlinger, og pasientens lidelse bør være som et kompass for hele menneske i vården. Man kan forstå lidelse som den subjektive menneskelige helhetsopplevelsen av å oppleve noe vondt, og årsakene kan være uendelige, både skjulte og synlige. De åpenbare årsakene til lidelse i vården er kroppslig smerte, sykdom og ubehag, så vel som død og tap. Lidelse er en fysisk, emosjonell eller åndelig/eksistensiell opplevelse med angst, smerte og uro, og å lide er å være menneske. Det vil si at det er noe naturlig og ikke patologisk i seg selv. Lindring vil derfor inngå som et naturlig forløp hvor kreftene finnes i menneske selv og i fellesskap med andre. Arman viser til Eriksson som sier at lidelse utgjør en del av alt menneskelig liv.

Eriksson (2010, s. 31-35) sier at lidelsen er en kamp mellom det gode og det onde, og mellom lidelse og lyst. I sin alminnelighet hører lidelsen sammen med det onde, og er en motsetning til lysten. Det er alltid en kamp i det å lide, hvor menneske bærer på skrekk, angst og uro for den. Kampen begynner når menneske klarer å definere sin angst, og omgjøre angst og uro til lidelse, istedenfor å prøve å eliminere disse følelsene. Lidelsen er forbi angst og uro, og inneholder en visshet om at det gjelder å kjempe, eller å gi opp. Menneske mangler ofte evne til å formidle sin lidelse når kampen er på sitt mest intense. Denne kampen er en livskamp som innebærer en smerte hvor menneske kjemper om skam og ydmykelse, men det er håp så lenge det er bevegelse i lidelsen. Håpet består av en bevegelse mot lysten, og mot en mening med lidelsen og livet (modell 2).



Modell 2: Lidelsen som kamp – en posisjonsmodell (Eriksson, 2010, s. 32)

Det oppstår fire grunnposisjoner i lidelsens kamp. I den gode lidelsen fører menneske en kamp for mening og vekst. Retningen er en høyere grad av integrering for å bli hel som menneske. Det som gjør menneske sterk er vissheten utover uro og angst. Paradoksalt nok kan man oppleve glede og lyst i lidelsen. I den gode lyst finnes ekte livsglede, meningen og kraften, og i den onde lyst er menneske låst fast i sin posisjon. Der klarer man ikke å bestemme over sitt liv, men drives frem. Den onde lidelsen er helt og fullt ond. Da føler menneske håpløshet. Lidelsen tar forskjellige former avhengig av menneskets aktuelle livssituasjon og de ulike posisjonene. Lidelsen vil alltid være en enestående blanding av lyst og smerte, godt og ondt, ifølge Eriksson (2010, s. 32-33), men hver enkelt lidelse har sin særlige form. De symbolske formene består av være-, ville- og bevissthetsformer, og styrer menneskets liv. Gjennom disse formene utvikler menneske en selvbevissthet, noe som innebærer innsikt i sin egen lidelse. Lidelsen som kampsituasjon dreier som om å tørre å være i lidelsen, å tørre å akseptere at den er til. Lidelsen innebærer en viljekamp som ligger i livets natur.

Arman (2017, s. 215-216) sier at et antall omsorgsvitenskaplige og medisinske forskere er enige om at den overordnede oppgaven for all vårdvirksomhet er å lindre menneskelig lidelse. Arman viser til Eriksson som mener at lidelsen mangler et eksplisitt språk, og at det derfor er vanskelig å forstå hva som beveger seg hos et lidende menneske. Det vil være viktig at vårdaren har fokus og oppmerksomhet på hva pasienten umerkelig formidler. Det vil og være viktig å gi rom for den

andre til å finne sitt eget språk for opplevelsene, og forskning om å lindre lidelse viser at den lidende har behov for å uttrykke sin lidelse og å få fortelle om det. Når en person får fortelle om sin lidelse, har det en helende og en vårdande effekt. Man kan komme frem til nye mål og ny verdi i livet. Slik kan personen oppleve lindring av lidelse. Arman viser til Egnaw og Cody, som kaller det for *transcendens* når menneske klarer å forvandle meningen i sin lidelse og erstatte det med nye perspektiv. Dette kan gjøre ved at vårdaren har en holistisk innstilling til menneske, til dens helse og lidelse, hvor vårdaren er i stand til å se, tross omstendigheter, og verner om pasientens verdier og verdighet.

Eriksson (2010, s. 76-88) benevner lidelse man møter i vården ved tre aspekter. Disse er *sykdomslidelse*, *pleielidelse* og *livslidelse*.

Sykdomslidelse oppleves i relasjon til sykdom og behandling. Fysisk smerte er en alminnelig årsak til lidelse i forbindelse med sykdom, selv om smerte ikke nødvendigvis oppstår ved sykdom, eller ikke nødvendigvis er identisk med lidelse. Relasjonen smerte-lidelse er likevel sentral. Fysisk smerte relateres ofte til en bestemt del av kroppen, og fanger hele menneskets oppmerksomhet. Det forverrer menneskets mulighet til å bruke hele sitt potensiale til å beherske lidelsen. Fysisk smerte kan være utholdelig, og den kan drive menneske til psykisk og åndelig død, sier Eriksson. Utholdelig lidelse kan lindres ved å redusere smerten, og man bør lindre med alle midler som er til rådighet. *Sykdomslidelse* er også sjelelig og åndelig lidelse, som forårsakes av fornedrelse, skam og/eller skyld som menneske opplever i forbindelse med sin sykdom.

Pleielidelse er når menneske opplever å bli utsatt for lidelse forårsaket av pleie eller manglende pleie. Krenkelse av pasientens verdighet som menneske er det som forekommer mest av pleielidelse. De andre formene, som er fordømmelse og straff, maktutøvelse og manglende pleie kan alle føres tilbake til denne. Når man krenker pasientens verdighet fratår man hans/hennes muligheter for helt og fullt å være menneske, og dermed hans/hennes muligheter for å bruke de innerste helseressursene.

Livslidelse er sykdom og dårlig helsetilstand som omfatter hele menneskets livssituasjon. Det kan innebære alt fra en trussel mot hele ens eksistens, til tap av muligheten til å fullføre ulike sosiale oppgaver. *Livslidelse* er lidelse som har relasjon til alt som det innebærer å leve, å være

menneske blant mennesker. Mangel på kjærlighet kan være den dypeste livslidelsen, og kan tilintetgjøre menneske.

2.4 Helsens og lidelsens livssammenheng

Den menneskelige tilværelsen utgjør den ytterste sammenheng mot hvordan vardande i helse og lidelse kan forstås, sier (Wärna-Furu, 2017, s. 30-36). Ut fra et ontologisk perspektiv blir det menneskelige livet der dramaet foregår, og der menneskets vardanda i helse og lidelse fremme eller hemmes. Ny mening kan tilskrives både helse og livet, i fellesskap med andre, og med seg selv.

Grunnen til helse utgår fra motivet til liv, og døden er motsatsen som gir livet dypere mening. Det menneskelige tilværelse av liv og død avspeiler indre meningssammenheng i vårdandets bevegelse.

Vardande er forankret i fellesskap, og det i fellesskap med andre mennesker at livslysten blomstrer. Helse settes i bevegelse i relasjonen til andre. Menneske lengter etter fellesskap med andre, for fellesskap er grunnen til alt menneskelig liv og ikke bare helende, men utgjør også det livssammenheng som gir næring til menneskets vardande i helse og lidelse. Ut ifra et ontologisk perspektiv er man i fellesskap forbundet som menneske til en annen, og forbundet til å være ansvarlig delaktig i hverandres liv. Det er dog ikke alle som har mulighet til å være i fellesskap, og en innbydelse til fellesskap kan også oppleves som truende og skremmende. Wärna-Furu viser til Lindström som sier at menneske som domineres av ontologisk utrygghet kan oppleve fellesskap et som en trussel av å bli oppslukt. Det er fordi det kan være fare for å bli sett, forstått og elsket for den som for lidelsens kamp er i et ontologisk tomrom. Derfor er et kravløst fellesskap den beskyttelsen som lar menneske få tre frem i sin egen takt til å møte et annet menneske, når hun/han er klar til å la et annet menneske bli motspiller i sin lidelse sitt drama. Fellesskap med andre er relatert til evnen til å være i fellesskap med seg selv, eller til å være ensom. Ensomhet og fellesskap kan virke til å være hverandres motsetninger, men ensomhet utgjør fellesskapets forutsetning. Det er i ensomheten og tilbaketrekkingen der finnes et totalt nærvær, og et frø til dypt fellesskap, derfor kan evnen til å være ensom bane vei til vardande i fellesskap. Ensomhet kan også gi følelse av separasjon og fremmedgjøring. I dypeste uutholdelig

lidelse blir menneske blendet av ensomhet hvis man befinner seg i en tilværelse av utenforskap, og man ikke har nøkler til å låse opp døren der hvor helende fellesskap er.

Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 136-137) beskriver *posttraumatisk vekst* som en innfallsvinkel om helse i lidelse, noe som innebærer opplevelse av positive forandringer til tross for erfaringer med utfordrende og vanskelige livsomstendigheter. Posttraumatisk vekst kan innebære bedre relasjoner, forandring i prioriteter i livet, et rikere åndelig, meningssøkende og eksistensielt liv, og en opplevelse av økt indre styrke. Støtte og nærhet fra andre, og sosiale relasjoner kan forklare evnen til å oppnå posttraumatisk vekst. Posttraumatisk vekst og posttraumatisk stress henger nært sammen, men jo mer vekst desto mindre stress. En forklaring kan være et forsøk på å få mening i en meningsløs hendelse, og dermed en beskyttelse mot traumatiske livshendelser.

2.5 Verdighet og skam

Gustin (2015, s. 231-245) sier at man må gå varsomt frem i møtet med et annet menneske. Relasjonen til et annet menneske kan bidra til å opprette følelsen av *verdighet*. Samtidig er det i relasjon til andre mennesker at *skammen* blusser opp.

For sykepleieprofesjonen er verdighet grunnleggende å verne om, sier Gustin. Når man skal analysere begrepet nærmere, både på et ontologisk og et kontekstuel nivå, løfter man frem verdighet som absolutt og relativ.

Gustin forklarer *Absolutt verdighet* som menneskenes rett til å forme sitt eget liv, og å kunne bli bekreftet som den unike personen man er. Det er en gjensidig rettighet, noe som innebærer at man også skal gi andre mennesker samme rett. Det finnes et dypt og grunnleggende ontologisk ansvar i den absolutte verdigheten, og dette ansvaret handler om å gjøre det mulig for andre å skape seg et meningsfullt liv på sine egne vilkår, så lenge det ikke krenker andre. Når man tar sitt ansvar i relasjon til andre, bekrefter man også sin egen verdighet, hvor man lever opp til et menneskelig grunnleggende etisk krav, og effekten blir derfor en dobbel verdiskaping. Det å være den man er i relasjon til andre, er en grunnleggende verdighet som vi alltid og uavhengig av ytre vilkår har rett til, selv om man kan oppleve at den blir tatt ifra oss. Det innebærer en dyp og grunnleggende lidelse i det å oppleve at man er fratatt eller krenket i sin absolutte verdighet. Dette kan skje om man blir forhindret eller fornektet å forme sitt eget liv, eller hvis man ikke får

være den man er. Som vårdare kan man oppleve å kjenne en dyp følelse av skam og skyld om man mislykkes med å verne om pasientens verdighet. Dette innebærer da at man taper noe av sin egen verdighet.

Gustin sier videre at *Relativ verdighet* kan ses som en kontekstuell verdighet, og er knuten til våre etiske og moralske handlinger. Den blir formet i den sosiokulturelle sammenheng vi lever i. Det vil si at verdigheten delvis kan formes i relasjon til ytre estetisk dimensjon, noe som betyr at kroppen er bærer av verdigheten, og delvis til indre etiske dimensjoner hvor muligheten til å leve i tråd med sine verdier blir avgjørende. Det er ofte den relative verdigheten man refererer til når man prater om å leve et verdig liv. Det innebærer da ytre omstendigheter som eksempelvis arbeid, bosted eller et møte med helsepersonell som har vært godt. Den relative verdigheten kan forandres på samme måte som vår kultur. Den kan brytes ned og den kan bygges opp. Det som kan oppleves som uverdigg på et tidspunkt i livet, kan oppleves som verdigg på et annet tidspunkt, eller motsatt.

Selv om den relative verdigheten kan tapes, har man altså en absolutt og ukrenkbar verdi og en grunnleggende verdighet ved å være menneske. Det innebærer ens rett til å forholde seg til de mest nedverdiggende omstendigheter på den måten man vil. Retten til å forme sitt liv handler om å ha rett til et tolkningsfortrinn til sine opplevelser, til den mening en tilskriver det, og å få forholde seg til livet slik man forstår det, ut fra sine egne verdier. Da livet formes i samspill med andre mennesker, innebærer denne rettigheten også et ansvar. Det vil si at man skal ikke krenke andres verdighet gjennom vår egen måte å være på, ifølge Gustin.

Gustin sier at *Skam* språklig sett kan forstås som en form for skade forent med sterke opplevelser, og begrepet ser ut til å delvis kobles til hva som er årsak til skammen, og hva som er personens reaksjon på den. Skam kan oppleves som noe veldig privat. Derfor ønsker man gjerne å holde det borte fra kritiske øyne, da skam er en sosial følelse. Opplevelsen av skam kan ha varierende intensitet, fra å kjenne seg blyg sammen med fremmede, til å gå over til ydmykelse hvis man opplever aggressiv kritikk fra andre. Skam hører til den mellommenneskelige sfæren, og på et eksistensielt nivå kan man beskrive det som et brudd på den mellommenneskelige broen. Hvis mennesket ikke føler seg erkjent eller validert av andre, med andre ord at man ikke føler seg sett som den man er, kan mennesket oppleve seg gransket og utilstrekkelig og dette bruddet kan oppstå.

Gustin sier videre at *den sunne skammen* handler om at det er sunt å kjenne skam i situasjoner om det man gjør eller sier krenker andre, eller om man plasserer seg selv utenfor det sosiale fellesskapet. Slik kan skammen hjelpe oss å holde oss innenfor det som det sosialt aksepterte grenser. Der igjen skaper det fellesskap med andre. Skam kan være en ressurs ved å være et mellomledd mellom våre handlinger og en iboende etisk holdning. Den sunne skammen kan bidra til at man stopper opp og endrer kurs, om man har kontakt med sitt indre og kan kjenne på skam. Sunn skam kan på denne måten også bidra til at man kan gjenopprette relativ verdighet. Man nevner ofte *skam og skyld* i sammen. Skam er en dyptgående følelse, og opplevelsen av skyld er forbundet til forstanden. Skam er noe som «skjer med oss», hvor man tenker at andre ser på oss som mislykket. Skylden kommer med bevisstheten om at vi har gjort feil. Slik kan skammen handla om at «jeg er feil», mens skylden henger sammen med at «jeg har handlet feil». Å bære på følelsen av skyld over å ha gjort noe galt kan føre til opplevelse av skam, og man kan dermed koble det til tanker om at man er et dårlig menneske.

Skam fremstår sentralt i lidelse og kan stamme fra tidligere erfaringer med utilstrekkelighet, noe som kan internaliseres som et grunnmønster i menneskets livsforståelse. Dette fører igjen til at menneske kan tolke livet med et utgangspunkt om at man selv er uverdigg. Dette kan være livslidelse der skammen er grunntonen, ifølge Gustin.

Den usunne skammen kan bidra til psykisk uhelse som forsterkes av skammen. Gustin forklarer det med at usunne skamfølelser stammer ikke fra indre, ekte og etiske idealer, men mer fra falske idealer og uoppnåelige krav fra andre mennesker. Disse idealene hører ikke sammen med grunnleggende verdier som gjenspeiler ytre trender og normer. Dette kan dreie seg om utseende, eller det kan være et uttrykk for andre menneskers egoistiske behov. Menneske kan oppleve seg som uønsket eller defekt. Når man lider av en slik usunn skam kan man også bære på en redsel om å bli avvist av andre om man ikke lever opp til disse ytre idealene, og man kan gå imot sine verdier for å unngå skammen. Redsel for å havne utenfor fellesskapet kan være grunnen til det. Man kan for eksempel bli værende i en uheldig relasjon for å slippe å være ensom, og denne måten å håndtere skammen på kan gi en viss lindring av lidelsen, men på sikt kan skammen bli det som farger synet på seg selv. Den usunne skammen kan skape følelse av uverdighet, nederlag, underlegenhet og utenforskap. Gustin viser til Kaufman (1989, 1992) som kaller skam en sjelens sykdom som blir til et sår som skiller oss fra oss selv, men også fra andre.

Vi kan forstå skam som en sosial følelse som hjelper oss til å bevare relasjoner til andre, for som Gustin sier, vi tilpasser oss gruppens behov. På den andre siden kan skammen føre til at man blir stående utenfor dette fellesskapet, og man kan dra seg unna og kjenne seg fremmed. Man kan oppleve dette i hverdagslivet, hvor man gjerne rødmer eller viker unna med blikket hvis man opplever noe som er flaut, og den som skjems vender seg bort frarøvet sin verdighet. Denne trusselen mot verdigheten innebærer også en trussel mot relasjonene til andre. En slik krenkelse av verdigheten kan oppleves som en trussel mot sin eksistens, og det å vende seg vekk kan være en måte å unngå dette på. Samtidig kan det forsterke opplevelsen av ensomhet og utenforskap. *Den mellommenneskelige broen* kan dermed begynne å rase. Noen ganger kan skammen føre til sinne og selvbebreidelse for å beskytte seg fra de plagene som skammen innebærer. Dette forsvaret kan øke avstanden både til seg selv og andre. Det er når man betrakter verdighetsbegrepet som en aspekt av å være hel at man kan forstå skammen i dens fulle omfang. Opplevelsen av verdighet kan avgjøre om man opplever helse eller ikke, for skammen kan splitte menneskets opplevelse av helhet (holiness). Menneskers måte å beskytte seg mot skammen på kan hindre dem i å forsones med andre som seg selv i sin lidelse. I dette perspektivet står lidelse som en opplevelse av å være forhindret i å være den man vil og er ment til å være. Gustin viser til Eriksson (1994) som sier at skam og verdighet fremstår som to entreprenører i *lidelsens kamp*, hvor det lidende menneske på ulike måter strever etter å bevare verdigheten og mestre skammen. Frykten for skam får mennesker til å reagere på ulike måter for å beskytte seg mot skammen, og å beskytte seg mot følelsen av å bli avvist som skammen medfører. Disse reaksjonene kan komme til uttrykk på ulike måter, og Gustin viser til Nathanson (1992) som snakker om dette som skammens kompass. Retningene i kompasset er tilbaketrekking, unnvikelse, angrep mot seg selv og angrep mot andre. Disse retningene er ikke statiske, men en kan ha en strategi man kan anvende seg mer eller mindre av. Ettersom skammen blusser opp i det mellommenneskelige samspillet, innebærer det at vårdaren kan gjennom sin måte å handle på, bidra til at skammen oppstår, og dermed at lidelsen øker. Gustin begrunner dette med at man ikke gir den andre rett til sine opplevelser, ved å påføre den andre sine egne verdier, eller hvis den andre ikke føler seg sett. Selv om intensjonen kan være god, kan vårdaren handle ut ifra en posisjon der den andres perspektiv og forståelse ikke blir tatt hensyn til. Man kan oppleve krenkelse av sin verdighet ved å bli frarøvet retten til sine

opplevelser, og ved en slik fornektelse av andre kan man føle seg umyndiggjort og uten delaktighet i verden. Det å oppleve at ingen bryr seg når man trenger hjelp, kan innebære lidelse. Hvis man ikke føler seg sett og hørt, kan det gi en opplevelse av skam, og at man ikke er verdig til å gå på den mellommenneskelige broen. Dette kalles *vårdlidelse*, og den som mottar vården, kan forsøke å vårda seg selv, ved å velge utveier som i skamkompasset.

I all vårdande er bekreftelse på verdighet sentralt, og å bevare dette, sier Gustin. Det kan også være aktuelt å ha behov for å gjenopprette følelsen av verdighet. Det kan gjøres ved å la den andre føle seg sett, akseptert og elsket som den er. Det er relasjonen som forankrer mennesker. Der kan man på nytt finne den tryggheten man behøver for å våge å møte sin lidelse og forsones med den.

Ved å fortelle om sin lidelse, og sette ord på sin historie, får menneske utøve sin grunnleggende rett til å til å skape og forme forståelse av sitt eget liv. Gustin sier dette er sentralt for at menneske skal kunne forsones med den lidelsen som skammen stammer i fra. Slik kan man forstå seg selv og sitt liv på en ny måte, og den nye forståelsen kan gi ny innsikt, og har dermed en identitetsskapende funksjon. I tillegg har det en fellesskapelig funksjon, da vi bygger broer mellom hverandre ved å dele historier.

Gustin viser igjen til Kaufmann som mener at veien vekk fra skammen går gjennom å gjenopprette den mellommenneskelige broen. Dette kan være en stor utfordring, da man kan forsvare seg mot å slippe å bli avslørt i sin litenhet. Den andre kan da være unnvikende, og også kanskje en foraktfull holdning mot vårdaren. Det vil derfor være behov for tålmodighet, med en varsom og forsiktig tilnærming, og ha forståelse for at den andre kan vegre seg. Følelsen av verdi og verdighet gjenoprettes når den mellommenneskelige broen etableres. Om vårdaren strekker seg ut og viser et ekte engasjement, kan menneske føle at man betyr noe. Det står derfor sentralt at man møtes på et jevnbyrdig nivå, og viser medmenneskelighet.

Det vil også innebære at man trenger møtes på en ny måte. Som vårdare kan man aldri tro at man forstår det et annet menneske forstår. I så fall gir man seg selv et fortolkningsfortrinn som kan resultere i krenkelse. Man må heller sette sin forståelse til side å gå «naken» inn i møte, og svare på det den andre formidler. Dette møte er et gjensidig samspill av innbydelse og mottakelse av hverandre, hvor begge partene sin verdighet ivaretas, ifølge Gustin.

2.6 Livsverden

For å forstå en annens *livsverden* kreves en dypere forståelse av begrepet, som innebærer et `hvordan`, hvordan vi forstår oss selv, andre mennesker, våre egne handlinger og vår verden, andres handlinger og deres verden, og hva alt dette betyr for oss selv og andre. Livsverden er selve utgangspunktet for forståelsen. Livsverden er et filosofisk begrep som ble utviklet av filosofen Husserl (1970; 1973), og kjennetegnes av den naturlige holdningen menneske har for å nærme både seg selv og andre. Livsverden utgjør det eksistensielle perspektivet som handler om hvordan vi opplever og forstår våre liv i relasjon til de sammenheng vi lever i, ifølge Ekebergh (2016, s. 66-70). Hun sier videre at selv om mennesker opplever mye av verden på samme måte, så har man alltid sin egen unike måte til å forstå verden på. Vi tolker og forstår de sammenhengene vi befinner oss i, gjennom våre erfaringer. Som vårdpersonell må man prøve å forstå pasienters opplevelser, selv om de er langt fra deres egen opplevelse av samme sak. Hver livsverden har egenskaper som ligner på andre livsverdener. Samtidig har hver livsverden helt unike egenskaper med individuelle nyanser. Det er på den ene siden en lett oppgave å forholde seg til og forstå en annens livsverden. På den andre siden er det en komplisert og vanskelig oppgave. Vårdpersonell må være åpen og følsom for både likheter og ulikheter, for både fellesskapelige trekk, og for nyanser som man møter i ulike pasienters livsverden, og også i forhold til sin egen livsverden. På denne måten kan man komme til forståelse for hver pasient, og for hva som er betydningsfullt for at nettopp denne pasienten skal ha det bra og oppleve velvære. Dette krever at man som vårdare har denne dypere forståelse av hva livsverden er. Med et livsverdensperspektiv rett vi oppmerksomheten mot og ser det enkelte individet og dens situasjon.. Dette er ikke det samme som individualisme, men det individuelle perspektivet er ett av flere mulige. I tillegg til det individuelle og det unike betraktes sammenhengene. Hvert enkelt menneske befinner seg alltid i en sammenheng i en verden der andre mennesker inngår. Vi er sosiale skapninger, og Ekebergh viser til Heidegger (1981) som sa at det er når vi forstår med vår bevissthet at virkeligheten eksisterer, så gjør vi det, i en verden med andre mennesker. Denne sameksistensen har stor betydning for livsverden, og for hvordan det ser ut for hvert enkelt individ. Det er i denne relasjonen med andre og i verden for øvrig at man forstår seg selv og andre, og hvor et «jeg», «du» og «vi» oppstår.

Man må ha en interesse for den andres livsverden, og vilje til å forstå på en ny måte, for at man skal forstå den andres livsverden. Man må åpne sitt sinn, og ha fokus på nettopp den personen «her og nå», og man trenger å øve seg på å bevisstgjøre og kontrollere sin forståelse.

Livsverden er også preget av både tid og rom, og har betydning i sammenheng og mening. Når man er til stede «her og nå», påvirkes opplevelsen av det som har skjedd før, og det som kommer til å skje, for i livsverden er nåtid relatert til både datid og fremtid. Slik kan man også forstå betydningen av rom, og hvordan opplevelsen av en plass farges av opplevelsen fra andre plasser, og alle mennesker bærer med seg ulike plassopplevelser. Plass og rom får derfor mening ut ifra hvert menneskes unike perspektiv.

Livsverden blir karakterisert av sammenheng og mening, og et kjennetegn for mennesket er lengselen etter sammenheng, og søk etter mening i livet. Det er personlig og subjektivt hva som oppleves som meningsfullt, og mennesker har en sterk vilje til sammenheng. I en meningsfull sammenheng har vi det bra, og der kan vi samle krefter. Vi kan kjenne oss ensom og vissen uten sammenheng, og da kan opplevelsen av mening svikte. Aspekter omkring rom og tid er forbundet med mening og sammenheng. Vi kan kjenne oss hjemme og trygge der det er en meningsfull sammenheng og det kjennes betydningsfullt. På den andre siden kan plassen kjennes fremmed, truende, likegyldig eller uten betydning om man savner mening og sammenheng med den. Det samme gjelder for tid som får en annen betydning som forbindes med noe meningsfylt enn om man er i en situasjon med lang ventetid uten at man vet hva som skal skje, ifølge Ekebergh.

Ekebergh (2016, s. 71) viser til Dahlberg (2014) som sa at kroppen får sin mening og betydning gjennom at den legemliggjør livsverden. Den er levd og fylt av erfaringer, opplevelser og minner, og det er gjennom kroppen vi opplever både oss selv og omverden og har tilgang til vårt liv og vår eksistens. Hver opplevelse er en helhet gjennom den levde kroppen, og det er gjennom den levde kroppen vi opplever helse eller uhelse. Det er den levde kroppen som gir oss våre vilkår for hvilken vård man trenger for at helsen skal støttes og bli sterkere, slik at man kan oppleve velbefinnende og gjennomføre våre livsprosjekt. Slik kan man forstå kroppen som et subjekt som er levende, i motsetning til å kun være et objekt, ifølge Merleau-Ponty (1999), gjengitt av Ekebergh (2016).

Ekebergh sier videre at den medisinske vitenskapens perspektiv på kropp er at den er et biologisk system. Den livsverdensteoretiske forståelse av kropp er å forstå den som levde. For å forstå hvordan menneskers eksistens og hvordan menneske forholder seg til helse, sykdom og vårdande, må man supplere kunnskap om de biologiske system og deres funksjoner, med kunnskap om hvordan menneske selv opplever og erfarer kroppen som levde. Kroppen har en eksistensiell verdi ved at den er navet i menneskers liv, som alt annet dreier seg om. Alle erfaringer blir utført og lagret, og også bearbeidet gjennom den levde kroppen, og den levde kroppen avgjør hvordan eksistensen er for hvert individ, og hver individ sin tilgang til en verden og et liv. Alle forandringer i kroppen innebærer en forandring av tilgangen til verden og til livet, og disse forandringene blir spesielt tydelige når menneske rammes av sykdom. Man kan ikke dele opp menneske og eksistensen. Den levde kropp er fysisk, psykisk, eksistensiell og åndelig. Følelser kan ikke skilles fra tanker, det kroppslige kan ikke skilles fra det sjelelige. Den levde kroppen innbefattes i all eksistensiell aktivitet. Man er det bare ikke bevisst hele tiden. Vi gjennomfører våre daglige aktiviteter uten at vi tenker over det, fordi vi har våre erfaringer og stadig får nye erfaringer. Når sykdom eller annen lidelse treffer stopper disse ureflekterte aktivitetene, og det hverdagslige mønsteret blir brutt, da kan man fylles av tvil og det ureflekterte og selvfølgelige forsvinner. Når sykdom og uhelse skjer oss at vi blir bevisst det naturlige livet og lengter tilbake til tilværelsen før sykdom, da kan kroppen kjennes fremmed. Dette innebærer å tre inn i en ny sammenheng, hvor miljø, handlinger og hvordan man forholder seg til det inntrufne skiller seg fra den hverdagslige tilværelsen. Den subjektive og levde erfaringen som kan komme til uttrykk, og som er en helhetsopplevelse utover kun fysiske og biologiske aspekter, viser hvordan dette oppleves av nettopp dette menneske.

Livsverdensperspektivet er en tilnærming som betrakter virkeligheten slik som pasienten ser den. Dette spiller en vesentlig rolle for å kunne gi god vård, fordi sykepleieren er følsom for pasientens livsverden, dens iboende dialektikk og flertydighet, og dens ulike dimensjoner og nyanser. Vårdaren vedtar seg et pasientperspektiv, og et livsverdensperspektiv innebærer konkret at man vider interesse for pasientens egen fortelling og livshistorie, det er da man kan forstå pasientens livsverden. Pasienten er da eksperten på seg selv og sin livssituasjon. Hver erfaring av lidelse og velbefinnende er unik, og sykepleieren må nå inn til det lidende menneskets egen

verden. Ekebergh viser til Dahlberg & Segesten (2010), som hevder at et vårdande som ikke klarer å møte livsverden ikke er vårdande (Ekebergh, 2016, s. 70-75).

2.7 Livsforståelse

Rehnsfeldt & Skorpen (2020, s. 115-130) tar utgangspunkt i den danske filosofen og teologen K. E. Løgstrup sin tenkning, hvor en grunnleggende livsforståelse i universell mening kan komme til uttrykk gjennom livsytringer som tillit eller mistro. Det universelle er det som alle har til felles. I det hverdagslige kan dette vise seg som små handlinger som vi mennesker gjør for hverandre som noe naturlig. Som vårdare kan vi møte personen på en slik måte at personen forstår seg selv som en verdifull og ressursrik person. På den andre siden kan vi krenke personens verdighet på grunn av vårdlidelse.

Ontologisk sett, som en grunnleggende antakelse om begrepet, speiler livsforståelse naturlig sett det som menneske dypest sett «er». De fenomenologiske og eksistensielle uttrykk som finnes i livsverden, hvordan vi lever og gir uttrykk for vår dypeste forståelse av livet, avslører et fenomenens innerste vesen. Rehnsfeldt & Skorpen viser til Løgstrup (1992) som sier at livsforståelsen kan komme til uttrykk i ulike livssituasjoner, og han er spesielt interessert i livssituasjoner av kriseartet natur, der menneske er utlevert til andre og er sårbar.

Løgstrup ser på møte mellom mennesker som et uttrykk for menneskenes ontologiske interdependens, noe som betyr en absolutt avhengighet av hverandre i ontologisk mening, og som blir spesielt merkbart på vanskelig stadier i livet der livsforståelsen blir utfordret. Rehnsfeldt & Skorpen viser til Rehnsfeldt (2004) sin forskning som viser at man kan utvikles i sin livsforståelse i livsavgjørende situasjoner. Dette vil være avhengig av møte med andre, da avhengigheten til andre vil bli utfordret. Interdependensen, det vil si det naturlige møte mellom mennesker, gjør det mulig for vårdaren å lindre lidelse, slik at personen kan utvikles i sin livsforståelse. Dette kan ses på som en helseprosess som skjer i retning av personens verdighet som menneske. Det er kun personen selv som kan definere hva som er et verdig liv for seg selv, ut ifra sin egen verden og sin helhet.

Liv, helse og lidelse kan ses som en enhet og forutsetter hverandre. Man kan oppleve helse til tross for sykdom, og man kan oppleve lidelse uten sykdom. Lidelse er noe som er naturlig i menneskets liv. Derfor krever det også et naturlig møte for å lindre det. Rehnsfeldt og Skorpen

viser til Rehnsfeldt og Eriksson (2004) som sier at å være «meningsskapende i fellesskap» er et begrep som rommer det naturlige møtet i form av interdependens, og at begrepet «det vårdende hermeneutiske fellesskapet» kan gi et bilde av det naturlige innslaget i møtet. For å forklare dette viser de til Gadamer (1976) og hans perspektiv om å møtes i en «felleskapelig mening», hvor de enkelte eksistensielle opplevelser blir forvandlet til noe som berører de involverte på ontologisk og eksistensielt nivå. Løgstrup, gjengitt av Rehnsfeldt og Skorpen, sier at når menneske er i en livsavgjørende hendelse, eller i en grensesituasjon i livet, så kan man se dens virkelige natur i forhold til andre mennesker. Tillit, medlidenhet og talens åpenhet ses på som naturlige fenomen som trer frem i slike situasjoner. Talens åpenhet er et absolutt behov for å få snakke om eksistensielle tankene som oppstår i forbindelse med den livsavgjørende hendelsen. Både levde eksistensielle og ontologiske dimensjoner i det felleskapelige møte må forstås som en helhet, hvor menneske blir berørt på livsforståelsesnivå, og kan utvikles i livsforståelse. Det vil si at man kan forstå livet på en ny måte, som igjen kan gi mening til nåværende situasjon.

Det vårdande hermeneutiske fellesskapet er ikke det samme som psykoterapi. Vårdarens holdning bør bære det naturlige møtets kjennetegn. Dette er karakteristisk for det hermeneutiske møte kontra terapi, det ligner et naturlig møte mennesker imellom, men krever også kunnskap om omsorgsvitenskapens teorigrunn. Gjensidigheten er det som gjør det mulig å kjenne igjen noe i det som den andre forteller, det som hører til det dype og det felleskaplige menneskelige, ifølge Rehnsfeldt (1917), gjengitt av Rehnsfeldt og Skorpen (2020, s. 122), og som berører begge parter på et livsforståelsesnivå. Sammen kan man skape forutsetninger for å forstå og dele noe som kan utvikle forståelsen for hva det innebærer å være menneske.

Den hermeneutiske dimensjonen innebærer at partene møtes i samsvar med de hermeneutiske prinsippene. Disse er helhet – del – helhet eller spørsmål – svar – spørsmål, ifølge Lassenius & Severinsson (2014), gjengitt av Rehnsfeldt og Skorpen (2020, s.122). Det finnes også en etisk intensjon med møtet, hvor man bruker begrepet *livsforståelsesetikk*. Dette vil si at møtet bærer i seg muligheten til det gode, hvor man igjen kan utvikles i sin livsforståelse. Den ontologiske helsemodellen viser denne utviklingen. Det vårdande hermeneutiske fellesskapet kan i praksis anvendes ved å bære med seg det naturlige møtets kjennetegn, sammen med den livsforståelsesetiske intensjonen. Slik kan man skape et fundament for at møtet blir vårdande.

2.8 Sansefilosofisk tilnærming, undring og det fiktive rom

Løgstrups filosofi handler om at menneske i sansningen er innfelt i naturen og universet, og i forhold til sykepleien er det nettopp sårbarheten og aktelsen for kroppen det er viktig å se nærmere på, ifølge Martinsen (2012, s. 11-13). Vi er sårbare og avhengige av hverandre, og utlevert til hverandres ivaretagelse. Dette er et grunnleggende trekk ved vår tilværelse. Vi er ufullkomne mennesker. Sårbarheten kan vendes mot oss, og vise oss at livet er skrøpelig og kan ødelegges. Sårbarheten er også en forutsetning for medlevelse i andre sin lidelse, og en oppfordring til ivaretagelse, og er dermed en styrke. Det er fundamentalt at sykepleiere forholder seg både til sin egen og til pasienten sin sårbarhet i helsevesenets rom.

Sårbarheten er et grunnvilkår, og det vil si at det er ikke-valgte og ikke-menneskeskapt vilkår for vårt liv. Mennesker er med sine sanser i livet som i døden, i et naturlig kretsløp. Ikke-menneskeskapt bærende fenomener, som tillit, håp, barmhjertighet, kan bidra til å holde våre liv og universet oppe i våre ufullkomne liv, med de grunnvilkår vi er gitt å leve under. Det er når sykepleieren er på sanset hold av livet, og er sansende og oppmerksomt tilstede, i tillegg til faglig vurdering av situasjonen, hun er mottakelig, berørt og bevegende tilstede fra appellen fra den andre om å bli møtt og bli tatt vare på. Løgstrups filosofi åpner for undring, det er en kroppsnær filosofi med feste i situasjonene der noe hender, i begivenheter der noe skjer, og i livet i de menneskelige relasjoner. Undringen over å slippe å ha makt over det vi ikke har makt over kan gi en ydmykhet og frihet til å åpne opp for ny forståelse.

Martinsen (2012, s. 27-28) sier videre at undring kaller på en spørrende holdning, hvor vi er langsomme i vår kropp, mottakelig og lyttende til det som kommer til oss utenfra. Da må man være nærværende tilstede. Dette bringer med seg videre en tenkning som står undringen nær, som er åpen og bevegelig. Undring er både gledelig og smertelig, og den smertelige undringen kan åpne nye horisonter. Når undring bringes videre i tenkning, går tenkning som hendelse utover det problem- og kunnskapsorienterte oppmerksomhetsfeltet. Det er forbundet med usikkerhet, men er vedvarende søke i en spørrende åpenhet. Både kunnskap, og undring tekning er nødvendig i sykepleien. Når undringen fører videre til tenkning i det som sykepleieren møter, kaller det på en vilje til å forholde seg til kunnskap slik at pasienten får det best mulig. Undring og tenkning er langsomme fenomener og får ikke alltid rom i vårt hastige samfunn.

Undring og forbauselse er to forskjellige fenomener med ulikt innhold, ifølge Løgstrup, gjengitt av Martinsen (2012, s. 29-31). Samtidig henger de nært sammen, vi kan forbauses av noe som vi i neste omgang setts i en undrende tanke over. Forbauselsen kan sammenlignes med sjokk, og inntreffer plutselig, som noe vi ikke forstår. Undringen er langsom, dvelende og voksende, og vi er åpne for den når vi er langsomme i vår kropp, er åpne og mottakelige for hva som kommer til oss utenfra. Vi kan forundre oss over at vi ikke forstår alt, alt vi berøres og beveges av. Undring kan gi uro, en uro som bærer en lengsel om å høre til i en sammenheng. Våre sanser kan åpne forståelse om at vi er felt inn i skapende sammenhenger, som er sårbare og skrøpelige.

Sykepleieren kan møte pasienten med ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap om man ikke ser eller lytter til det pasienten bærer med seg. Hvis man møter pasienten på denne måten, kun som registrerende og observerende og ikke som sansende stemt tilstede, vil makten til å make noe bli fratatt pasienten, og pasienten blir gjort synlig som objekt. Dette oppleves smertefullt, og livsmotet kan reduseres. Sykepleieren kan likevel aldri forstå den andre fullt ut. Man kan undre seg over den andres selvforståelse og respektere den, for i våre relasjoner med hverandre vil det alltid være noe mer som vi ikke forstår, noe som alltid vil være fremmed for oss.

Åpenhet, mottakelighet og bevegelse er forutsetninger for at vi kan være tilstede i situasjonen med en tone som gir muligheter for undring, tenkning og innfall i møte med det som kommer. Man befinner seg da i en bevegelse mellom sansingen og tenkningen, og denne bevegelsen gir et fiktivt rom for tydning. Der kan vi bringes til undring og tenkning, og til å kunne svare an i hverandres liv. Det fiktive rommet er et rom åpent for samtaler, for fortellinger, for skapende fantasi, innfall, undring og tenkning. Det er også et rom for det uventende og risikofylte. Det er et skapende rom stemt av inntrykk, og kan være kilde til undring som kan gi pusterom i og mellom oss, og vi får anledning til å undre oss mer over det vi ikke forstår. Dette kan vi erfare som livsoppbyggende. Det fiktive rom kan også bli et krenkelses rom om den andre blir stilt i forlegenhet fordi sansevarheten mangler (Martinsen, 2012, s. 37-39).

2.9 Medmenneske

Når man velger et menneske-vårdende yrke, velger man å dele noen av livets avgjørende hendelser med andre mennesker, sier Arman (2016, s. 76-80). Som vårdare skal man være der og lindre og trøste, og man skal gjenopprette helse. Innen omsorgsvitenskapen har man et bevisst

helhetssyn på menneske som kropp, sjel og ånd. Hver enkelt del av denne helheten kan ikke forstås for seg selv, alle delene er gjensidig avhengig av hverandre. Helheten er større en summen av delene. Helheten menneske er konstant og uavbrutt tilknyttet våre erfaringer og opplevelser som mennesker.

Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 60-61) bruker begrepet *tålaren* om medmenneske som møter personer som trenger vård. De beskriver en rekke kvaliteter hos tålaren som legger til rette for at menneskemøtet kjennes vårdande for den lidende. Disse kvalitetene er

- Empati og menneskekjærighet
- Ervervet livserfaring og varm personlighet
- En grunntone av ærbødighet og respekt for medmenneske
- En tone av takknemlighet over sitt eget liv, samt medfølelse for den andre
- Ekthet og autentisk i personligheten
- Et universelt (humanistisk) livssyn der alle mennesker er like mye verdt, og forbundet med hverandre
- En caritativ holdning av tjenende kjærighet mot andre

For å kunne være en tålare er det en forutsetning at medmenneske gjør en indre beslutning som innebærer at man ser andre mennesker som de er, og aksepterer og respekterer uten forbehold. Mennesker som opplever ulykker, sorg og traume kan oppleve skam og føle seg ynkelige, redd og sårbare i sin tilstand, og kan skjems over sin lidelse. Derfor kreves den en særskilt holdning fra medmennesker, som viser åpenhet og beredskap til å ta imot den lidende sin virkelige verden, og dens følelser med all sin nød. Det innebærer en særskilt kvalitet av mottakelighet som viser at man tåler å se, og at man orker å høre den som er berørt av ulykke, sykdom og sorg sin fortelling.

2.10 DEF – Det Existentiella Förbandet / Den eksistensielle bandasjering

Hva er en katastrofe? Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 13-26) sier at definisjonen på det er en plutselig, uventet veldig stor ulykke eller situasjon hvor behovet og nøden overstiger ressursene. Ordet stammer fra gresk *katastrophè`* som betyr undergravende og ødeleggelse, og betegner omfattende ødeleggelse som er forårsaket av natur eller mennesker. Natur-årsaker kan være

jordskjelv, vulkanutbrudd og oversvømmelser. Menneske-årsaker kan være terroristkriminalitet, eller krig. Smittsomme sykdommer eller sultkatastrofer er også eksempler på katastrofer. Innen helse og omsorgstjenester ser man på katastrofer som en hendelse som er så alvorlig, eller medfører så mange skadde at helsevesenets ressurser ikke strekker til. Man klarer da ikke å opprettholde en optimal omsorg for de som er skadde, eller de som er i sjokk. Det finnes likevel større og mindre katastrofer. Forskjellen er kanskje bare antallet som er akutt berørt. Store ulykker med veldig mange involverte kan man kalle *makrokatastrofer*. Mindre ulykker som gjerne kun rammer det enkelte menneske kan man kalle *mikrokatastrofer*. Det er det samme dramaet som foregår der hvor mennesker skades eller dør i mindre ulykker. Det fellesskapelige er at mennesker berøres på en overraskende og grusom måte med skader, tap, lidelse og død. Personlige katastrofer som individuelle mennesker opplever ved mikrokatastrofer følger de samme tilbakevendende mønstre som ved makrokatastrofer, og menneske vil ha de samme behov. Eksistensielt sett er katastrofen et faktum for den berørte. Eksistens betyr å «finnes til», til å tre frem og eksistere, og de eksistensielle spørsmålene er spørsmål som er avgjørende for menneskenes eksistens. De er filosofiske og hører hjemme i ontologien; hva noe èr. Det handler om hvordan vi tenker og forholder oss til livet. I forbindelse med katastrofer kan menneske ha eksistensielle sår og skader. Dette innebærer at deres eksistens ikke lenger oppleves åpenbar, meningsfull eller ønskelig. Eksistensielle spørsmål er noe naturlig. Eksistensielle spørsmål ligger likevel nært angst og uro. I det menneskelige livet er en viss grad av angst naturlig, men når man berøres av store uventede hendelser blir hverdagslige livsspørsmål revet opp til eksistensielle sår. Da vil det være behov for en eksistensiell omsorg; en eksistensiell bandasjering.

Det Existentiella Förbundet (DEF) er et eksistensielt møte for lindring, helende og helbredelse (Arman & Rehnsfeldt, 2012, s. 29). Den ønskete holdningen til en eksistensiell bandasjering får man gjennom en naturlig kjærlighet til mennesker, og en integrering av 7 grunnantakelser som utgjør DEF modellen. Toleranse og interesse er kjærlighetens tegn. Disse sju grunnleggende antakelsene angir tonen og tenkemåten for langsiktig omsorg for berørte og lidende mennesker. Antakelse er en påstand om noe man tror på, men ikke kan bevise. I forhold til relasjoner og medmenneskelige sammenhenger blir menneskers ubevisste antakelser om hva som er viktig, hva man behøver og hva som trenger å gjøres, sterkt veiledende. De sju grunnantakelsene i DEF-

modellen danner en bevissthet og uttalt ramme for tankene, og gir en resonansbunn for omsorgen til berørte mennesker. Modellen er et konstruktivt forslag til systematisk nytenkning om menneskelig eksistensiell omsorg på lang sikt, ifølge Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 68-73). De sju grunnleggende antakelsene er:

1. Det eksistensielle såret er noe naturlig

Etter å ha blitt berørt av katastrofe, vil menneskelige reaksjoner først og fremst være naturlige. De er ikke nødvendigvis farlige eller patologiske (sykelige). Få mennesker blir gale, selv om det kan oppleves sånn. Man utsettes for meningsløse og forferdelige hendelser som man ikke har kunne forberede seg på. Uavhengig av størrelsen på katastrofen vil tidligere forestillinger om livet bli veltet, og sterke reaksjoner er spontant menneskelig. Katastrofer er en uunngåelig del av det menneskelige livet.

Å bandasjere eksistensielle sår krever sjeldent ekspertise. Det krever heller en særskilt innsikt og kunnskap, og alle mennesker antas å ha en viss mengde av slike menneskelige evner. Dette er inneboende spontan kunnskap. Det ses på som et naturlig forløp at såret hos berørte har et kontinuerlig helende forløp.

2. Medmenneskelighet virker som «lys» i mørket

Den eksistensielle bandasjeringen gis av et medmenneske. Selv handlingen av medfølelse er sentral. I mørke situasjoner kan møte med medmennesker virke som «lys» for den berørte, og man kan bidra til livsviktig håp. I en kritisk situasjon er det ikke omfanget av handlingene som fører til at den berørte kan oppleve at lyset fra livet siver inn igjen. Selv små anstrengelser som for eksempel en telefonsamtale, en klem, en felles middag, kan føre til nytt håp. Å gi en eksistensiell bandasjering er ikke i egenskap av noen rolle, det er en frivillig handling som bygger på medmenneskets dypere følelse av fellesskap mellom mennesker, med en universell og humanistisk holdning. Selve frivilligheten i dette er nøkkelen inn til menneskets indre verden. Menneskelig kjærighet i en omsorgsfull gest og holdning av godhet lyser frem ved en slik

uselvisk holdning, og medmenneske blir som et vitne om at godhet fremdeles eksisterer. Slik kan den berørte oppleve et lys i en situasjon som utelukkende kan oppleves som ond og mørk.

3. Kravløshet er grunnen for forløpet

Bandasjeringen ved DEF forutsetter kravløshet, noe som innebærer at man ikke har til hensikt at den andre skal bli bedre eller endre seg. Dette betyr at terapeutiske ambisjoner mangler. Da kan man gi det berørte menneske muligheter til å være helt og holdent verdig som hun/han er, og man innser at man ikke kan endre på det som har skjedd. Man ser at man ikke kan eliminere lidelsen og det eksistensielle såret. Det er kun lindring som er mulig. Medmenneske ser gjennom kravløsheten bak den berørte personens handlinger, og det finnes en holdning om at alt menneskelig er noe naturlig. Man forventer heller ikke noe gjensvar eller takknemlighet fra den berørte. Det er kun en intensjon i kravløsheten, og det er å bidra til lindring som kan gjøre det utholdelige litt mer utholdelig en stund.

4. Ansning, innebærer at ytre omsorg gir indre lindring

Ansning er et gammelt begrep. Det betyr omsorg, og innebærer en omsorg om det indre rom gjennom det ytre. Tanken bak dette er at fysiske tiltak virker sterkt på det sjelelige livet, og motsatt. I ansningens omsorg ligger en følelse av moderlig ivaretagelse. Dette virker sterkt inn i trygghetsnerven. Berørte mennesker kan oppleve at evnen til å ivareta sine naturlige behov, som næring, hygiene og hvile, blir nedsatt. Medmenneske kan bidra med kroppslig nærvær, mat, drikke, hygiene og pleie. Ansning er et naturlig værende i sammen, hvor den moderlige kjærlighetsfulle og ubetingede omsorgen er, og som ikke krever noe tilbake. Tålmodighet og utholdenhet er naturlig.

5. Konkret gjørende kan skje i fellesskap

For et menneske som har opplevd en katastrofe, kan det aktuelle livet i ytre mening oppleves som fylt av uoversiktlige problem og hinder, og i bandasjeringen vil det være behov for å utføre konkrete praktiske oppgave i sammen. Den som er berørt kan leve i intens lidelse, noe som kan lamme normale ferdigheter. Konsentrasjon og hukommelse blir påvirket. Helbredelsen av det eksistensielle såret kan være slitsomt, og den berørte kan dermed bli apatisk. Det kan være behov for at medmenneske må være helt nær den berørte, kanskje man trenger å flytte hjem til den berørte, for at det mest basale skal fungere. Hverdagslige konkrete oppgaver kan bli umulige å utføre på egenhånd. Slik kan medmenneske være en beskyttelse for den berørte.

6. Læring og utvikling skjer i fellesskap

For den berørte personen har det eksistensielle såret en kjerne av å ha oppdaget og konfrontert med eksistensens grunnvilkår. Dette er døden, ensomheten og meningsløsheten. I tillegg er det opplevelser av avhengighet, skjørhet og materialets forgjengelighet. Den berørte har ufrivillig og plutselig havnet i dyp og smertefull innsikt om dødens seier over livet. Dette innebærer det menneskelig livets uforutsigbarhet og sårbarhet. Det handler om møte med grunnvilkårene, og i livsavgjørende hendelser stiger livet nakent frem. Livets grunnvilkår kan være som et mysterium, men som igjen kan gi ny forståelse. I slike situasjoner kan møte mellom den berørte og medmennesker være som en fellesskapelig læring om livet. Det er den som er berørt som er eksperten, med sin erfaring nærmest innsikten. Møtet bærer preg av likestilling, og medmenneske kan bidra til å skape balanse og ro til ettertanke. I fellesskap kan man komme til nye livsinnsikter. Samtalen om livsforståelse kan være konkret, men også universell om mening og tanker om det indre liv i forhold til det ytre. Læring og utvikling kan bare oppstå om begge parter er forberedt på å lære.

7. Såret åpens og lukkes i intervaller og er uberørt av tid

Såret, smerten og lidelsen kan veksele i dyp og mening hos menneske, som en rytmisk og livslang erfaring. Det eksistensielle såret kan gjenoppstå når som helst i livet, uberørt av tid og rom.

Såret kan også stenges igjen ved den berørtes eget valg, eller hvis medmenneske viker av. Å leve med det kan være like smertefullt, om ikke mer enn et åpent eksistensielt sår. I den eksistensielle bandasjeringen inngår at man forstår det naturlige i at den berørte veksler mellom åpenhet og avstenging for den eksistensielle smerten. Tilstanden er naturlig, og den leder til heling.

Medmenneske må ha en åpen holdning og tillate at den berørte selv kan velge når og hvor mye av såret som for øyeblikket får komme frem til bevissthet.

Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 28-29) sier det er behov for DEF på lik linje som med ABC som metode for fysisk livreddende førstehjelp. DEF er både akutt lindrende, samt at det har et forbyggende handlingsforløp, noe som innebærer at menneske får starthjelp og en mulig retning for det eksistensielle som situasjonen har skapt.

2.8. Tidligere forskning

Jeg har gjort søk hovedsakelig i Cinahl, da det finnes mye kvalitativ forskning og erfaringsbasert kunnskap i denne databasen. Jeg har tilstrebet systematiske søk med utgangspunkt i PICO. Denne veiledningen har jeg funnet frem til via biblioteket på nett hos Høgskulen på Vestlandet (HVL)¹. Jeg har fått god søkehjelp på biblioteket ved HVL campus Haugesund og Stord. Søkeordene har vært *nurses* som et Mesh-ord, som resulterte i *nurses staff, hospital, og workplace violence* som tekstord. Disse ble satt sammen i ett nytt søk, og ga 195 treff (vedlegg 1). Etter mye forsøk med mange ulike søkeord for å finne essensen i hva syepleier opplever etter slike hendelser, og ikke minst med typiske omsorgsvitenskapelig begreper inn i søkene, blir treffene så snevre at valget faller på å se gjennom alle de 195 treffene for å ikke miste vesentlige funn. Denne forskningen har mange innfallsvinkler. Noe av det som har ekskludert mange av disse funnene, er at de har fokus på andre sider av saken enn sykepleiers opplevelse og omsorgsbehov. Dette være seg hvordan de håndterer den utagerende pasienten, sin egen arbeidssituasjon i ettertid, psykiatrisk avdeling, fokus på disponerende faktorer, avdekking av slike hendelser spesielt mot nyutdannede sykepleiere, mobbing, arbeidsmiljø og en rekke kvantitative studier som sier lite om den fenomenologiske levde erfaringen ved slike hendelser. Jeg velger bort psykiatri, da denne studien har somatisk sykehusavdeling i fokus.

Jeg ser et klart behov for et omsorgsvitenskapelig dykk i problemstillingen, da søk med omsorgsvitenskapelig søkeord som ontology, caring science, fenomenology, existential needs, shame, dignity gir få og ingen relevante treff.

Manuelle søk har funnet frem til lovverk, nasjonale veiledere, og artikler i referanselister til artikkelfunn i databaser.

Wong, Combellick, Wispelwey, Squires, Gang & Miner (2017) sier i sin studie at mye av anbefalingene i forhold til hvordan man skulle forstå behovet for bedre sikkerhetstiltak i forhold til vold mot helsepersonell, var basert på ekspertuttalelser fremfor empiriske data. De har derfor gjort en fenomenologisk tilnærming til den levde erfaringen i sin studie. Informantene sine

¹ Sokogskriv.no. Sist oppdatert 28. september 2018. Hentet 29. januar 2019 fra <https://sokogskriv.no/soking/utdypende-sok/>

erfaringer er komplekse og multidimensjonelle. De identifiserte problemer som samlet seg i fire nivåer av helsetjenester på individ-, team-, miljø- og systemnivå, og de anbefaler videre forskning for å bestemme anvendeligheten av deres funn på tvers av institusjoner.

Yoo, Suh, Lee, Hwang & Kwon (2018) har forsket på hvordan sykepleiere i intensiv avdeling har mestret å bli utsatt for alvorlig vold fra pasienter. Studien viste at de brukte heller en personlig løsning basert på hva de har lært i forhold til å takle vold, fremfor en systematisk eller organisatorisk løsning. De opplever volden som uforutsigbar i en avdeling hvor man egentlig skal ha et trygt miljø, med kvalitet på omsorgen som gis og sykepleiernes ekspertise. I studien kommer det frem at de klarer ikke så godt å mestre opplevelsen av volden. Det konkluderes med at sykepleieledere trenger å være mer oppmerksomme på traumeopplevelsen til den berørte. Den interkollegiale støtten er noe det anbefales å satse på.

Bakgrunnen for utviklingen av *Support Our Staff (SOS) – programmet* (Lanza et al.,2010) som nevnt innledningsvis, var spesielt forskning på sykepleieres reaksjoner på vold fra pasienter, som har vært utført flere ganger de siste tiårene. Deler av forskningen har vært innenfor psykiatri, men viser også at vold fra pasienter er et problem på tvers av type institusjon. Lanza & Campbell (1991) sine funn viser at gode rapporteringssystemer etter slike hendelser vil gi bedre forståelse av effekten av å oppleve dette. Det vil være viktig at personalet som rapporterer nøyaktig, ikke blir klandret for hendelsen. Flere av studiene angir også underrapportering etter vold/trusler som et vedvarende problem, og Swanson (2014) sier at det derfor kan gi et skjult bilde av de faktiske karakteristikkenes som påvirker dette fenomenet.

2. Metode

I mitt prosjekt har jeg brukt en kvalitativ forskningsmetode som bygger på et fortolkende paradigme. Dette setter subjektivitet i sentrum på en forpliktende måte.

Vitenskapelige paradigmer er grunnleggende antakelser om verden og kunnskap om verden. I medisin og helsefag er det særlig det positivistiske paradigmet som både har hatt og fremdeles har gjennomgripende betydning. Man har da en grunnforståelse av at verden består av stabile fenomener som kan observeres, måles og sammenfattes som objektive data. Det er det man kaller en *deduktiv* tilnærming. Da trekker man slutninger fra det allmenne til det enkeltstående, og er det kvantitative forskningsmetoder forutsetter. Filosofen Hans Skjervheim var inspirert av Habermans, og løftet frem mennesket som vitenskapelig subjekt, samtidig som han beskrev forskeren som deltaker og tilskuer på samme tid. Han var en sentral fagperson da positivismekritikken ble formulert på norsk på 60 tallet. Skjervheim argumenterte for at samfunnsvitenskapene må være subjektivt meningsfortolkende, fordi det subjektive er grunnleggende for den sosiale virkeligheten og dermed for forskning om denne.

Ved et fortolkende paradigme, som i dette prosjektet, har man en tenkemåte som har lang tradisjon som forståelsesgrunnlag i vestlig vitenskap, særlig innen humanistiske disipliner. Man bruker her tilnærming hvor man anerkjenner og undersøker subjektivitet, hvor forskeren er et sentralt og medvirkende redskap. Dette er basert på en grunnforståelse av at verden kan oppfattes i ulike versjoner, og vil være avhengig av hvilket ståsted man har. Dette kalles en *induktiv* tilnærming hvor man trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2018, s. 26-27).

I dette prosjektet blir det brukt en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming. Slik har jeg kunne utforske og beskrive menneskers erfaring med å oppleve vold og/eller trusler på jobb, og hva som kan være deres eksistensielle behov etterpå. Thornquist (2018, s. 205-206) viser til Ricoeurs filosofi som forener fenomenologi og hermeneutikk, han så på disse to vitenskapsfilosofiske tradisjonene som gjensidig berikende. Dette beskrives nærmere nedenfor.

3.1. Metodologi

I litteratur om forskning og vitenskap refereres det stadig til noen sentrale begrep. Disse er ontologi og epistemologi. Ontologi er vesenslære, det vil si læren om det værende. Epistemologi er erkjennelsesteori eller -lære. Spørsmål med bakgrunn i dette ligger til grunn for valg av konkrete metoder og design. Metoden skal være et hjelpemiddel for å finne svar på ontologiske og epistemologiske grunnlagsspørsmål, og dette begrepet dekker de fremgangsmåter og prosedyrer som benyttes i forskning, og i innsamling av og bearbeiding av datamaterialet. Metodologi og metode brukes av noen som synonyme. Metodologibegrepet trenger en utvidet forståelse, som referer til et grunnleggende epistemologisk nivå. Utvidet forståelse er å knytte forbindelse til grunnleggende spørsmål om forhold mellom teori og empiri, hvordan en oppnår gyldig viten, og hva vitenskapelig viten i det hele tatt er. Å kjenne til historiske tradisjoner er en forutsetning for hva vi selv er bærere av, og kan være til hjelp for hva vi selv bevisst tar stilling til og ønsker å videreutvikle (Thornquist, 2018, s. 16-23).

I dette prosjektet er det den omsorgsvitenskapelige tradisjonen som belyser tematikken. Ekebergh (2016, s. 16-19) sier at omsorgsvitenskap har fokus på den eksistensielle dimensjonen, og kjennetegnes av et helhetssyn på mennesket, hvor livsverden er en verden hvor man er bærer av erfaringer og opplevelser. Denne livsverdensorienterte omsorgsvitenskapen kan bidra til å fordype forståelsen for andre.

3.1.1. Fenomenologi

Edmund G.A. Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens grunnlegger, og denne tradisjonen har utviklet seg til en av hovedstrømningene i vår tids filosofi. (Thornquist, 2018, s. 16-23).

Fenomenologi er mer enn en individ- og følelsesorientert retning, hvor man er empatisk og lever seg inn i andre menneskers verden. Fenomenologi er et kunnskapsteoretisk anliggende. Husserl forklarer dette med å forstå kunnskap, kunnskapen natur og vilkår, og hans hovedinteresse var å undersøke bevisstheten. De empiriske fenomenene var ikke hovedinteressen, men måten fenomener er gitt vår bevissthet på. Intensjonalitet er det som kjennetegner bevisstheten. Med dette kan forstås at bevisstheten er aldri tom, men rettet mot noe og en bevissthet mot noe.

Fordeler med fenomenologi er at det blir lagt til rette for å få tak i subjektet sin egen opplevelse, og oppgavens tema setter livsverden i fokus. Fenomenologi åpner for hvordan vitenskapen kan og bør tilnærme seg virkeligheten i forhold til livsverden og dens naturlige innstilling (Thornquist, 2018, s.102-103).

Sosialfilosofiske og samfunnsvitenskapelige tradisjoner hevder fenomenologi kommer til kort siden den ikke tar hensyn til forskjeller mellom samfunn og kulturer med tilhørende virkelighetsforståelser og meningsystemer. Den blir også kritisert for å ha lite fokus på språk som symbol skapende evne. Denne kritikken kommer fra hermeneutisk tradisjon som i motsetning til fenomenologien fremholder språket som helt fundamentale sosiale karakter, og nøkkelen til uttrykk for levd erfaring. En siste ulempe som blir rettet mot fenomenologien fra samfunnsvitenskapen er at den er for individorientert og ikke tar hensyn til forholdene mellom strukturer og handling i et samfunn (Thornquist, 2018, s.161-163).

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning, og hva som er vilkår og fruktbare fremgangsmåter slik at vi kan forstå og fortolke. Gjenstandsfeltet i hermeneutikken var opprinnelig religiøse og juridiske tekster. Dette har endret seg gjennom tidene, hvor man har gått fra bibelske tekster til å inkludere ulike former for meningsfulle uttrykk, dette være seg kunst, arkitektur, sosiale institusjoner og menneskelig handling og samhandling. Først var målet å tilegne seg den *opprinnelige* mening, og den *korrekte* fortolkning. Denne «tradisjonelle» hermeneutikken ble etter hvert kritisert. Det som ble kalt en «filosofisk» hermeneutikk vokste deretter frem. Ved dette filosofiske fokuset fremheves det at forståelse er et grunntrekk hos menneske, og at menneske er forstående og fortolkende vesener. Her ble det er perspektivskifte fra metode og epistemologi til ontologi (Thornquist, 2018, s. 23-24).

Sentrale navn i den tradisjonelle hermeneutikken er Schleiermacher og Dilthey, ifølge Thornquist (2018, s. 169-171), den ble utarbeidet i det 19. århundre. For den filosofiske hermeneutikken er det Gadamer og Heidegger som er spesielt betydningsfulle, og denne tradisjonen ble til i det 20. århundre. Feltet ble utvidet til å gjelde meningsfulle fenomener på flere nivå. To ord som er typiske for den hermeneutiske tradisjon er forståelseshorisont og fordom. Forståelseshorisont

omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger, både bevisst og ubevisst, også om det vi ikke retter oppmerksomheten mot. Vi møter ikke verden med «tom stirren». Fordomsbegrepet ble rehabilitert av Gadamer som tenker om ordet som noe nøytralt og at noe går foran. Disse ordene poengterer at vi alltid allerede har en forutforståelse for det vi møter. Den hermeneutiske sirkel er det mest kjente uttrykket for hermeneutikken. Denne tenkningen viser til et viktig fortolkningsmessig prinsipp som betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Sirkelbegrepet er kritisert fordi det gir assosiasjoner til repetisjon, men spiralbevegelse antyder derimot en videre bevegelse som bidrar til økt forståelse for hver dreining. Slik kan forskeren foreta en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse.

3.1.3 Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming

Thornquist (2018, s. 205-206) viser til Ricoeur som utviklet en egen fortolkningsteori, den innebar både brudd og kontinuitet i forhold til de tidligere retninger innen hermeneutikken. Ricoeur støttet Heidegger og Gadamer i deres ontologiske fundament om at menneske er i verden som et forstående og fortolkende vesen. Dette var først Descartes sin bevissthetsfilosofi. Slik forener Ricoeur fenomenologi og hermeneutikk. Han ser på de to tradisjonene som gjensidig berikende. Han viser til at fenomenologien fremholder at bevisstheten er rettet mot noe. Dette har mening. Hermeneutikken betoner fortolkning av dette, fordi det ikke er umiddelbart gitt. På grunnlag av oppgavens tema har denne tilnærmingen vært relevant, for nettopp å kunne se nærmere på både den subjektive erfaringen av å oppleve vold/trusler, og for deretter å nærmere klare å forstå hva informantenes omsorgsbehov har vært i forbindelse med dette. Den fenomenologiske tilnærmingen er de åpne spørsmålene i intervjuguiden, da det har vært helt sentralt i prosjektet å vektlegge deltakernes egne erfaringer. De spontane svarene fra de åpne spørsmålene ble fulgt videre med oppfølgingsspørsmål i en hermeneutisk tekning etter hva deltakerne formidlet, etterfulgt av fortolkning i analysen.

3.2. Forforståelse

Forforståelse er erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk referanseramme som tas med ved innledningen til prosjektet. Dette kan gi næring og styrke til studien, men kan også stå til hinder for det man ser langs veien. Forforståelsen kan være en viktig side av forskerens motivasjon omkring valgte tema. Forsker må være aktiv og bevisst i forhold til sin forforståelse for å kunne forhindre at den ikke fører til skylapper, begrenset horisont, eller gir manglende evne til å lære av materiale. (Malterud, 2017, s. 44-45). Malterud (2017, s. 20-21) sier at man kaller dette for bias, og at bias er umulig å eliminere i de fleste former for medisinsk forskning.

Refleksivitet, som innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen, er en overordnet forutsetning for vitenskapelig kunnskap.

Min forforståelse i denne studien står sentralt. Jeg har selv jobbet i både kommunehelsetjenesten og sykehus hvor vold/trusler mot sykepleiere har forekommet. Jeg har ikke personlig selv blitt hardt rammet av dette, men har hatt kollegaer som har blitt det. Jeg har vært kjent med at kollegaer har hatt det utfordrende i etterkant av slike hendelser, og at det også har medført fravær fra jobb for noen av dem. Et eksempel på reaksjon fra en kollega som nylig hadde opplevd en voldshendelse på jobb, var når jeg spurte om hvordan denne personen hadde det, og svaret var; «du er faktisk den første som spør». Dette ga meg mye ettertenksomhet, og har bidratt til mye av min motivasjon for å gjøre denne studien.

Som Malterud sier så kan denne forforståelsen gi næring til studien, for på denne måten har jeg forståelse for konteksten til informantene i deres situasjon. Kvale og Brinkmann (2018, s. 141) sier også det at det er nødvendig å ha kjennskap til det undersøkte temaet for å kunne stille relevante spørsmål. På den andre siden har det vært viktig at jeg har måtte stille meg åpen og undrende til deres subjektive opplevelse av dette, denne tenkningen har vært aktivt til stede kontinuerlig, både i utarbeidelsen av intervjuguide, gjennom intervjuene, og i etterarbeidene av dette ved transkribering og analyse. For å klare dette har det blitt gjort notater underveis om hva det var forventet å finne, hva mitt faglige perspektiv og teoretiske referanseramme har vært i utgangspunktet. Slik har jeg kunne tilstrebe at min forforståelse ikke har overdøvet budskapet fra det empiriske materialet (Malterud, 2017, s. 45).

Kvale & Brinkmann (2018, s. 268) sier at man på fenomenologisk vis skal forsøke å sette sine egne begreper i parentes, og dette har vært et nødvendig bevissthetsarbeid gjennom hele

intervjuprosessen. De trekker også frem at det er et generelt trekk hos mennesket at man forstår verden ut fra våre forforståelser, og teoretisk lesning av intervjutekster kan medføre ensidige fortolkninger. Det har derfor vært viktig å lytte nøye med åpenhet og følsomhet for det som ble fortalt, det samme gjelder for lesning av intervjuene i tekstform etterpå.

3.2. Fremgangsmåte

Søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) ble sendt så snart prosjektplan var godkjent (Vedlegg 2). Det tok noen uker før søknaden hos NSD ble godkjent. Jeg oppsøkte deretter ledere i Norsk Sykepleierforbund i to ulike fylker, og fikk hjelp av dem til innhenting av informanter. Dette ble gjort ved at de lagde annonse på sine Facebooksider om mitt forskningsprosjekt, med informasjon om tema for prosjektet (Vedlegg 3), og at det var sykepleiere som hadde opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling som var ønskelige som informanter. Tanken bak dette var at man på denne måten kunne nå ut til informasjonsrike informanter med facebook sin delingskultur. De aktuelle informantene tok da kontakt med meg. Informantene fikk tilsendt et informasjonsskriv (Vedlegg 4), med informasjon om blant annet formål med studien, og hva det innebar for dem delta i studien. Vedlagt var et samtykkeerklæringsskjema. Bakgrunnen for dette beskrives nærmere i avsnittet *4.5.1. Gjennomføring av Intervju*. Intervjuene ble gjennomført kort tid etter informantene tok kontakt.

Fordi prosjektet deretter ble utsatt i ett år på grunn av egen arbeidssituasjon, ble ny søknad sendt til NSD om utsettelse av prosjektets sluttdato.

3.3. Utvalg eller deltakere

Bekvemmelighetsutvalg, Convenience sampling, er ikke den mest foretrukne utvalgsmetoden i kvalitativ forskning, fordi den ikke vil gi de mest informasjonsrike kildene, sier Polit & Beck (2017, s. 492). De sier videre at et bekvemmelighetsutvalg likevel vil gi informanter som vil tre frem selv, det er enkelt for meg som nybegynner i forskning, og det vil gi informanter fra nettopp den kliniske settingen jeg søker, nemlig somatiske sengeposter i sykehus. Noe av det som er et fellestrekk ved kvalitative utvalg er at de er små, noe som er ønskelig i min studie. Kvale &

Brinkmann (2018, s. 148) sier på sin side at man trenger så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite. Det vil være avhengig av formålet, som i min studie er dybdeforståelse for individets subjektive opplevelse.

Jeg har innhentet informanter fra somatisk avdeling ved to større sykehus. Det er viktig å stå nøytral som forsker, og jeg har tilstrebet å ikke ha arbeidsforbindelse med informantene. Jeg har hatt som mål å innhente informasjonsrike informanter.

Jeg ønsket å intervju sykepleiere som har erfart vold/trusler. Jeg avgrenset gruppen til å gjelde kun sykepleiere i somatisk sykehusavdeling, for å tilstrebe mest mulig like forutsetninger og kontekstuelle forhold. Det var planlagt 4-5 deltakere. Det resulterte i 4.

Inklusjonskriterier	Ekklusjonskriterier
Sykepleiere	Nåværende kollegaer
Har opplevd vold og/eller trusler	Psykatrisk avdeling
Somatisk sykehusavdeling	
Større sykehus	

3.4. Datasamling

Jeg har brukt dybdeintervju i mitt prosjekt. Tjora (2017, s. 114-115) sier at hovedregelen bak denne type intervju er når man vil studere nyansene i meninger, holdninger og erfaringer, og at man er ute etter livsverdenen til informanten. Tjora (2017, s. 114) referer til Spradley (1979) som sier at metoden er basert på et fenomenologisk perspektiv. Forskeren ønsker å forstå informantens opplevelser, og hvordan informanten reflekterer over dette. Tjora sier videre at i dybdeintervjuer utforsker man utelukkende forhold som er knyttet til informantens subjektivitet. Intervjuene handler likevel ikke bare om informantene, de kan brukes til å forstå sammenhenger utover informantene som individer.

Malterud (2018, s. 134-135) refererer til Kvale (1996) som også tar utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv i det kvalitative forskningsintervju, og sier at intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i deltakerens livsverden. Målet er en samtale der det kvalitative får en

stemme, og der ordene formidler kunnskap om egenskaper og kjennetegn ved det vi snakker om. Malterud påpeker også at et godt kvalitativt intervju skal gi rom for flertydighet, men at forskeren skal holde fast på sin problemstilling.

3.4.1 Gjennomføring av intervju

Tjora (2017, s. 122) sier at betydningen av sted kan virke som en detalj, men at trygghet og nivå av komfort kan ha stor betydning i intervjusituasjonen. Det er også av betydning for intervjusituasjonen å ikke bli forstyrret.

Alle informantene fikk tilbud om å treffes på et nøytralt sted, som lånt grupperom, og de fikk mulighet til å spille inn det som var et mest passende og komfortabelt sted for dem selv. Noen valgte å gjennomføre intervjuet hjemme hos seg selv. Med hensyn til vern om anonymitet og oppgavens tematikk ble dette ikke gjort ved noens arbeidsplass.

Tjora (2017, s. 116) sier at dybdeintervjuenes kvalitet hviler på opparbeidet tillit mellom forsker og informant. Dette vil være ekstra viktig når man forsker på sensitive temaer, og det er relevant også i denne studien hvor man berører noe som kan være sårt og personlig. For å oppnå denne tilliten bør intervjueren la informanten få tid til å bli fortrolig med situasjonen. Før vi startet selve intervjuene brukte vi derfor litt tid på å snakke litt vidt om løst og fast, før vi etter hvert sirklet oss imot selve intervjuet. Slik forsøkte jeg som intervjuer å skape en avslappet situasjon, og ønsket å synliggjøre hva informanten tenkte at jeg som forsker var ute etter.

Det ble på forhånd utarbeidet intervjuguide (Vedlegg 5), og det ble lagt opp til at hvert intervju skulle ta omtrent 30-60 minutter. Tjora (2017, s. 113-114) legger vekt på viktigheten av å skape en avslappet stemning og romslig tidsramme i intervjusituasjonen ved dybdeintervjuer. Målet er å skape en situasjon for en mest mulig fri samtale omkring temaene som forskeren har bestemt på forhånd, og disse er da nedskrevet i intervjuguiden som et utgangspunkt. Meningen er å få informanten til å reflektere over egne erfaringer og meninger over temaet i forskningen.

Kvale og Brinkmann (2018, s. 104-105) sier at informert samtykke betyr at forskningsdeltakerne skal ha informasjon om studiens formål og hovedtrekkene i designen. De skal også ha informasjon om mulige risikoer og fordeler ved å delta i prosjektet. Før vi startet intervjuene fikk informantene igjen informasjon om studiens hensikt, og gjennom samtalen ble det sikret at informantene hadde forstått informasjonen som var gitt både muntlig og skriftlig. Kvale og

Brinkmann sier videre at informert samtykke innebærer at man sikrer seg at informantene deltar frivillig. Samtykkeerklæringen ble signert før intervjuene startet, med informasjon om at de kan trekke seg fra studien når som helst.

Spørsmålene i intervjuguiden var formet som åpne spørsmål. Tjora (2017, s. 114) sier at hensikten med åpne spørsmål ved dybdeintervju er at informanten skal ha muligheten til å gå i dybden der hvor de har mye å fortelle. Intervjuguiden ble brukt slik som skrevet, tilleggsspørsmål og oppfølgingsspørsmål ble også brukt som skrevet, men det kom også til nye etter hvert i samtalen. Behovet for oppfølgingsspørsmål var varierende, noen ganger ga informantene utfyllende svar og beskrivelser på spørsmålet, hvor det også fremkom relevant informasjon som jeg som intervjuer ikke hadde stilt direkte spørsmål i forhold til. Innimellom var det behov for at jeg som intervjuer spurte spørsmål som blant annet: «det var interessant, kan du fortelle mer om det?», eller «kan du utdype det litt mer?» for å innhente tilstrekkelig informasjon rundt temaet. Tjora (2017, s. 118-119) legger vekt på viktigheten av at informanten skal føle at det er greit å snakke åpent selv om personlige erfaringer, og at informanten skal kunne tenke høyt hvor digresjoner er tillatt. Likevel er det intervjuer som har ansvar for å drive det hele fremover, som innebærer konkret avgrensede spørsmål som informanten skal svare relativt kort og konsist på.

Tjora (2017, s. 122) mener at man konsekvent skal bruke lydopptaker ved dybdeintervjuer, og det ble brukt under alle intervjuene. Jeg brukte en diktafon som eliminerte omkringliggende støy. Informantene ble informert om hensikt og bruk av lydopptakene, og de fikk informasjon om at disse dataene ble lagret i HVL sin forskningsserver, hvor kun jeg og min veileder hadde tilgang, og at alle disse data blir slettet når studien er ferdig.

3.4.2 Transkribering

Transkripsjon skal mest mulig lojalt ivareta det opprinnelige materialet (Malterud, 2017, s. 78-82). Kvalitativ analyse innebærer teksttolkning, og forskeren må tilstrebe at informanten sine erfaringer og meninger blir formidlet og oppfattet under datasamlingen. Det kan likevel være muligheter for at forskeren ikke oppfatter eller forstår alt som blir sagt. Dette kan være på grunn av at man for eksempel snakker i munnen på hverandre, eller hvis man mangler forkunnskaper til

å forstå det som blir fortalt. Hvis man vurderer informasjonen som usikker, skal man være forsiktig med tolkningene i teksten.

Transkriberingen ble gjennomført ett år etter intervjuene ble gjennomført. Dette var på grunn av min arbeidssituasjon, som medførte ett års pause fra masterprosjektet like etter intervjuene var gjennomført.

Jeg brukte veldig mye tid på å lytte til intervjuene, for å bli godt kjent med innholdet. Jeg skrev ned ordrett det som ble sagt på lydopptaket, på bakgrunn av transkripsjonsprosedyre. En transkripsjonsprosedyre innebærer en del standardvalg som må tas, deriblant valget om å transkribere ordrett (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 208-209). Alle pauser med «ehh», «hmm», «kremt», «latter» og «mmm» ble tatt med. Dette var veldig tidkrevende, og jeg brukte gjennomsnittlig en time på å transkribere fem minutter av intervjuene, noen ganger lenger tid der det var mye pause-uttrykk eller noe utydelig tale. De 4 intervjuene jeg gjorde var på til sammen 74 minutter lydopptak. Etter transkribering lyttet jeg til intervjuene og gikk gjennom det transkriberte materialet flere ganger for å sikre at alt var gjengitt korrekt.

3.5. Metode for analyse

Systematisk tekstkondensering (engelsk: Systematic Text Condensation - STC) er valgt som analysemetode for mitt prosjekt. Dette er en pragmatisk metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data, som er utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres, både systematisk og overkommelig, uten at man har forutsetninger som er knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner. Metoden har fellestrekk med mange andre analysemetoder, men noen metodiske begrep er imidlertid spesifikke for denne fremgangsmåten. Her konsentrer man oppmerksomheten mot relativt få temaer og kodegrupper, noe som er i motsetning til de fleste andre analysemetoder. Det som også er spesifikt for STC er fremgangsmåten for abstrahering når data er kodet, med utvikling av et kondensat (Malterud, 2017, s. 97-98).

Dei ulike stegene i denne metoden er:

1. Et helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer
2. Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

3. Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
4. Syntese- fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (Malterud, 2017, s.99-108).

3.5.1. Et helhetsinntrykk

Malterud (2017, s. 99-100) sier at man først skal bli kjent med materialet i dette første trinnet. For å gjøre det skal man lese gjennom alle de tettskrevne sidene fra det transkriberte materiale for å få et helhetsbilde. Nå vi leser skal vi vurdere mulige temaer som på en eller annen måte representerer oppgavens tema, i dette tilfelle sykepleiernes opplevelse og omsorgsbehov. Malterud sier videre at helheten er viktigere enn detaljer, og at man skal sette sin forforståelse, samt teoretiske referanseramme til sides i dette trinnet, men at man hele tiden har fokus på problemstillingen. Det vil være en forutsetning for at vi klarer å stille oss åpne for inntrykkene materialet formidler. Nå er det fugleperspektivet som gjelder. Når alt er lest skal man gjøre seg opp et inntrykk og finne foreløpige temaer som kan fortelle oss om sykepleiernes opplevelser og omsorgsbehov. Malterud sier at det kan være 4-8 temaer som vekker oppmerksomhet, og så gir man hvert tema et midlertidig navn.

Jeg hadde et transkribert materiale på 57 sider som jeg leste gjennom flere ganger imens jeg gjorde notater om mulig foreløpige temaer, som resulterte i 5 foreløpige temaer som jeg fargekodet. Temaene var:

1. Hendelsen var overraskende og uventet
2. Frykt og redsel
3. Utilstrekkelig oppfølging
4. Skam og skyldfølelse
5. Ettervirkninger av hendelsen

3.5.2. Meningsbærende enheter

I trinn to av analyseprosessen skal man organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere. Resten blir deretter lagt til side. I dette trinnet leser man materialet linje for linje og identifiserer meningsbærende enheter. Dette er en form for filtrering hvor man skiller relevant

tekst fra irrelevant, hvor den teksten som kan tenkes belyser problemstillingen får bli med videre. All tekst må grundig gjennomgås systematisk slik at man ikke bare tar med videre det som fenger mest ved første blikk. Ut ifra våre empiriske data skal man nå velge ut tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere av temaene fra første trinn, og som sier noe om oppgavens tema, her sykepleieres opplevelser og omsorgsbehov etter å ha opplevd vold/trusler på jobb i somatisk sykehusavdeling. De meningsbærende enhetene er ikke nødvendigvis avgrenset, de kan være korte eller lange. Nå skal man bruke de foreløpige temaene fra forrige trinn til å danne grunnlag for kodegrupper som sorteringsgrunnlag i tankene. Hver kodegruppe representerer våre foreløpige tanker om ulike sider av problemstillingen. Etter hvert som man merker de meningsbærende enhetene i teksten, blir de også systematisert. Det er dette som kalles koding. Man skal her identifisere og sortere alle meningsbærende enheter i teksten. Kodegruppene står som veivisere i det videre arbeidet. Man skal deretter samle tekstbiter som har noe til felles, og disse setter man en merkelapp på (Malterud, 2017, s. 100-101).

Jeg brukte fargekoding til dette arbeidet. De foreløpige temaene fra første trinn som nå står som kodegrupper er allerede fargekodet. Når de meningsbærende enhetene ble identifisert ble de fargekodet i teksten med lik farge tilhørende den aktuelle kodegruppen.

Malterud (2017, s. 102-103) sier videre at det er nødvendig å raffinere den intuitive klassifikasjonen som den første versjonen av kodegruppene representerer. Dette kan være fordi vi ser at kodegruppene i virkeligheten representerer flere atskilte fenomener. Det kan hende man også ser at flere kodegrupper viser seg å omhandle samme sak. Et nytt tema kan også vise seg etter hvert som data tvinger det frem. Underveis i kodingen vil man også sortere bort fenomener som i virkeligheten utgjør et fremmedelement og skiller seg vesentlig fra de andre. Her kan vi forstå hvordan vår forforståelse kan ha sneket seg inn i analysens første intuitive trinn. Dette er noe jeg kjente igjen når jeg gjennom analysen fjernet Mestring som en kodegruppe, da informantene opplevelse av skam, skyld og mestring ble for vanskelig å skille, og dermed ble en gruppe i stedet.

Malterud (2017, s. 104) sier at koding innebærer en systematisk dekontekstualisering. Det vil si at man henter deler av tekst ut ifra sin opprinnelige sammenheng, og setter de sammen med beslektede tekstelementer i lys av de teoretiske perspektivene. Det er viktig å sikre at det foreligger en totalversjon av materialet som ikke er kodet, og som ikke er dekontekstualisert. I

mitt prosjekt har jeg opprettet et nytt dokument for hvert trinn for å sikre dette, slik at alle trinn lett kan leses tilbake til.

3.5.3. Kondensering

I trinn tre av analysen skal man abstrahere den sorterte informasjonen fra forrige trinn, sier Malterud (2017, s. 105-106). Her blir de meningsbærende enhetene identifisert og kodet, og vi tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted. Malterud sier at man skal sortere i 3-5 kodegrupper med meningsbærende enheter. Det er vanskelig å holde oversikten om man har flere enn dette. I denne analysen resulterte det i 5 kodegrupper.

Det ble laget en tabell hvor de meningsbærende enhetene ble lagt til sin kodegruppe. Samtidig ble det laget rubrikk for hvilken informant de meningsbærende enhetene kom i fra. Deretter ble materialet sortert i subgrupper.

Tabellen blir vist på neste side.

Foreløpige tema: (fargekodet)	Hendelsen var overraskende og uventet	Frykt og redsel	Utilstrekkelig oppfølging	Skam og skyldfølelse	Ettervirkninger av hendelsen
Subgrupper: (kodet med skrifttype)	Var ikke forberedt <hr/> MANGELFULL INFORMASJON <hr/>	Redd på jobb ved vold og trusler <hr/> BETYDNINGEN AV BEMANNING <hr/>	Manglende individuelt tilpassa oppfølgings- tiltak etter hendelsene <hr/> BEHOV FOR OPPLÆRING OG GJENNOMGANG AV RUTINER VED VOLD OG TRUSSEL- SITUASJONER <hr/>	Pleienes tanker om man har gjort noe galt <hr/> OPPLEVELSE AV EGEN VERDIGHET <hr/>	Psykiske reaksjoner <hr/> FYSISKE REAKSJONER <hr/> <i>Endring av arbeidssted som konsekvens av hendelse</i> <hr/>
Intervjudeltaker 1 (meningsbærende enheter)	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/> <i>Tekst</i> <hr/>
Intervjudeltaker 2 (meningsbærende enheter)	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/> <i>Tekst</i> <hr/>
Intervjudeltaker 3 (meningsbærende enheter)	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/> <i>Tekst</i> <hr/>
Intervjudeltaker 4 (meningsbærende enheter)	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/>	Tekst <hr/> TEKST <hr/> <i>Tekst</i> <hr/>

Ved bruk av STC som metode for analyse, brukes et spesielt metodisk grep der vi på dette analysetrinnnet lager et kondensat, det vi si et kunstig sitat. Dette skal bære med seg konkret innhold fra de enkelte meningsbærende enhetene, hvor de omsettes til en mer generell form. For å gjøre dette ble alle de meningsbærende enhetene i hver subgruppe gjennomgått systematisk, og de som var mest uttrykksfulle i forhold til subgruppen ble inkludert i kondensatet som en tekst med elementer fra de valgte meningsbærende enhetene. I teksten ble sitatene fargekodet etter intervjudeltaker 1, 2, 3 og 4 for å sikre den opprinnelige sammenhengen. Deretter ble det valgt ut gullsitat i hver subgruppe. Et gullsitat er det som illustrerer best det som er abstrahert.

3.5.4. Syntese

I trinn fire av analysen skal man rekontekstualisere. Det vil si at man skal sette sammen bitene igjen og sammenfatte det vi har funnet. Dette gjøres ved at man tar de fortolkete syntesene som grunnlag for nye beskrivelser og begreper, og lager en analytisk tekst. Sammenligningen skal være lojal i forhold til informantenes stemmer. Den sammenfattede teksten skal gi leseren innsikt og tillit. I dette trinnet av analysen var det viktig at jeg som forsker hadde forståelse for hva hver av subgruppene fremstilte av hovedfunn i sin kodegruppe, det man også kaller for en resultatkategori. Det var viktig at jeg formidlet fellestrekk med variasjoner fra historier som var sammenfattet i analyse og syntese. Treffende gullsitater, som ble merket med informant 1, 2, 3 eller 4, som konkretiserte hovedfunn ble tatt med i hver subgruppe, og omtalen av hver subgruppe fikk sitt eget avsnitt hvor tredjepersonformen ble brukt. Slik skaper man en analytisk distanse hvor man gjenforteller på vegne av andre for at det skal bli ny kunnskap. Til slutt fikk hver kategori overskrifter som sammenfattet hva sykepleiere som har opplevd vold/trusler i somatisk sykehus har opplevd, og hva deres omsorgsbehov var i forbindelse med dette (Malterud, 2017, s. 108-110). Det resulterte i følgende:

1. Kommunikasjonssvikt
2. Underbemanning øker frykt
3. Utilstrekkelig opplæring og oppfølging
4. Usynlighetsskammen
5. Vold og trusler på jobb får personlig konsekvenser

3.5.5 Validering

Som siste ledd i analysen ble funnene validert. Det betyr at man ser de analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene opp imot den sammenhengen de var hentet ut fra. Dette ble gjort ved at de opprinnelige utskriftene ble lest gjennom for å minnes om hva som egentlig ble sagt. Gjennom lesningen stoppet jeg opp for å reflektere over om de tolkninger, beskrivelser eller begreper som hadde blitt brukt kunne tilbakeføres til de opprinnelige data. Det var noen variasjoner i hvilken grad informantene hadde bidratt med tekstbiter i de ulike resultatkategoriene, noen hadde bidratt rikelig, og andre mindre, dette var uproblematisk, men ble tatt med i betraktning videre (Malterud, 2017, s. 110).

3.6. Forskningsetikk

Malterud (2013, s. 201) sier at forskning reguleres av regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Menneskers livserfaring og tanker kan komme frem med sensitiv og personlig karakter, og dette stiller strenge krav til informert samtykke. Dette må gjøres skriftlig, noe som er beskrevet i kapittel 4.5.1 Gjennomføring av intervju.

Dette innebærer at man sikrer at de involverte deltar frivillig, og at de vet at de kan trekke seg ut av studien når som helst. Konfidensialitet innebærer å beskytte deltakernes privatliv (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 104-106).

Enhver datasamling representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess og aktivere psykisk uro. Det vil være viktig å overveie prosjektets hensikt og mulige konsekvenser allerede i planleggingsfasen. Forsker må klargjøre sin rolle, og informere deltakeren godt om dette på forhånd, slik at forsker ikke oppfattes som en med medisinsk ansvar. Det å forske på kollegaer gir spesielle utfordringer. Helsinkideklarasjonen gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell, og jeg som forsker har måtte bruke mitt beste skjønn til å utøve en ansvarlig forskningsetikk. Man skal ikke hevde forskningens frihet og formidle sine funn fremfor hensynet til tilliten informanten har gitt forskeren. Man har ingen rett til å krenke dem. Det kan innebære at forsker må legge materiale til side, som egentlig kunne gitt problemstillingen et løft. Forsker kan møte negative reaksjoner fra miljøer der uhensiktsmessig praksis har vært avdekket. Som forsker

må man tåle å møte dette. Man skal allikevel være observant på at kvalitative studier forutsetter gjensidig tillit (Malterud, 2017, s. 211-220).

I dette prosjektet har jeg som forsker blitt vist stor tillit. Dette er noe jeg har vært svært ydmyk for. Denne studiens informanter er sykepleiere, som meg selv. Gjennom studieforløpet har informasjon i fra studiedeltakerne vært noe jeg ikke har delt med noen andre enn min veileder, noe informantene er informert om. Deltakerne har fått god informasjon om ivaretagelse av deres anonymitet og om at det de har fortalt vil bli brukt på å se på hva sykepleieres opplevelse er av å ha opplevd vold/trusler, og hva som kan være deres omsorgsbehov i forbindelse med dette. Som Malterud (2017, s. 212-214) sier kan det være et virkemiddel for å vise lojalitet til deltakerne at man sikrer at deltakerne vet hvordan opplysningen vil bli brukt. Malterud sier videre at kvalitative data kan representere sterke inntrykk, og at det er forskerens ansvar å forvalte dette på en nøktern måte. Informantene i denne studien har også sterke opplevelser, og delte både sensitiv og sårbar informasjon med meg som forsker. I den forbindelse var det nyttig med en planlagt intervjuguide, hvor jeg som forsker kunne lede dette til pålitelig og gyldig kunnskap. Likevel var det viktig å opptre omsorgsfullt i dialogen. Malterud påpeker at man som regel kan stole på at studiedeltakerne klarer å ivareta sin selvforståelse og indre balanse. Man må forvalte våre møter med dem med respekt for grensene deres, og man må sørge for at de er kjent med at dette er en intervjusituasjon og ikke et klinisk eller terapeutisk intervju.

Utfordringer knyttet til gjenkjenning har jeg tatt mye hensyn til i prosjektet. Malterud (2017, s. 215) nevner dialektuttrykk i sitater, informantens alder eller yrke, opplysninger om hvor prosjektet er gjennomført, spesifikke hendelser som eksempler på forhold som kan øke gjenkjenningsrisiko. For å unngå gjenkjenning har jeg sitert alle deltakerne i bokmålsform ved transkribering av intervjuene. Jeg har unngått å oppgi alder eller kjønn, det har heller ikke relevans for studiens tema. Informasjon i forbindelse med hendelsene som informantene har delt med meg som forsker i denne studien ses på som gjenkjenning, for som Malterud (2017, s. 215) sier så skal man skrive som om materialet havner hos informantens venner, naboer og kollegaer. Her har jeg måtte styrke personvernet ved å la være å bruke deler av materialet, dette har likevel ikke svekket resultatene.

Digitale data fra dialog med informantene for å avtale intervjumøte ble fortløpende slettet.

Datatilsynet gir regler og prosedyrer som forutsetter at materialet oppbevares nedlåst og

utilgjengelig for utenforstående, og både signert informert samtykke og lydopptakene av intervjuene ble lagret i Høgskulen på Vestlandet sin forskningsserver. Denne har kun jeg og min veileder hatt tilgang til. Deltakerne ble ved transkribering tildelt pseudonymer som informant 1, 2, 3 og 4 som kunne kobles mot persondata når tekstene ble rekontekstualisert (Malterud, 2017, s. 215-216).

3. Resultater/Funn

I dette kapittelet vil resultater fra den empiriske studien av sykepleiere som har opplevd vold og/eller trusler ved somatisk sykehusavdeling bli presentert.

Den pragmatiske metoden ved systematisk tekstkondensering (STC) resulterte i 5 hovedtema og 11 subtema:

Kommunikasjonssvikt	<ul style="list-style-type: none">• Var ikke forberedt• Mangelfull informasjon
Underbemanning øker frykt	<ul style="list-style-type: none">• Redd på jobb ved vold og trusler• Betydningen av bemanning
Utilstrekkelig opplæring og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">• Manglende individuelt tilpassa oppfølgingstiltak etter hendelsene• Behov for opplæring og gjennomgang av rutiner ved vold og trusselsituasjoner
Usynlighetsskammen	<ul style="list-style-type: none">• Opplevelse av egen verdighet• Pleiernes tanker om man har gjort noe galt
Vold og trusler på jobb og personlige konsekvenser	<ul style="list-style-type: none">• Psykiske reaksjoner• Fysiske reaksjoner• Endring av arbeidssted som konsekvens av hendelsen

4.1 Kommunikasjonssvikt

Det første hovedtema *kommunikasjonssvikt*. Dette handler om hvilken rolle kommunikasjon personalet imellom har hatt i forbindelse med sykepleiernes erfaringer med å oppleve vold/trusler.

4.1.1. Var ikke forberedt

Subtema èn er: *var ikke forberedt*. Dette handler om at alle informantene i denne studien opplevde at hendelsen kom overraskende på dem, og de følte seg ikke forberedt på at dette kunne skje. Informantene beskrev det som en plutselig hendelse hvor alt skjedde veldig fort og uventet.

«Hvis vi har pasienter som, de på en måte, vi tror det er noe, har vi kanskje fastvakt på de, eller, da har vi, på en måte, da tenker du kanskje at her kan det skje noe, så da, på en måte, er du litt mer forberedt kanskje» (informant 1)

4.1.2. Mangelfull informasjon

Subtema to forteller om *mangelfull informasjon*. Noen av informantene beskrev hendelsen som en kaotisk situasjon, hvor de ante fred og ingen fare og ble veldig overrumplet når vold/trusler skjedde. De mente at noe av grunnen til det var misvisende rapport og mangelfull informasjon. I noen av tilfellene var det ikke gjort tiltak for å forhindre dette selv når ledelsen kjente til voldelig hendelsesforløp i forkant av den beskrevne hendelsen i dette intervjuet. Flere av informantene viser til mangelfull bemanning, og manglende opplæring i hva de skulle gjøre, det var også ekstra vanskelig for de som var ganske ny i yrket.

«jeg hadde ikke hatt noen øvelse» (informant 2)

4.2 Underbemanning øker frykt

Det andre hovedtema forteller om at *underbemanning øker frykt* ved vold/trusler på jobb som sykepleier i somatisk sykehusavdeling.

4.2.1. Redd på jobb ved vold og trusler

Subtema èn er *redd på jobb ved vold og trusler*. Informantene opplevde det som veldig ubehagelig og skremmende å oppleve vold/trusler på jobb. Flere kjente på frykt og redsel. Informantene opplevde både svært fysiske voldelige hendelser med pasienter, noen opplevde trusler/vold mot sine kollegaer, og noen opplevde drapstrusler, og også drapsforsøk. Noen ble skreket til og slått mot. Informantene beskrev hvordan de forsøkte å holde ro når pasienten var sint.

«Vi prøvde jo å holde oss rolig, men det var jo en frykt for det om» (informant 1)

Noen informanter syntes det var en uvirkelig hendelse hvor de kjente hjelpeløshet, og at det var som å gå på utsiden av seg selv. I situasjonen så var det flere som ikke visste hva de skulle gjøre. De kjente på nummenhet, skjelvinger og stress, og det tok tid før det gikk opp for dem hva som hadde skjedd. Flere kjente på mer trygghet når de fikk bistand av andre og fikk kommet på avstand fra pasienten som utøvde trusler/vold.

4.2.2. Betydningen av bemanning

Subtema to er *betydningen av bemanning*. Alle informantene sa at de syntes de burde vært flere folk på jobb. Flere sa at de kun var to på vakt, og at det var tilfeldigheter som gjorde at flere var tilstede i situasjonen. Noen av informantene syntes også det var vanskelig at begge som var på jobb var unge og uerfarne.

«hadde ikke de vært der så vet jeg jo at det hadde nok ikke gått så bra» (informant 2)

4.3 Utilstrekkelig opplæring og oppfølging

Det tredje hovedtema handler om *utilstrekkelig opplæring og oppfølging*, slik sykepleierne erfarte det ved vold/truser på jobb i somatisk sykehusavdeling.

4.3.1 Manglende individuelt tilpassa oppfølgingstiltak etter hendelsene

Subtema èn er *manglende individuelt tilpassa oppfølgingstiltak etter hendelsene*. Alle informantene opplevde at de ikke ble fulgt godt nok opp i ettertid av hendelsen, til tross for at de alle varslet fra til ledelsen. En av informantene oppsøkte selv psykolog i ettertid for å bearbeide hendelsen, og mente at arbeidsgiver burde lagt til rette for at personal burde fått snakke med noen som er nøytral etter slike hendelser, gjerne noen eksternt. Flere opplevde manglende tilbud fra dem, og at ingen fra ledelsen snakket med dem. De informantene som hadde hatt en eller to samtaler med noen fra ledelsen sa at de ikke burde ha ventet med å snakke med dem, og at de burde vist at de virkelig ville hjelpe og ikke bare prate, folk er jo forskjellige. Det kom frem forslag som å slippe å være sammen med den aktuelle pasienten i ettertid, eller å leie inn en ekstra sykepleier. For dem som var blitt fysisk angrepet, ble det foreslått at de burde fått tilbudt legetilsyn på stedet.

Flere oppga at det var kollegaene som spurte dem om hvordan de hadde det, og at de derfor opplevde at de hadde andre folk som var der for dem.

«Det har jo ikke vært noen oppfølging sånt sett, det har det jo ikke» (informant 1)

og

«så ville jeg gått gjennom hele hendelsesforløpet, og så ville jeg kanskje ikke bare hatt en samtale, men jeg ville hatt en samtale rett etter, etter samtalen, så ville jeg hatt 2-3 til, og tilbud om å snakke med psykiatrisk sykepleier, eller prest» (informant 3)

Ledelsen kunne kanskje ringt og spurt om hvordan det gikk, mente flere av informantene. De sa at de kunne blitt spurt om hva de følte, hva de trengte, og blitt fulgt opp i ettertid.

«vi følte jo på en måte at vi satt inne med en del da» (informant 1)

Flere av informantene opplevde at ledelsen ikke var imøtekommende og mente at de kunne brydd seg litt mer for å tilrettelegge for dem etter disse hendelsene.

4.3.2 Behov for opplæring og gjennomgang av rutiner ved vold og trusselsituasjoner

Subtema to er *behov for opplæring og gjennomgang av rutiner ved vold og trusselsituasjoner*. En av informantene sa at man skulle ønske det fantes en slags manual, der det stod hva de skulle gjøre ved vold og trusselsituasjoner. De fleste informantene sa de hadde hatt behov for å gå gjennom rutiner på vold og trusler, hva man skal gjøre, hvem en skal kontakte og hvor man kan få hjelp.

«Vi visste jo ikke helt hva vi skulle gjøre» (informant 1)

En annen informant sa at hendelsen burde også vært tatt opp i plenum, siden dette berører hele avdelingen og syntes det var rart at ikke det ble gjort. Flere av informantene uttrykket at de ikke bare kan gå fra slike hendelser til hendelser i avdelingen uten at noen ting skjer.

4.4 Usynlighetsskammen

Det fjerde hovedtema er *usynlighetsskammen*. Dette handler om hvordan sykepleierne som har erfart vold/trusler i somatisk sykehusavdeling har opplevd hvordan dette har påvirket deres verdighet, og hvordan deres mestringsopplevelse har påvirket dette.

4.4.1 Opplevelse av egen verdighet

Subtema èn er *opplevelse av egen verdighet*. Flere av informantene følte på skam i forbindelse med å oppleve vold/trusler på jobb. De følte seg mindre verdt når ledelsen gjorde såpass lite for å følge opp etterpå, og at dette både ga følelse av skam, og tap, og at en ikke ønsket å vise seg som svak. Det ble også uttrykket at det følte skammelig når ikke alle ansatte på avdelingen fikk vite hva som hadde skjedd, og at man da ikke føler seg sett. Det å måtte oppleve dette følte skammelig.

«så ville jeg hatt en åpenhet ovenfor de andre i avdelingen hva som har skjedd»
(informant 3)

4.4.2 Pleiernes tanker om man har gjort noe galt

Subtema to er *pleiernes tanker om man har gjort noe galt*. Informantene oppga at de i ettertid hadde tanker om hva det var som var utløsende til hendelsen, og om de kunne gjort noe annerledes.

«Hvorfor skjedde det akkurat når vi var der?» (informant 1)

Noen av informantene opplevde seg usikker fordi de var ny i yrket, og de følte ikke at de klarte å håndtere det. Selv om de prøvde å handle etter deres beste faglige evne, ble de usikker på om det ble gjort feil i pasientbehandlingen.

Flere av informantene fortalte også at de ikke turde å si alt fordi de gikk ekstravakter på den tiden, og at de var redde for å ikke få fast jobb.

4.5 Vold og trusler på jobb får personlige konsekvenser

Hovedtema fem handler om hvordan sykepleierne erfarte at opplevelser med vold/trusler på jobb i somatisk sykehusavdeling får personlige konsekvenser for dem.

4.5.1 Psykiske reaksjoner

Subtema èn er *psykiske reaksjoner*. Flere av informantene opplevde hendelsen som ganske traumatisk, og har tenkt mye på det etterpå. Hendelsen blir beskrevet som en sjokk,- og krisesituasjon, hvor man ikke klarer å ta innover seg hva som har skjedd før etterpå. Informantene har da beskrevet at de var veldig sårbar, lei seg, og at de oppdager at de ikke klarer å huske alt fra hendelsen. Noen har også opplevd tilbakefall til situasjonen, og har opplevd vanskeligheter i andre situasjoner som følge av dette. Flere gikk hjemme og gruet meg for å gå på jobb igjen.

«jeg er litt mer redd enn før. Føler meg aldri helt trygg. Nå vet jeg at det er faktisk folk som kan angripe meg» (informant 4)

Flere sier at de har blitt mye mer forsiktig og vær i ettertid, og tåler kanskje ikke slike ting like godt som før. Det har satt en skikkelig støkk i flere av informantene.

4.5.2 Fysiske reaksjoner

Subtema to er *fysiske reaksjoner*. Flere hadde fysiske reaksjoner like etter hendelsen, med blant annet skjelvninger i hele kroppen. Noen hadde opplevd basketak og hadde vondt i arm, rygg og mage. En informant sa at hver gang vedkommende skulle gå forbi det aktuelle pasientrommet slo

hjertet raskt. Noen fikk hodepine i ettertid, og antok at det hadde nok sammenheng med høye skuldre. Dette medførte behov for kiropraktorbehandling. Andre hadde løs mage før hver vakt.

«når jeg tenker på det så blir jeg jo litt uvel i kroppen» (informant 4)

4.5.3 Endring av arbeidssted som konsekvens av hendelsen

Subtema tre er *endring av arbeidssted som konsekvens av hendelsen*. De fleste av informantene endret arbeidssted etter hendelsen. Den av informantene som ikke gjorde det mente at vold og trusselhendelser kan gjøre at en ikke vil jobbe på sånne plasser, men at det er lettere å bli værende for de som har gode rutiner og god oppfølging. Flere av informantene undret seg over hvor langt det skal gå før man kan si at nok er nok?

For noen så var det verneombudet som til slutt sa ifra. Informantene fortalte om å være livredd etter hendelsen, og hadde behov for mer sikkerhetstiltak for å klare å fortsette å jobbe i avdelingen imens den aktuelle pasienten fremdeles var innlagt. Informantene hadde ikke lyst å være på avdelingen lenger, de følte seg ikke helt sikker der lenger, fordi det kan skje igjen.

«hendelsesforløpet i ettertid førte jo til at jeg sluttet å jobbe på den avdelingen, fordi det var jo ikke noe oppfølging av meg, eller det andre personellet i det hele tatt. Og det syns jeg er ekstremt provoserende. Jeg ville i hvert fall hatt en tydelig debrief.» (informant 3)

5. Drøfting

Hensikten med denne studien har vært å forstå hva sykepleiere som har opplevd vold/trusler på jobb i somatisk sykehusavdeling har erfart, og hvordan de selv opplevde sine omsorgsbehov i forbindelse med dette. Ved hjelp av omsorgsvitenskapelig tenkning har det vært ønskelig å se temaet i et nytt lys, da søk etter tidligere forskning viste at vold og trusler mot sykepleiere har vært forsket på i mange sammenhenger, men ikke med en omsorgsvitenskapelig tilnærming. Som Eriksson & Lindström (2003, s. 3-20) sier, er den kliniske omsorgsvitenskapens bærende idè å åpenbare dypere meningssammenheng ved å tydeliggjøre de mønstre som bærer med seg den systematiske omsorgsvitenskapens teoretikere og ethos. Det handler om kunnskap om omsorgens fundament og kontekstuelle forutsetninger for omsorg. I dette prosjektet er konteksten sykepleierne selv sitt omsorgsbehov, på deres arbeidsplass i somatisk sykehusavdeling. Det er ønskelig at dette prosjektet kan fornye forståelsen for både tanke, følelse og kanskje videre handling i tilsvarende situasjoner.

I dette prosjektet er det blitt gjort et valg om å belyse tematikken med de omsorgsvitenskapelige begrepene helse, lidelse, helse- og lidelsens livssammenheng, verdighet og skam, fordi de kan bidra til å få dypere forståelse for hvordan man kan forstå hva sykepleierne har erfart fra volds- og trusselsituasjoner, og hvilke omsorgsbehov de har hatt i forbindelse med dette.

I tillegg har prosjektet omsorgsvitenskapelige fokusområder som livsverden, livsforståelse, sansefilosofisk tilnærming, undring, det fiktive rom, medmenneske og DEF.

På den måten kan det være mulig å komme til en dypere meningsforståelse av hva sykepleierne har erfart, og hvordan deres omsorgsbehov i forbindelse med opplevelsen av vold/trusler kan forstås.

5.1 Volden og truslene som en personlig eksistensiell katastrofe

I dette prosjektet beskrev informantene opplevelsen som en plutselig hendelse hvor alt skjedde fort og uventet, og at de følte seg veldig overrumplet når dette skjedde. I Yoo, Suh, Lee, Hwang & Kwon (2018) sin studie fremkom det at volden opplevdes av sykepleierne som uforutsigbar i

en avdeling hvor man egentlig skal ha et trygt miljø, og de konkluderer med at sykepleieledere trenger å være mer oppmerksomme på traumeopplevelsen til den som er berørt. Informantene i denne studien syntes det var en uvirkelig hendelse hvor de kjente på hjelpeløshet, og noen beskrev det som det var som å gå på utsiden av seg selv. Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 13-26) sier at en katastrofe er noe som kan beskrives som en plutselig ulykke eller situasjon hvor behovet og nøden overstiger ressursene. Det fremkom ifra informantene at de opplevde manglende opplæring i hva de skulle gjøre ved slike situasjoner. Denne situasjonen kan ses på som det Arman og Rehnsfeldt kaller for en mikrokatastrofe. Det er det samme dramaet som foregår som ved makrokatastrofer, det fellesskapelige er at mennesker berøres på en overraskende og grusom måte. Slike personlige individuelle katastrofer er et faktum for den berørte, eksistensielt sett, og menneskene vil ha de samme behov som ved makrokatastrofer. Eksistens betyr å «finnes til», til å tre frem, og til å eksistere. Informantene beskrev hendelsen som en kaotisk situasjon, som de hadde fått for mangelfull informasjon eller misvisende rapport til å se komme. Arman og Rehnsfeldt sier at eksistensielle spørsmål er avgjørende for menneskers eksistens, og om hvordan vi tenker og forholder oss til livet, men ligger allikevel nært angst og uro. Når man da opplever store uventede hendelser, blir hverdagslige livsspørsmål revet opp til eksistensielle sår.

5.2 Betydningen av helse og lidelse i et ontologisk perspektiv

Så hva er da helse og lidelse for sykepleiere som opplever vold/trusler på jobb? Dette har det vært mulig å forstå nærmere ved først og fremst å faktisk spør dem om hva deres egen levde erfaring har vært. Jormfeldt (2020, s. 158-159) sier det er viktig at man reflekterer over hvordan man forstår og tilnærmer seg en annens helse og uhelse, fordi det er nødvendig hvis man skal kunne forstå hva som er fokus i helsefremmende og gjenopprettingsorientert omsorg. Det er menneskets egen opplevelse av helse som er av betydning, og er en personlig ressurs i livet for at man kan oppnå sine mål. Som Wärna-Furu (2017, s.157-162) kommer inn på, er forståelsen av et humanvitenskapelig helsebegrep innen omsorgsvitenskapen mangedimensjonelt, der helse relateres til selve meningen med livet. Ved å bli bevisst helsens dypere dimensjoner kan man unngå at det avgrenses til å kun gjelde en type atferd og gode helsevaner. For å se nærmere på

hvordan denne tilnærmingen kan videreutvikle forståelsen for hvordan informantene har opplevd denne krisehendelsen, og hvordan det kan ha påvirket deres opplevelse av helse og lidelse, skal vi se nærmere på den ontologiske helsemodellen. Prosjektet med å utvikle denne modellen hadde til hensikt å øke bevisstheten, og å innføre et videre syn på helsebegrepet innen helse- og omsorgstjenesten, som igjen kan reflekteres i praksis. Den ontologiske helsemodellen utgår fra begrepet helse som ett gjørende, værende og tilblivelse mot en dypere enhet som beskrives som holiness. Man skal se på disse som ulike dimensjoner, ikke som en avgrenset tilstand, i ulike grader, og varierende i ulike situasjoner (Eriksson, 1995, s. 1-19). Ved å tilnærme seg det som har blitt fortalt ved å se på helse som helhet og hellighet, og en dypere visshet om unikheter, slik Eriksson beskriver det, har det vært mulig å møte forståelsen for at mennesker har grunnleggende ulikheter i helsebildet, og forskjellene ligger i dyptgripende og personlige motiver for helse. Helse ses på som en helhetsopplevelse, og å kjenne seg hel innebærer i dyp mening å kjenne ærbødighet for sitt eget liv, for seg selv som menneske, og at man er unik. Helse er menneskers værende som kropp, sjel og ånd. Alle informantene opplevde mangelfull oppfølging i ettertid av hva de hadde erfart. En av dem oppsøkte selv psykolog. Informantene sa at ledelsen burde vist at de virkelig ville hjelpe, og ikke bare prate, fordi folk er forskjellige. De sa de trengte å bli fulgt opp, bli ringt til, bli spurt om hvordan de følte, og at ledelsen kunne brydd seg mer. De sa de var livredde. De sa de opplevde tilbakefall til hendelsen. De følte seg ikke sikker lenger. De sa de trengte debriefing. For å komme til sitt indre helsepotensiale kreves en dypere bevissthet om at kontrastene mellom helse og lidelse utgjør to sider av menneskets livsprosess, sier Eriksson. Mulighetene ligger i menneskets indre ressurser. Helse og lidelse er integrert i hverandre. Menneskene berøres på ulike vis, gjennom språket og relasjoner. Ved å klare å se hvor mennesket befinner seg i de ulike dimensjonene av den ontologiske helsemodellen, kan man forstå hvor de er og beveger seg, mot en dypere forståelse av nettopp sin helse, med nettopp sine ressurser, og vi kan på den måten være hjelpende.

Befinner man seg på et gjørende nivå, ser man helse ut ifra ytre objektive vurderinger. Sykepleierne i studien var overlatt til andre å vurdere om de hadde behov for oppfølging, og hva dette innebar. Helseperspektivet her er sett på som noe man har. Et gjørende-nivå i den ontologiske helsemodellen har fokus på det som har med sykdom å gjøre, sier Eriksson. På et værende-nivå etterstrebes det å tilfredsstille opplevde behov, og balanse i relasjoner og

livssituasjoner. Ved å tolke studiens tematikk opp mot et værende-nivå kan man oppfatte det som en tilstrebende etter totalt fravær av vold og trusler mot sykepleiere for at man skal oppleve helse. For som Eriksson sier videre, er et tilblivelses-nivå i modellen der hvor menneske ikke lenger er fremmed for lidelse, og kan forsones med livets omstendigheter, og man kan igjen oppnå å bli hel på et dypere integrasjonsnivå og kan oppnå den innerste enhet som utgjør ens egentlige vesen; holiness. For sykepleiere som da har opplevd sterke hendelser på jobb, kan de igjen oppleve seg hel ved å komme i kontakt med sin innerste dypeste kjerne, med sin åndelighet og sin religiøsitet. Når menneske blir bevisst, søker det seg frem til livslyst og helse, tross lidelsen, sier Eriksson. Hun viser videre til Gadamer, som sa at dyd viser veien til helsens indre rom, hvor arete betyr å ta ansvar for realiseringen av det gode, fordi verdier grunnset i dydene gir en levende etikk. Med denne bevisstheten kan man som vårdare, som den som skal møte sykepleiernes omsorgsbehov tilnærme seg dem helsefremmende, og bistå dem i å gjenopprette sin helse. Man kan dermed undres over om menneske kan være i en utviklende tenkning om man som sykepleier i møte med pasienter og deres lidelse, kanskje aldri vil være fri for risiko for vold og trusler, og likevel bevare tilblivende helse.

Ifølge Arman (2017, s. 213-224) har lidelse dobbeltbetydning, en som begrep, og en som fenomen, hvor man har smertene og plagene på den ene siden, og på den andre siden finnes lidelsen som livets prøvelse, som igjen er en forutsetning for personlig utvikling. Hun sier videre at helse og lidelse står i relasjon til hverandre, fordi helse forutsetter at menneske kan leve med opplevelser av uro og lidelse, der hun spiller inn Eriksson som sier at lidelse utgjør en del av alt menneskelig liv, og at lidelse er noe naturlig, og ikke patologisk i seg selv. Kreftene til lindring finnes i menneske selv, som et naturlig forløp og i felleskap med andre. Eriksson (2010, s. 31-35) viser til en posisjonsmodell, der lidelsen er en kamp mellom det gode og det onde, og mellom lidelse og lyst. I denne modellen fremgår det at menneske må definere sin angst og uro som lidelse fremfor å eliminere disse følelsene. Da kan kampen begynne. Med denne oppgavens resultater, vil dette handle om å erkjenne at hendelsen med vold/trusler har gjort dem noe som har ført til det som Arman beskriver som lidelse; en subjektiv menneskelig helhetsopplevelse av å oppleve noe vondt, en fysisk, emosjonell eller åndelig/eksistensiell opplevelse med angst, smerte og uro. Eriksson sier at lidelsen er forbi angst og uro, mot håpet, som er en bevegelse av lysten mot mening med lidelsen og livet. Som nevnt i innledningen, viste Christie (2014) sin studie at

det ofte er sykepleiere av personalgruppen som lider av konsekvenser etter vold/trusler på jobb. Den studien viste samtidig at det er behov for ytterligere forskning på hva som kan være effektive løsninger på emosjonell smerte hos dem, og at de var i behov for oppfølging. Denne studien viser også at sykepleierne er i lidelse. Noe av det som var fremtredende var opplevelse av skam og skyld. De følte seg mindre verdt. Det var skammelig at ikke alle visste hva som hadde skjedd, noe som igjen medførte at de ikke følte seg sett. De ønsket ikke å vise seg som svak. Bare det å måtte oppleve den hendelsen følte skammelig. De lurte på hvorfor det skjedde nettopp når de var på jobb. De ble usikre på sin egen faglighet. Noen turte ikke si ifra om hvordan de hadde det, fordi de var redd for å ikke få vakter, da de ikke hadde fast stilling. Som Eriksson peker på i sin posisjonsmodell, lidelsen som kamp er en livskamp som innebærer smerte hvor menneske kjemper om skam og ydmykelse, men som nevnt ovenfor så legger hun likevel vekt på at det er håp så lenge det er bevegelse i lidelsen. For hvis man står låst fast i sin posisjon så klarer man ikke å bestemme over sitt liv, og føler håpløshet. Menneskets aktuelle livssituasjon former lidelsen, sammen med de ulike posisjonene som vist i modell 2 i oppgavens teoridel. For som Eriksson sier, lidelsen vil alltid være en enestående blanding av lyst og smerte, godt og ondt. Menneske kan oppleve lindring av lidelse og komme frem til nye mål og nye verdier, sier Arman, og viser til Egnew og Cody som kaller det for *transcendens* når menneske klarer å forvandle meningen i sin lidelse og erstatte det med nye perspektiv. I neste kapittel skal vi se nærmere på hva som må til for at menneske kan klare dette.

5.3 Menneskemøte ved hendelseskonsekvenser

I de neste delkapitlene ønsker jeg å se nærmere på hvordan man kan møte sykepleiere som har opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling, hvordan vi kan forstå dem i deres livsverden, med omsorgsvitenskapelig livsforståelse og filosofisk sansning, samt betydningen av menneskemøte. Kan Def-modellen til Arman og Rehnsfeldt (2012) kan bidra til å møte sykepleieres omsorgsbehov etter å ha opplevd vold/trusler på jobb?

5.3.1 Omsorg som lindrer lidelse og fremmer helse

Informantene i studien fortalte at de opplevde mangelfull oppfølging i etterkant av hendelsen, noen sa at ingen snakket med dem om hva som hadde hendt. Noen sa at ledelsen ikke burde ventet med å snakke med dem. Det ble også sagt at de burde vist at de virkelig ville hjelpe, og ikke bare prate, og at folk er forskjellige. De følte seg mindre verdt når ledelsen gjorde såpass lite for å følge dem opp. Likevel kom det frem at flere av informantene opplevde at andre var der for dem, fordi de opplevde at det var kollegaer som spurte dem om hvordan de hadde det. Arman (2017, s. 215-216) sier at lidelse mangler et eksplisitt språk og at det derfor er vanskelig å forstå hva som beveger seg hos et annet menneske. Vårdaren må derfor ha fokus og oppmerksomhet på hva den andre formidler, gi rom for den andre til å finne sitt eget språk for å uttrykke hva de har opplevd. Innen både omsorgsvitenskapelig og medisinsk tradisjon er det en overordnet oppgave for all vårdvirksomhet å lindre menneskelig lidelse, og hun viser til at forskning om å lindre lidelse viser at den lidende har behov for å uttrykke sin lidelse og å få fortelle om det. Det vil da ha en helende effekt.

Eriksson (2010, 76-88) benevner lidelse man møter i vården ved tre aspekter; *sykdomslidelse*, *pleielidelse* og *livslidelse*. I denne oppgavens tematikk kan vi se på pleielidelse som en konsekvens av at den som trenger vård, nettopp sykepleieren selv, kan oppleve lidelse av pleien, eller manglende pleie, i denne sammenheng handler det da om å ikke bli ivaretatt nok som arbeidstaker. Dette kan medføre krenkelse av verdighet som menneske. Eriksson sier videre at fordømmelse, straff og maktutøvelse kan alle føres tilbake til pleielidelse. Ved å krenke pasientens verdighet fratrar man dens muligheter for helt og fullt å være menneske, og der igjen dens muligheter for å bruke de innerste helseressurser. Som Wärna-Furu (2017, s. 30-36) sier, så er vardande forankret i fellesskap med andre mennesker, hvor helse settes i bevegelse i relasjon til andre. Man skal likevel være bevisst at menneske som domineres av ontologisk utrygghet kan oppleve fellesskapet som en trussel, fordi det kan være fare forbundet med å bli sett, bli forstått og elsket for den som for lidelsens kamp er i et ontologisk tomrom. Et kravløst fellesskap er derfor beskyttende, slik at menneske kan tre frem i sin egen takt til å møte et annet menneske når han/hun selv er klar til å la en annen bli motspiller i sin lidelses drama. Flere av informantene i denne studien følte skam i forbindelse med å oppleve vold/trusler på jobb, og de følte seg mindre

verdt når de ble møtt med utilstrekkelig oppfølging. Det fremkom også at det følte skammelig at ikke alle ansatte på avdelingen fikk vite hva som hadde skjedd, og at dette førte til at man ikke følte seg sett. Man må gå varsomt frem i møte med et annet menneske, sier Gustin (2015, s. 231-245). Relasjonen til et annet menneske kan bidra til å opprette følelsen av verdighet, men det er også i relasjon til andre at skammen blusser opp. Gustin løfter frem to nivå for å analysere verdighet nærmere, det ontologiske som er en *absolutt verdighet*, og den kontekstuelle som en *relativ verdighet*.

I relativ verdighet finnes et dypt og grunnleggende ontologisk ansvar som innebærer å gjøre det mulig for andre å skape meningsinnhold på sine egne vilkår, så lenge det ikke krenker noen, sier Gustin. Når man tar dette ansvaret i relasjon til andre, bekrefter man også sin egen verdighet. Effekten blir derfor dobbel verdiskaping hvor man lever opp til et menneskelig grunnleggende krav. Det er en grunnleggende verdighet å være den man er i relasjon til andre. Dette er noe man alltid har rett til, uavhengig av ytre vilkår. Likevel kan man oppleve at man blir krenket i sin absolutte verdighet, noe som innebærer at man kan bli forhindret eller fornektet til å forme sitt liv. Dette innebærer en dyp og grunnleggende lidelse. Som vårdare kan man oppleve dyp følelse av skam og skyld om man mislykkes med å verne om pasientens verdighet. Man kan forstå skammen som sykepleierne beskriver med bakgrunn i denne forståelsen av verdighet. Det vil være viktig å være åpen i sin tenking om hva som kan ha vært gjeldende for nettopp dem. For å se saken fra flere sider, kan man undres over om deres ledere, som å anse som sykepleiernes omsorgsperson i denne situasjonen, også kan ha kjent på skam og skyld ved at de mislyktes i å verne om sykepleiernes verdighet.

Gustin sier videre at den relative verdigheten ses som en kontekstuell verdighet, og er knuten til våre etiske og moralske handlinger, og blir formet i den sosiokulturelle sammenheng vi lever i. Den knyttes derfor gjerne til ytre omstendigheter. Møte med omsorgspersoner kan bryte ned den relative verdigheten, og det kan bygge den opp. Den relative verdigheten kan forandres på, og det som oppleves uverdigg på et tidspunkt i livet, kan oppleves verdigg på et annet. Så selv om den relative verdigheten tapes, har man en absolutt og ukrenkbar verdi og en grunnleggende verdighet ved å være menneske. Det betyr at man selv kan forholde seg til de mest nedverdiggende omstendigheter slik man vil, om man har rett til et tolkningsfortrinn til sine opplevelser.

Resultatene av denne studien viser at informantene ikke fikk ha et tolkningsfortrinn, nettopp fordi de ikke ble spurt om hvordan de hadde det, og deres verdighet ble krenket som følge av det.

For å kunne møte sykepleiernes omsorgsbehov, på bakgrunn av at de forteller om opplevelse av skam knyttet til deres opplevelse av hendelsen, vil det derfor være grunnleggende å forstå hvordan skam, og tap av verdighet kan påvirke deres opplevelse av helse og lidelse. Gustin viser til Eriksson (1994) som sier at skam og verdighet fremstår som to entreprenører i *lidelsens kamp*. Skam hører til den mellommenneskelige sfæren, og kan oppleves som noe veldig privat som man gjerne ønsker å holde borte fra andres øyne, sier Gustin. På et eksistensielt nivå kan skammen ses på som et brudd på den mellommenneskelige broen, hvor menneske ikke føler seg erkjent eller validert av andre. Får å gjenopprette denne broen må man forstå skam som en sosial følelse som hjelper oss til å bevare relasjoner til andre, men skammen kan føre til at man blir stående utenfor dette fellesskapet, og trusselen mot verdigheten blir et faktum. I all vårdande er bekreftelse på verdighet sentralt, og å bevare dette. Hvis man ikke gir den andre retten til sine opplevelser, eller hvis man påfører den andre sine egne verdier blusser skammen opp i det mellommenneskelige samspillet, og lidelsen øker. Dette gjelder også hvis man ikke føler seg sett. Informantene i denne studien fortalte om at de ikke følte seg sett, og ved at de opplevde manglende oppfølging, kan det tolkes som å bli fratatt sin rett til sine opplevelser. For som Gustin sier, hvis man ikke føler seg sett og hørt, kan det gi opplevelse av skam, og at man ikke er verdig til å gå på den mellommenneskelige broen. Dette kalles *vårdlidelse*. Den lidende kan da forsøke å vårda seg selv, og det kan innebære å forsøke å beskytte seg selv mot følelsen av å bli avvist som skammen medfører. Slike reaksjoner kan komme til uttrykk på mange måter, Gustin viser til Nathanson (1992) som snakker om dette som skammens kompass, hvor retningene er tilbaketrekking, unnvikelse, angrep mot seg selv og angrep mot andre. I denne studien forteller informantene om at hendelsen hadde konsekvens med endring av arbeidssted for de fleste. Gode rutiner og god oppfølging ble trukket frem som noen av grunnene til å heller ville jobbe andre steder, ifølge informantene. Dette kan tolkes som en valgt strategi på grunn av brudd i den mellommenneskelige broen.

Empirien fra denne studien viser at sykepleierne sine erfaringer var basert på flere nivå. Først og fremst hva det gjorde med dem individuelt, både fysisk og psykisk. De beskrev hvordan de opplevde den kollegiale situasjonen, og at det blant annet var vanskelig å stå i volds- og trusselsituasjoner som unge og uerfarne, hvor de var kun to på vakt. I tillegg beskriver de manglende opplæring og oppfølging på systemnivå. I Wong, Combellick, Wispelwey, Squires, Gang & Miner (2017) sin studie fremkom det at mye av anbefalingene i forhold til hvordan man skulle forstå behovet for bedre sikkerhetstiltak i forhold til vold mot helsepersonell, var basert på ekspertuttalelser fremfor empiriske data. De gjorde derfor en fenomenologisk tilnærming til den levde erfaringen i sin studie, som viste at informantene sine erfaringer var komplekse og multidimensjonelle, på både individ-, team-, miljø- og systemnivå. Det interessante i denne sammenhengen er kompleksiteten disse studiene viser når man tilnærmer seg informantene sine egne erfaringer, og i deres egen livsverden. For å forstå en annens *livsverden* kreves en dypere forståelse av begrepet, som innebærer et `hvordan`, hvordan vi forstår oss selv, andre mennesker, våre egne handlinger og vår verden, andres handlinger og deres verden, og hva alt dette betyr for oss selv og andre, sier Ekebergh (2016, s. 66-70). Livsverden er selve utgangspunktet for forståelsen. Livsverden er et filosofisk begrep som ble utviklet av filosofen Husserl (1970; 1973), og kjennetegnes av den naturlige holdningen menneske har for å nærme både seg selv og andre. Livsverden utgjør det eksistensielle perspektivet som handler om hvordan vi opplever og forstår våre liv i relasjon til de sammenheng vi lever i, ifølge Ekebergh. Hun sier videre at som vårdpersonell må man prøve å forstå pasienters opplevelser, selv om de er langt i fra deres egen opplevelse av samme sak. Det er på den ene siden en lett oppgave å forholde seg til og forstå en annens livsverden. På den andre siden er det en komplisert og vanskelig oppgave. Vårdpersonell må være åpen og følsom for både likheter og ulikheter, for både fellesskapelige trekk, og for nyanser som man møter i ulike pasienters livsverden, og også i forhold til sin egen livsverden. På denne måten kan man komme til forståelse for hver pasient, og for hva som er betydningsfullt for at nettopp denne pasienten skal ha det bra og oppleve velvære.

Informantene i denne studien fortalte at det var veldig ubehagelig og skremmende å oppleve vold/trusler på jobb. Flere kjente på frykt og redsel. Informantene opplevde både svært fysiske voldelige hendelser med pasienter, noen opplevde trusler/vold mot sine kollegaer, og noen opplevde drapstrusler, og også drapsforsøk. Noen ble skreket til og slått mot. De beskrev det som

en uvirkelig hendelse, de kjente på håpløshet. Samtidig så var det gjeldende at de følte de ikke fikk tilstrekkelig oppfølging. Man må ha en interesse for den andres livsverden, og vilje til å forstå på en ny måte, for at man skal forstå den andres livsverden, sier Ekebergh (s. 69). Man må åpne sitt sinn, og ha fokus på nettopp den personen «her og nå», og man trenger å øve seg på å bevisstgjøre og kontrollere sin forståelse. Med et livsverdensperspektiv rett vi oppmerksomheten mot og ser det enkelte individet og dens situasjon, i tillegg til det individuelle og det unike betraktes sammenheng. Hvert enkelt menneske befinner seg alltid i en sammenheng i en verden der andre mennesker inngår. Vi er sosiale skapninger. Livsverden blir karakterisert av sammenheng og mening, noe som er subjektivt og personlig. Opplever man noe som meningsfullt kan menneske ha det bra og samle krefter. Opplevelsen kan dog visne om opplevelsen av mening svikter. Ekebergh (2016, s. 71) viser til Dahlberg (2014) som sa at kroppen får sin mening og betydning gjennom at den legemliggjør livsverden. Kroppen er fylt av erfaringer, opplevelser og minner, og hver opplevelse er en helhet gjennom den levde kroppen, og kan oppleve helse eller uhelse. Det igjen gir vilkår for hvilken vård man trenger for at helsen skal støttes. Når vårdaren vedtar seg et pasientperspektiv, og et livsverdensperspektiv som innebærer konkret at man viser interesse for pasientens egen fortelling og livshistorie, det er da man kan forstå pasientens livsverden. Pasienten er da eksperten på seg selv og sin livssituasjon. Hver erfaring av lidelse og velbefinnende er unik, og sykepleieren må nå inn til det lidende menneskets egen verden. I denne studien kan man tenke om sykepleieren selv som den omsorgstrengende, som ovenfor blir omtalt som pasienten, og vårdaren som leder, kollega, eventuelt andre. Ekebergh viser til Dahlberg & Segesten (2010), som hevder at et vårdande som ikke klarer å møte livsverden ikke er vårdande (Ekebergh, 2016, s. 70-75).

5.3.2 Menneskemøte med utgangspunkt i livsforståelse og filosofisk undring

Informantene i denne studien beskrev andre menneskers betydning, både når hendelsen skjedde, og etterpå. Alle sa at de syntes de burde vært flere på jobb. Dette hadde betydning i forhold til trygghet, og muligheter til å få hjelp i situasjonen. Den kollegiale støtten i ettertid av hendelsene viste at de opplevde at noen var der for dem. I studien fremkom det også behov for at hendelsen burde blitt tatt opp i plenum. Dette kan tolkes som det naturlige behovet for ontologisk

avhengighet til hverandre for å ivareta sin verdighet, ikke til tross for opplevelsen, men med den. Slik kan man erkjenne sin lidelse og fremme helse. Rehnsfeldt & Skorpen (2020, s. 115-130) tar utgangspunkt i den danske filosofen og teologen K. E. Løgstrup sin tenkning, hvor en grunnleggende livsforståelse i universell mening kan komme til uttrykk gjennom livsytringer som for eksempel tillit eller mistro. I det hverdagslige kan dette vise seg som små handlinger som vi mennesker gjør for hverandre som noe naturlig. Som vårdare kan vi møte personen på en slik måte at personen forstår seg selv som en verdifull og ressursrik person. På den andre siden kan vi krenke personens verdighet på grunn av vårdlidelse. For å forstå dette på et dypere nivå, ontologisk sett, speiler begrepet livsforståelse naturlig sett det som mennesket dypeste sett er. Løgstrup ser på møte mellom mennesker som et uttrykk for menneskenes ontologiske *interdependens*, noe som betyr en absolutt avhengighet av hverandre i ontologisk mening, og som blir spesielt merkbart på vanskelige stadier i livet der livsforståelsen blir utfordret. Interdependensen, det vil si det naturlige møte mellom mennesker, gjør det mulig for vårdaren å lindre lidelse, slik at personen kan utvikles i sin livsforståelse. Rehnsfeldt & Skorpen viser til Rehnsfeldt (2004) sin forskning som viser til nettopp dette. Dette vil være avhengig av møte med andre, da avhengigheten til andre vil bli utfordret. Dette kan ses på som en helseprosess som skjer i retning av personens verdighet som menneske. Det er kun personen selv som kan definere hva som er et verdig liv for seg selv, ut ifra sin egen verden og sin helhet. Dette beskrives nærmere i oppgavens *kapittel 5.2 Betydningen av helse og lidelse i et ontologisk perspektiv*.

Flere av informantene opplevde kollegial omsorg. Betydningen av det kan man se i lys av det som Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 136-137) beskriver som *posttraumatisk vekst*. Støtte og nærhet fra andre, og sosiale relasjoner kan forklare evnen til å oppnå posttraumatisk vekst. Dette er en innfallsvinkel om helse i lidelse, noe som innebærer opplevelse av positive forandringer til tross for erfaringer med utfordrende og vanskelige livsomstendigheter. Posttraumatisk vekst kan innebære bedre relasjoner, forandring i prioriteter i livet, et rikere åndelig, meningssøkende og eksistensielt liv, og en opplevelse av økt indre styrke. Posttraumatisk vekst og posttraumatisk stress henger nært sammen, men jo mer vekst desto mindre stress. En forklaring kan være et forsøk på å få mening i en meningsløs hendelse, og dermed en beskyttelse mot traumatiske livshendelser. Hva sykepleierne som har opplevd vold/trusler kan finne mening i for å finne

meningsfullhet, vil være subjektivt og individuelt, men kan bevisstgjøres i relasjonene. Sykepleierne befinner seg i en situasjon hvor de selv skal utøve omsorg, men også blir i behov av omsorg selv. Det kan tenkes at dette stiller ytterligere krav til den som er sykepleiernes omsorgspersoner, være seg ledere, kollegaer, evt. andre. Når sykepleierne i studien beskriver at de ikke føler seg ivaretatt, forstår man at de som skal være sykepleiernes omsorgspersoner kan utvikles i sin forståelse av hva som skal til for å møte deres behov. Martinsen (2012, s. 11-13) viser til Løgstrup som sier at vi kan forundre oss over at vi ikke forstår alt, alt vi berøres og bevegges av. Undring kan gi uro, en uro som bærer en lengsel om å høre til i en sammenheng. Våre sanser kan åpne forståelse om at vi er felt inn i skapende sammenhenger, som er sårbare og skrøpelige. Sykepleieren kan møte pasienten med ferdige oppskrifter og fastlåst kunnskap om man ikke ser eller lytter til det pasienten bærer med seg. Hvis man møter pasienten på denne måten, kun som registrerende og observerende og ikke som sansende stemt til stede, vil makten til å makte noe bli fratatt pasienten, og pasienten blir gjort synlig som objekt. Dette oppleves smertefullt, og livsmotet kan reduseres. Det vil ligge en naturlighet i form av oppgavens tematikk å tenke om sykepleieren selv i det Martinsen beskriver som pasientrollen. Den som skal hjelpe kan likevel aldri forstå den andre fullt ut, sier Martinsen. Man kan undre seg over den andres selvforståelse og respektere den, for i våre relasjoner med hverandre vil det alltid være noe mer som vi ikke forstår, noe som alltid vil være fremmed for oss. Løgstrups filosofi handler om at menneske i sansningen er innfelt i naturen og universet, og i forhold til sykepleien er det nettopp sårbarheten og aktelsen for kroppen det er viktig å se nærmere på, ifølge Martinsen. Vi er sårbare og avhengige av hverandre, og utlevert til hverandres ivaretagelse. Dette er et grunnleggende trekk ved vår tilværelse. Vi er ufullkomne mennesker. Sårbarheten kan vendes mot oss, og vise oss at livet er skrøpelig og kan ødelegges. Sårbarheten er også en forutsetning for medlevelse i andre sin lidelse, og en oppfordring til ivaretagelse, og er dermed en styrke. Det er fundamentalt at sykepleiere forholder seg både til sin egen og til pasienten sin sårbarhet i helsevesenets rom. Videre sier Løgstrup at undring og forbauselse er to forskjellige fenomener med ulikt innhold, gjengitt av Martinsen. Samtidig henger de nært sammen, vi kan forbauses av noe som vi i neste omgang setts i en undrende tanke over. Forbauselsen kan sammenlignes med sjokk, og inntreffer plutselig, som noe vi ikke forstår. Undringen er langsom, dvelende og voksende, og vi er åpne for den når vi er langsomme i vår kropp, er åpne og mottakelige for hva som kommer til oss utenfra.

Da kan det være sentralt å trekke inn Arman (2016, s. 76-80) som sier at når man velger et menneske-vårdande yrke, velger man å dele noen av livets avgjørende hendelser med andre mennesker, og at man skal være der og lindre og trøste.

Flere av informantene undret seg over hvor langt det skal gå før nok er nok. De fortalte at hendelsen var en traumatisk opplevelse. De sa de var redde. De sa også at de ikke ville vise seg som svak. De beskrev skam og skyld med å oppleve dette, og de følte seg ikke sett når ingen fra ledelsen ikke engang snakket med dem. Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 60-61) bruker begrepet *tålaren* om medmenneske som møter personer som trenger vård. Sykepleierne selv måtte stå som tålare i møte med pasienter som utsatte dem for vold/trusler, og det var ingen selvfølge at noen var der for dem, som deres tålare. De sa selv at de hadde behov for både opplæring til å håndtere tilsvarende situasjoner, og behov for individuell oppfølging etter det de hadde opplevd. Arman & Rehnsfeldt beskriver en rekke kvaliteter hos tålaren som legger til rette for at menneskemøtet kjennes vårdande for den lidende, i dette tilfelle sykepleieren selv. For å kunne være en tålare er det en forutsetning at medmenneske gjør en indre beslutning som innebærer at man ser andre mennesker som de er, og aksepterer og respekterer uten forbehold. Skam og krenket verdighet står sentralt i denne oppgavens resultater. Mennesker som opplever ulykker, sorg og traume kan oppleve skam og føle seg ynkelige, redd og sårbare i sin tilstand, og kan skjems over sin lidelse, sier Arman & Rehnsfeldt. Derfor kreves den en særskilt holdning fra medmennesker, som viser åpenhet og beredskap til å ta imot den lidende sin virkelige verden, og dens følelser med all sin nød. Det innebærer en særskilt kvalitet av mottakelighet som viser at man tåler å se, og at man orker å høre den som er berørt av ulykke, sykdom og sorg sin fortelling. Som Eriksson (2003, 21-22) sier, er man bærer av ethos, som er en grunnverdi og en kulturs innerste kjerne, vil ethos forme retningen, søket og konklusjonen. Ethos er det gode liv der man kjenner seg hjemme, med trygghet og styrke, hvor alle har sin egen plass, og i dette fellesskapet formes grunnleggende verdier og idealer. Det er når sykepleieren er på sanset hold av livet, og er sansende og oppmerksomt til stede, i tillegg til faglig vurdering av situasjonen, hun er mottakelig, berørt og bevegende til stede fra appellen fra den andre om å bli møtt og bli tatt vare på, sier Martinsen (2012, s. 27-28). Løgstrups filosofi åpner for undring. Undring er en kroppsnær filosofi med feste i situasjonene der noe hender, i begivenheter der noe skjer, og i livet i de menneskelige

relasjoner. Undringen over å slippe å ha makt over det vi ikke har makt over kan gi en ydmykhet og frihet til å åpne opp for ny forståelse. Når sykepleiere opplever vold/trusler på jobb, bringer dette trolig med seg stort stress hos de fleste som vil være involvert, på en eller annen måte. Det kan tenkes at denne stressituasjonen som de involverte, både berørte og ansvarlige, befinner seg i, kan stå til hinder for å klare å være sansende til stede for hva de berørtes behov kan være. For Martinsen sier videre at undring kaller på en spørrende holdning, hvor vi er langsomme i vår kropp, mottakelig og lyttende til det som kommer til oss utenfra. Da må man være nærværende til stede. Når undring bringes videre i tenkning, går tenkning som hendelse utover det problem- og kunnskapsorienterte oppmerksomhetsfeltet, men som hun sier, vil det være forbundet med usikkerhet, men er vedvarende søke i en spørrende åpenhet. Undring og tenkning er langsomme fenomener og får ikke alltid rom i vårt hastige samfunn. Åpenhet, mottakelighet og bevegelighet er forutsetninger for at vi kan være til stede i situasjonen med en tone som gir muligheter for undring, tenkning og innfall i møte med det som kommer. Man befinner seg da i en bevegelse mellom sansingen og tenkningen, og denne bevegelsen gir et fiktivt rom for tydning. Der kan vi bringes til undring og tenkning, og til å kunne svare an i hverandres liv. Det fiktive rommet er et rom åpent for samtaler, for fortellinger, for skapende fantasi, innfall, undring og tenkning. Det er også et rom for det uventende og risikofylte. Det er et skapende rom stemt av inntrykk, og kan være kilde til undring som kan gi pusterom i og mellom oss, og vi får anledning til å undre oss mer over det vi ikke forstår. Dette kan vi erfare som livsoppbyggende. Det fiktive rom kan også bli et krenkelsens rom om den andre blir stilt i forlegenhet fordi sansevarheten mangler (Martinsen, 2012, s. 37-39). Når sykepleierne i denne studien forteller om mangelfull oppfølging, vil det derfor være naturlig å tenke at noen ikke har vært sansende nok til stede til å se og møte deres behov. Hvorfor dette har seg vil ikke denne studien kunne gi svar på, men man kan reflektere over det, og forsøke å la forståelsen bringe videre kunnskap om at medmenneskelig omsorg satt mer i system kan bidra til å møte tilsvarende behov. I neste kapittel vil derfor blant annet tidligere forskning på katastroferammede kunne vise om deres funn kan bidra til å møte sykepleiere som har opplevd vold/trusler

5.3.3 Eksistensiell omsorg som kan lindre lidelse

Flere av informantene opplevde hendelsen som traumatisk, og de beskrev den som en sjokk- og krisesituasjon. Det Eksistensiella Förbundet (DEF) er et eksistensielt møte for lindring, helende og helbredelse. Modellen er et konstruktivt forslag til systematisk nytenkning om menneskelig eksistensiell omsorg på både kort og lang sikt Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 28-29). I oppgavens *kapittel 5.1 Volden og truslene er en personlig eksistensiell katastrofe* beskrives hvordan hendelsen er en eksistensiell katastrofe for sykepleierne i studien. Ved en katastrofe mener Arman & Rehnsfeldt at menneske vil være i behov for en eksistensiell ivaretagelse på lik linje med ABC som en fysisk ivaretagelse ved akutt oppståtte situasjoner. Det kan ta lengre tid før de eksistensielle sårene oppstår, og dermed lengre tid for å hele. Skaden som oppstår i det indre synes derfor kanskje ikke med en gang, men den kan grave seg mer dyp med tiden, og kan den igjen vise seg etter måneder eller år. Derfor har DEF både et akutt lindrende og en langsiktig forebyggende effekt, fordi menneske får starthjelp og en mulig retning for det eksistensielle som situasjonen har skapt. Den ønskete holdningen til en eksistensiell bandasjering får man gjennom en naturlig kjærlighet til mennesker, og en integrering av 7 grunnantakelser som utgjør DEF modellen. (Arman & Rehnsfeldt, 2012, s. 68-73).

Innledningsvis i kapittel 5 i denne oppgaven viser Eriksson (2003, s. 21-22) til at ethos former retningen, søket og konklusjonen. Det er fordi ethos består av følelsen og ærbødigheten for menneskets hellighet og verdighet, og består av caritas som i omsorgsvitenskapen er kjærlighet- og barmhjertighetstanken. Ved å internalisere ethos, og deretter integrere DEF modellen i sin forståelse, kan man møte sykepleiere som har opplevd vold/trusler på jobb sine omsorgsbehov. DEF består av sju grunnantakelser, sier Arman & Rehnsfeldt. En antakelse er en påstand om noe man tror på, men ikke kan bevise. Disse sju grunnleggende antakelsene angir tonen og tenkemåten for omsorg for berørte og lidende mennesker. I forhold til relasjoner og medmenneskelige sammenhenger blir menneskers ubevisste antakelser om hva som er viktig, hva man behøver og hva som trenger å gjøres, sterkt veiledende. De sju grunnantakelsene i DEF-modellen danner en bevissthet og uttalt ramme for tankene, og gir en resonansbunn for omsorgen til berørte mennesker

I de neste underkapitlene blir funnene av volds- og trussel-utsatte sykepleiere sine behov drøftet mot de sju grunnleggende antakelsene, med konkret forslag om kollegastøtteordning.

5.3.3.1 Kollegastøtter kan møte sykepleierne sine eksistensielle sår som noe naturlig

Sykepleierne i denne studien sa de ønsket å bli spurt om hvordan de hadde det. Noen opplevde at kollegaene deres var der for dem, fordi de brydde seg. De uttrykket også ønske om å snakke med noen som var nøytrale, og ikke nødvendigvis ledelsen. Likevel var det ledelsen de henvendte seg til, dette kan være fordi det var det alternativet de hadde, der hvor de hadde et håp om å bli sett for sine behov. Hendelsen hadde følt uvirkelig for dem, de visste ikke hva de skulle gjøre. Etter å ha blitt berørt av katastrofe, vil menneskelige reaksjoner først og fremst være naturlige, sier Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 70). De er ikke nødvendigvis farlige eller patologiske (sykelige). Man utsettes for meningsløse og forferdelige hendelser som man ikke har kunne forberede seg på. Uavhengig av størrelsen på katastrofen vil tidligere forestillinger om livet bli veltet, og sterke reaksjoner er spontant menneskelig. Katastrofer er en uunngåelig del av det menneskelige livet. Yoo, Suh, Lee, Hwang & Kwon (2018) sin studie viste at den interkollegiale støtten er noe det anbefales å satse på. Det kan derfor være konstruktivt å tenke seg at både ledere, samt kollegaer med tanke for en kollegastøtteordning (Normann, 2019) kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen, for at volds- og trussel-utsatte sykepleiere sine eksistensielle sår kan bli møtt med tilstrekkelig omsorg. For som Arman & Rehnsfeldt sier, å bandasjere eksistensielle sår krever sjeldent ekspertise. Det krever heller en særskilt innsikt og kunnskap, og alle mennesker antas å ha en viss mengde av slike menneskelige evner. Dette er inneboende spontan kunnskap. Det ses på som et naturlig forløp at såret hos berørte har et kontinuerlig helende forløp. Renolen (2015, s. 172-173) viser til sosiologen Antonovsky's begrep salutogenese, som det motsatte av patogenese, og som handler om hva som gjør oss friske. Hans fokus ligger på individets historie og personens mestringsevne. Han mener at en salutogenetisk tilnærming kan lede til dypere forståelse og viten om hvilke faktorer som bidrar i retning av mestring av helseproblem. Et kjernebegrep i hans teori er opplevelse av sammenheng (OAS). Disse består av tre komponenter, begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det kan tenkes at en kollegastøtteordning som allerede hadde vært satt i system i avdelingen, kunne vært nettopp det som sykepleierne hadde trengt. Ved slike hendelser kunne de utnevnte kollegastøttene stilt opp for sykepleierne, uten at sykepleieren hadde

trengt å etterspørre dem, og dette hadde vært noe som var naturlig. Arman og Rehnsfeldt sier at man ikke trenger ekspertise, men at alle mennesker har en særskilt innsikt og kunnskap til å møte mennesker etter katastrofer, da de er en del av det menneskelige livet. Med dette utgangspunktet, men sammen med økt kunnskap om hva eksistensiell bandasjering innebærer i form av DEF modellen, er det grunn til å tro at sykepleierne hadde kunne følt seg møtt i forhold til sine behov. Selv om hendelsen kan ha følt meningsløs, kunne de likevel opplevd mestring i å finne mening i hva som har skjedd, i et fellesskap med andre, for i dette fellesskapet kunne en kommet til en begripelighet om at det de føler er noe som er helt naturlig, og ikke sykt, eller patogent, som Arman og Rehnsfeldt sier. Da hadde de gjerne håndtert sine følelser og tanker etter det de har opplevd på en helt annen måte, og opplevd det som Antonovsky kaller salutogenese, ifølge Renolen. Slik kan de ivareta helse.

5.3.3.2 Kollegastøtter som «lys» i mørket

Alle sykepleierne i denne studien uttrykte behov for å ønske å prate med noen om hva de hadde opplevd. De søkte det, dette lyset som Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 70-71) kaller håpet, hos ledelsen, noen hos psykolog, noen hos kollegaer, og noen hos verneombud. Kollegastøtte kan være et naturlig menneskemøte for sykepleieren som søker håpet i å finne mening i det som har skjedd (Normann, 2019). For som Martinsen (2012, s. 11-13) sier, vi er sårbare og avhengige av hverandre, og utlevert til hverandres ivaretakelse. Den eksistensielle bandasjeringen gis av et medmenneske. Selve handlingen av medfølelse er sentral. I mørke situasjoner kan møte med medmennesker virke som «lys» for den berørte, og man kan bidra til livsviktig håp. I en kritisk situasjon er det ikke omfanget av handlingene som fører til at den berørte kan oppleve at lyset fra livet siver inn igjen. Selv små anstrengelser som for eksempel en telefonsamtale, en klem, en felles middag, kan føre til nytt håp. Å gi en eksistensiell bandasjering er ikke i egenskap av noen rolle, det er en frivillig handling som bygger på medmenneskets dypere følelse av fellesskap mellom mennesker, med en universell og humanistisk holdning. Selve frivilligheten i dette er nøkkelen inn til menneskets indre verden. Menneskelig kjærlighet i en omsorgsfull gest og holdning av godhet lyser frem ved en slik uselvisk holdning, og medmenneske blir som et vitne om at godhet fremdeles eksisterer. Slik kan den berørte oppleve et lys i en situasjon som utelukkende kan oppleves som ond og mørk, sier Arman & Rehnsfeldt. Arman (2017, s. 213-224)

sier at lindring av lidelse vil inngå som et naturlig forløp hvor kreftene finnes i menneske selv og i fellesskap med andre. Det vil være viktig å gi rom for den andre til å finne sitt eget språk for opplevelsene, og forskning om å lindre lidelse viser at den lidende har behov for å uttrykke sin lidelse og å få fortelle om det. Når en person får fortelle om sin lidelse, har det en helende og en vårdande effekt. I dypeste uutholdelig lidelse blir menneske blendet av ensomhet hvis man befinner seg i en tilværelse av utenforskap, og man ikke har nøkler til å låse opp døren der hvor helende fellesskap er, sier Wärna-Furu (2017, s. 30-36).

Løgstrup, gjengitt av Rehnsfeldt og Skorpen (2020, s. 115-130), sier at når menneske er i en livsavgjørende hendelse, eller i en grensesituasjon i livet, så kan man se dens virkelige natur i forhold til andre mennesker. Tillit, medlidenhet og talens åpenhet ses på som naturlige fenomen som trer frem i slike situasjoner. Talens åpenhet er et absolutt behov for å få snakke om de eksistensielle tankene som oppstår i forbindelse med den livsavgjørende hendelsen. Både levde eksistensielle og ontologiske dimensjoner i det fellesskapelige møte må forstås som en helhet, hvor menneske blir berørt på livsforståelsesnivå, og kan utvikles i livsforståelse. Det vil si at man kan forstå livet på en ny måte, som igjen kan gi mening til nåværende situasjon.

Et vårdande hermeneutiske fellesskap er ikke det samme som psykoterapi, ifølge Rehnsfeldt (1917), gjengitt av Rehnsfeldt og Skorpen (2020, s. 122). Vårdarens holdning bør bære det naturlige møtets kjennetegn. Dette er karakteristisk for det hermeneutiske møte kontra terapi, det ligner et naturlig møte mennesker imellom, men krever også kunnskap om omsorgsvitenskapens teorigrunn. Gjensidigheten er det som gjør det mulig å kjenne igjen noe i det som den andre forteller, det som hører til det dype og det fellesskaplige menneskelige, og som berører begge parter på et livsforståelsesnivå. Sammen kan kollegastøtten og sykepleieren skape forutsetninger for å forstå og dele noe som kan utvikle forståelsen for hva det innebærer å være menneske.

5.3.3.3 Kollegastøtter og ledere må la sykepleieren være uten krav

I denne studien kom det frem at de av sykepleierne som hadde hatt samtaler med ledelsen, likevel ikke følte seg møtt på sine behov. De sa at de kunne blitt spurt om hva de følte, og hva de trengte, og at det hadde vært ønskelig å snakke med noen som var nøytral. Bandasjeringen ved DEF forutsetter kravløshet, noe som innebærer at man ikke har til hensikt at den andre skal bli bedre eller endre seg. Dette betyr at terapeutiske ambisjoner mangler. Da kan man gi det berørte

menneske muligheter til å være helt og holdent verdig som hun/han er, og man innser at man ikke kan endre på det som har skjedd. Man ser at man ikke kan eliminere lidelsen og det eksistensielle såret. Det er kun lindring som er mulig. Medmenneske ser gjennom kravløsheten bak den berørte personens handlinger, og det finnes en holdning om at alt menneskelig er noe naturlig. Man forventer heller ikke noe gjensvar eller takknemlighet fra den berørte. Det er kun en intensjon i kravløsheten, og det er å bidra til lindring som kan gjøre det uutholdelige litt mer utholdelig en stund (Arman & Rehnsfeldt, 2012, s. 71). Er man bærer av ethos og arete, har man et våkent blikk, man ser og hører, sier Eriksson & Bergbom (2017, s. 36-37). Ledere, og eventuelt kollegastøtter for sykepleiere som er berørt av vold/trusler på jobb, trenger å være i denne kravløsheten for at sykepleierne kan komme til helse. Helse ut fra et *humanistisk* perspektiv beskrives som et individ sine sosiale og personlige ressurser, samt sine fysiske evner i sitt daglige liv. Man kan se på helse som en personlig ressurs i livet for at man skal kunne oppnå sine mål, sier Jormfeldt (2020, s. 158-159). Lidelse er noe naturlig, og å lide er å være menneske, hvor lindring inngår i et naturlig forløp der kreftene finnes hos menneske selv (Arman, 2017, s. 213-224). Menneske mangler kanskje bare evnen til å formidle sin lidelse når lidelsens kamp er på sitt mest intense. Møtes man med kravløshet, klarer man å tørre å være i lidelsen, akseptere at den er til, slik at det er bevegelse mot håp i den, mot en mening med lidelsen og livet. (Eriksson, 2010, s. 31-35). Den berørte sykepleieren kan forbli i sin lidelsens kamp, uten bevegelse i den, om vårdaren, være seg ledere, kollegaer eller andre, krenker deres verdighet som menneske, med det man kaller for pleielidelse, ved å ilegge den berørte krav. Da fratrar man dem muligheten for helt og fullt å være menneske, og dermed dens muligheter for å bruke sine innerste helseressurser.

5.3.3.4 Voldskonsekvenser gir behov for moderlig omsorg

I denne studien er det sykepleierne som er i behov for omsorg. Deres ledere har ikke gitt dem den oppfølgingen de trengte, sier de. Deres ledere er etter all sannsynlighet også sykepleiere, da somatiske sykehusavdelinger som oftest har sykepleiere som ledere. Naturligheten for omsorg for de som trenger det, er det Arman og Rehnsfeldt (2012, s. 71-72) beskriver som ansningen, noe som finnes i menneskets natur. Ansning er et gammelt begrep. Det betyr omsorg, og innebærer en omsorg om det indre rom gjennom det ytre. I ansningens omsorg ligger en følelse av moderlig

ivaretagelse. Dette virker sterkt inn i trygghetsnerven. Berørte mennesker kan oppleve at evnen til å ivareta sine naturlige behov, som næring, hygiene og hvile, blir nedsatt. Medmenneske kan bidra med kroppslig nærvær, mat, drikke, hygiene og pleie. Ansning er et naturlig værende i sammen, hvor den moderlige kjærlighetsfulle og ubetingede omsorgen er, og som ikke krever noe tilbake. Tålmodighet og utholdenhet er naturlig.

Når da omsorg svikter, til tross for både det naturlige i menneske, og i tillegg til at de ansvarlige selv er utdannede omsorgspersoner med et ansvar for personell som er synliggjort i både lovverk (arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1) og i nasjonal veileder (Helsedirektoratet, 2016), kan man undres over hvordan dette kan være. Martinsen (2012, s. 11-13) viser til Løgstrup som sier vi er ufullkomne mennesker, vi er sårbare og avhengige av hverandre. Sårbarheten er en forutsetning for medlevelse i andre sin lidelse, og en oppfordring til ivaretagelse, og er dermed en styrke. Det er fundamentalt at sykepleiere forholder seg både til sin egen og til pasienten sin sårbarhet i helsevesenets rom. Det er når sykepleieren er på sanset hold av livet, og er sansende og oppmerksomt til stede, i tillegg til faglig vurdering av situasjonen, hun er mottakelig, berørt og bevegende til stede fra appellen fra den andre om å bli møtt og bli tatt vare på.

5.3.3.5 Omsorg i form av konkrete tiltak

Alle informantene i denne studien sa at de syntes de burde vært flere folk på jobb. Flere kjente på mer trygghet når de fikk bistand av andre og fikk kommet på avstand fra pasienten som utøvde trusler/vold. De syntes også at hendelsen burde vært tatt opp i plenum. Informantene sa de var veldig sårbar, lei seg, og at de oppdaget at de ikke klarte å huske alt fra hendelsen. For et menneske som har opplevd en katastrofe, kan det aktuelle livet i ytre mening oppleves som fylt av uoversiktlige problem og hinder, og i bandasjeringen vil det være behov for å utføre konkrete praktiske oppgave i sammen. Den som er berørt kan leve i intens lidelse, noe som kan lamme normale ferdigheter. Konsentrasjon og hukommelse blir påvirket (Arman & Rehnsfeldt, 2012, s. 72). Gjennom samtale kan man komme frem til hvilke konkrete praktiske løsninger som kan være helsefremmende for sykepleiere som har tilsvarende opplevelser. Om det er ledere, kollegastøtter, eller andre som skal utøve omsorgen, vil det være nyttig å vite at man trenger å tilby å være nær for å hjelpe. Som en av informantene i denne studien sa; de burde vist at de virkelig ville hjelpe og ikke bare prate, folk er jo forskjellige. Det kom frem forslag som å slippe å være sammen med

den aktuelle pasienten i ettertid, eller å leie inn en ekstra sykepleier. Resultatene av studien viser behov for opplæring til å håndtere tilsvarende situasjoner, dette vil være et ledelsesansvar. Informantene beskrev konkrete forslag om at det burde stått en plass hvordan man skulle håndtere slike situasjoner. Som nevnt i innledningen står det i arbeidsmiljøloven (2005, § 3-2) at det skal utarbeides en skriftlig instruks om hvordan arbeidet skal utføres og hvilke sikkerhetstiltak som skal iverksettes, der det utføres arbeid som kan innebære fare for liv og helse. For dem som var blitt fysisk angrepet, ble det foreslått at de burde fått tilbudt legetilsyn på stedet. Helbredelsen av det eksistensielle såret kan være slitsomt, og den berørte kan dermed bli apatisk. Det kan være behov for at medmenneske må være helt nær den berørte. Hverdagslige konkrete oppgaver kan bli umulige å utføre på egenhånd. Slik kan medmenneske være en beskyttelse for den berørte, sier Arman & Rehnsfeldt.

5.3.3.6 Kollegastøtteordning kan møte behovet for fellesskap

Informantene i denne studien sa at de trengte å snakke med noen etter hendelsen, og at deres ledere burde tilrettelagt for dette. De følte de satt inne med en del, og de sa de burde blitt spurt om hvordan de hadde det og blitt fulgt opp i ettertid. For den berørte personen har det eksistensielle såret en kjerne av å ha oppdaget og konfrontert med eksistensens grunnvilkår, sier Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 72-73). Dette er døden, ensomheten og meningsløsheten. I tillegg er det opplevelser av avhengighet, skjørhet og materialets forgjengelighet. Som en av informantene sa; « jeg føler meg aldri helt trygg». Den berørte har ufrivillig og plutselig havnet i dyp og smertefull innsikt om dødens seier over livet, sier Arman & Rehnsfeldt. Videre sier de at dette innebærer det menneskelige livets uforutsigbarhet og sårbarhet. Det handler om møte med grunnvilkårene, og i livsavgjørende hendelser stiger livet nakent frem. Livets grunnvilkår kan være som et mysterium, men som igjen kan gi ny forståelse. I slike situasjoner kan møte mellom den berørte og medmennesker være som en fellesskapelig læring om livet. Det er den som er berørt som er eksperten, med sin erfaring nærmest innsikten. Møtet bærer preg av likestilling, og medmenneske kan bidra til å skape balanse og ro til ettertanke. I fellesskap kan man komme til nye livsinnsikter. Med en kollegastøtteordning kan man få til dette (Strand, 2019). Hensikten med kollegastøtte er å ta vare på hverandre. Samtalen om livsforståelse kan være konkret, sier Arman og Rehnsfeldt, men også universell om mening og tanker om det indre liv i forhold til det ytre.

Læring og utvikling kan bare oppstå om begge parter er forberedt på å lære. Åpenhet, mottakelighet og bevegelse er forutsetninger for at vi kan være til stede i situasjonen med en tone som gir muligheter for undring, tenkning og innfall i møte med det som kommer, sier Martinsen (2012, s. 37-39). Man befinner seg da i en bevegelse mellom sansingen og tenkningen. Denne bevegelsen gir et fiktivt rom for tydning. Der kan vi bringes til undring og tenkning, og til å kunne svare an i hverandres liv. Det fiktive rommet er et rom åpent for samtaler, for fortellinger, for skapende fantasi, innfall, undring og tenkning. Det er også et rom for det uventende og risikofylte. Det er et skapende rom stemt av inntrykk, og kan være kilde til undring som kan gi pusterom i og mellom oss, og vi får anledning til å undre oss mer over det vi ikke forstår. Dette kan vi erfare som livsoppbyggende.

5.3.3.7 Sykepleiernes eksistensielle sår åpnes og lukkes i intervaller

Informantene sa de ikke klarte å ta innover seg hva som hadde skjedd før etterpå. Flere av informantene sa at de har blitt mye mer forsiktig og vær i ettertid, og at de ikke tåler slike ting like godt som før. Det har satt en skikkelig støkk i flere av dem, og noen beskrev opplevelse av tilbakefall til hendelsen. Arman & Rehnsfeldt (2012, s. 73) sier at såret, smerten og lidelsen kan veksle i dyp og mening hos menneske, som en rytmisk og livslang erfaring. Det eksistensielle såret kan gjenoppstå når som helst i livet, uberørt av tid og rom. Såret kan også stenges igjen ved den berørtes eget valg, eller hvis medmenneske viker av. Informantene beskrev at de følte seg mindre verdt når ledelsen ikke møtte dem på deres behov. Dette ga følelse av både skam, tap, og at en ikke ønsket å vise seg som svak. Å leve med det kan være like smertefullt, om ikke mer enn et åpent eksistensielt sår, sier Arman & Rehnsfeldt. I den eksistensielle bandasjeringen inngår at man forstår det naturlige i at den berørte veksler mellom åpenhet og avstenging for den eksistensielle smerten. Tilstanden er naturlig, og den leder til heling. Medmenneske må ha en åpen holdning og tillate at den berørte selv kan velge når og hvor mye av såret som for øyeblikket får komme frem til bevissthet.

Med en kollegastøtteordning (Strand, 2019) i avdelingen, vil sykepleieren kunne bli møtt på sine behov etter volds- og trusselhendelser. En kollegastøtte kan bidra til at sykepleieren automatisk får et tilbud om å snakke med noen, samtidig som man er tilgjengelig etter behov. Kollegastøtten har taushetsplikt, også ovenfor ledere og HR. En kollegastøtte er et medmenneske man kan

henvende seg til på et hvilket som helst tidspunkt når man har behov for det, en som man vet man kan bli møtt hos, og føler trygghet til å åpne seg til, en som man vet vil møte deg med ubetinget ønske om å hjelpe deg, nettopp der du er, når du selv er der, og har viten om at du befinner deg i en naturlig bevegelse mot helse med ny livsforståelse.

5.4 Forslag til videre forskning

Det kunne vært nyttig å innhente mer kunnskap om hva ledere i somatiske sykehusavdelinger selv har erfart i deres rolle når personalet opplever traumatiske hendelser i pasientmøter. Ved bruk av dybdeintervjuer kunne man fått mer forståelse for flere av de involverte rundt slike hendelser, og gjerne mer viten om deres side av saken.

Det kunne også vært nyttig å implementere DEF modellen, gjerne som en opplæring til systematisk arbeid hos ledere, og til kollegaer til en kollegastøtteordning, og gjort videre studier på hvordan personell som opplever vold/trusler føler seg ivaretatt etterpå.

Det vil naturligvis helst være ønskelig at helsepersonell ikke skal måtte oppleve vold/trusler på jobb. Denne studien viste at dårlig kommunikasjon helsepersonell imellom også var medvirkende til at det ble en sjokkartet hendelse, fordi de var ikke forberedt. Videre forskning på hvordan somatiske sykehusavdelinger jobber for å risikovurdere pasienter, og hvordan dette blir kommunisert, kunne gitt god informasjon om hva man trenger å jobbe videre med.

5.5 Metodiske betraktninger

Jeg har valgt å samle data ved bruk av kvalitative dybdeintervjuer. Malterud (2017, s. 32) forklarer hvordan det er problemstillingen man vil belyse som taler for hvilken metode man skal velge. Ved kvalitative metoder er målet forståelse mer enn forklaring, og besvarer spørsmål som «Hva er..?», «Hva betyr..?» og «Hvordan foregår..?» (Tjora, 2017, s. 114) sier at det er en hovedregel at man bruker dybdeintervjuer der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer. Noe av det som er et fellestrekk ved kvalitative utvalg er at de er små, sier sier Polit &

Beck (2017, s. 492). Kvale & Brinkmann (2018, s. 148) sier på sin side at man trenger så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite. Det vil være avhengig av formålet, som i min studie er dybdeforståelse for individets subjektive opplevelse. På bakgrunn av at jeg er nybegynner som forsker, undres det derfor på om flere informanter enn de 4 i denne studien kunne gitt mer informasjonsrikt materiale. Jeg kunne valgt spørreskjema for å belyse problemstillingen, med tanke på at informantene kanskje kunne gitt mer ærlige svar ved å være mer anonyme, men som Tjora sier, det er livsverden til informanten vi er ute etter, og nettopp informantenes subjektive opplevelser, og dybdeintervju gjør det mulig å komme i dybden på deres opplevelser. Ved et intervju er det mulig å stille oppfølgingsspørsmål. Misforståelser avklares også lettere ved å møtes. På en annen side kunne telefonintervju vært et alternativ, men da mister man mulighet for å bruke kroppsspråk. Noe av samtaleaspektet som det gode intervjuet er avhengig av forsvinner. For følsomme temaer kan det være mer trygghet for informanten i å treffes ansikt til ansikt. Det vil da også være lettere å skape en hyggelig stemning i intervjusituasjonen (Tjora, 2017, s. 169-170).

Arbeidssituasjonen min førte til at jeg hadde pause i fra dette prosjektet. Jeg fikk plutselig et jobbtilbud jeg ikke kunne takke nei til. Dette oppstod i prosessen med innhenting av informanter og gjennomføring av intervjuer, så alle intervjuene ble utført og lagret i forskningsserveren, og lå der i presis ett år før jeg da hentet dem frem igjen. Som forsker var det utfordrende å komme helt tilbake til der jeg slapp det etter så lang tid, og er noe jeg hadde valgt å unngå om jeg hadde kunne det. I et pågående prosjekt befinner man seg som forsker helt og holdent i tenkningen om innholdet, og denne tenkningen er en prosess man behøver å være i for å gjøre god forskning, tenker jeg. Det var tilfeldigheter med hvor jeg befant meg i studien da jeg fikk dette jobbtilbudet, og i ettertid ser jeg at det var veldig gunstig at det var nettopp transkribering jeg skulle gjennomføre når jeg startet opp igjen. Dette var et svært tidkrevende arbeid, men som førte til at jeg fikk nærhet til materialet igjen, og kunne føre arbeidene videre.

Denne studien har berørt meg som forsker, som sykepleier og som medmenneske. Jeg har forsket på andre sykepleiere, og Malterud (2017, s. 216-217) viser til Helsinkideklarasjonen som omfatter pasienter, men ikke helsepersonell, og de vil derfor ikke ha samme beskyttelse. Dette

stiller derfor ekstra krav til varsomhet for meg som forsker. Malterud sier videre at vi skal bruke vårt beste skjønn i slike situasjoner til å utøve en forskningsetikk i forhold til dem som betror oss sin kunnskap. Det har gjort inntrykk å forstå hvor alvorlig hendelsen har vært for informantene i denne studien. Jeg har kjent meg svært ydmyk for at de har ville bidra til denne forskningen, og det har vært svært viktig for meg å ivareta deres integritet og anonymitet. Denne forskningen har hatt et mål om at funnene kan bidra til at fremtidige sykepleiere kan bli møtt på sine omsorgsbehov om de opplever vold/trusler på jobb. Malterud sier at forskning med motiver om endring av praksis, kan innebære at tredjeparter berøres. Forsker må av og til tåle negative reaksjoner der uheldig praksis avdekkes. Det har vært tilstrebet respektfull omtale av alle involverte i dette prosjektet.

5.6 Pålitelighet og gyldighet

Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre, og validitet blir definert som en uttalelser sannhet, riktighet og styrke (Kvale & Brinkmann, 2018, s. 276). I denne studien ble det tilrettelagt for at intervjuene foregikk på et komfortabelt sted, og jeg som forsker tilrettela for en trygg atmosfære. Dette bidrar til å sikre gyldig datamateriale Tjora (2017, s. 113-116). Tjora (2017, s. 122) mener at man konsekvent skal bruke lydopptaker ved dybdeintervjuer, og det ble brukt under alle intervjuene. Jeg brukte en diktafon som eliminerte omkringliggende støy. Dette styrker datamaterialet. Ifølge Malterud (2017, s. 97) er systematisk tekstkondensering som metode utviklet for å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Dette kan derfor styrke studien. Ved transkribering falt valget på å bruke bokmålsform for å ivareta anonymitet. Dette kan gi svakheter, da spesielle dialektord kan ha betydning (Tjora, 2017, s. 174). Det som kan styrke påliteligheten ved transkripsjonen, er at det ble brukt standardisert transkripsjonsmetode, fordi veien som ble fulgt var grundig beskrevet (Malterud, 2017, s. 79). Jeg som forsker påvirker mine empiriske data på ulike måter, sier Malterud (2017, s. 41). Hun sier at om forskerens person blir altfor tydelig til stede i materialet, blir kunnskapens gyldighet og pålitelighet begrenset. Som ny og uerfaren forskningsspire kan derfor det i seg selv svekke studien. Samtidig skal man ikke fornekte sin egen rolle, sier Malterud. Man skal spørre seg selv

og sine rådgivere, i mitt ståsted har det vært min veileder, om hvordan prosess og produkt påvirkes av forskerens ståsted og dermed bestemmer kunnskapens situering. Min forforståelse som sykepleier i møte med sykepleiere kan derfor gi styrke til studiens pålitelighet. For å styrke prosjektets pålitelighet er det viktig å reflektere over hva man har til felles med informantene, om man har spesiell kunnskap eller engasjement, og hvordan dette kan påvirke studien (Tjora, 2017, s. 235-236). For som Tjora sier videre, så kan forskerens engasjement i tematikken betraktes som støy i prosjektet og påvirke resultatene. Som sykepleier i møte med sykepleiere kan derfor min forutinntatthet svekke studien.

Avslutning

Dette prosjektet avdekket at vold/trusler på jobb i somatisk sykehusavdeling opplevdes som en plutselig, uvirkelig og traumatisk hendelse for sykepleierne. Sykepleierne var ikke forberedt på grunn av kommunikasjonsvikt som misvisende rapporter og mangelfull informasjon. De visste ikke helt hva de skulle gjøre på grunn av mangelfull opplæring. Belyst av omsorgsvitenskap kan dette føre til en personlig eksistensiell katastrofe for sykepleiere som opplever dette. Personlige individuelle katastrofer er et faktum for den det gjelder, og fører til eksistensielle sår. Disse sårene er det som sykepleierne beskriver som redsel, frykt, kroppslige smerter, skam, skyld og tap av verdighet. Dette fører til at sykepleierne befinner seg i lidelsens kamp, hvor veien til helse finnes om sykepleierne kommer i bevisst kontakt med sin innerste dypeste kjerne. For å komme dit trenger sykepleieren medmennesker som en motspiller for å komme til bevissthet, for å kunne være i bevegelse mot helse i sin lidelse. Om medmenneske har en ontologisk forståelse av begrepet livsforståelse, og en sansende tilstedeværelse som åpner for undring, kan man se hvem sykepleieren dypest sett er, og forstå at mennesker er avhengig av hverandre i ontologisk mening. Samtlige informanter beskrev at de ikke følte seg tilstrekkelig møtt eller sett av ledelsen etter hendelsen. Flere av informantene byttet arbeidsplass som en konsekvens av dette. I et omsorgsvitenskapelig lys kan det forstås som vårdlidelse der menneske beskytter seg selv fordi man befinner seg i et ontologisk tomrom. Den fenomenologisk hermeneutiske tilnærmingen til tematikken har gjort det mulig å forstå sykepleierne i deres livsverden som utgjør et eksistensielt perspektiv. Sykepleierne trenger medmenneske som er bærere av ethos, og som kan stå som *tålare* slik de selv må stå som *tålare* for pasientene, en som har en særskilt holdning til andre mennesker som de er, og aksepterer og respekterer uten forbehold. Med et slikt omsorgsvitenskapelig perspektiv ser man at sykepleierne trenger medmenneske som er på sanset hold av livet, som kan være mottakelig, berørt og bevegende til stede fra appellen til sykepleieren om å bli møtt og bli tatt vare på. Å bli rammet av vold/trusler på jobb kan føre til at sykepleieren er i behov for eksistensiell bandasjering etter det de har opplevd, slik DEF modellen belyser det. Sykepleieren trenger å bli møtt med at såret er noe naturlig, og ikke patologisk. De kan komme til helse ved at de opplever mestring ved å finne mening i fellesskap med andre. Flere oppga at de

hadde noen som var der for dem, fordi de hadde kollegaer som spurte dem om hvordan de hadde det. En kollegastøtteordning kan bidra til det sykepleierne trenger, da bandasjering av eksistensielle sår ikke nødvendigvis krever ekspertise. Kollegastøtter kan gi sykepleierne håp i å finne mening i det som har skjedd, og derfor være som lys i mørke. Frivillighet, tillit, medlidenhet og talens åpenhet må stå som naturlige fenomen i møtet. Sykepleieren trenger å bli møtt uten krav, det gir mulighet for å se at lidelsen og såret ikke skal elimineres, at sykepleieren er verdig slik hun/han er, men såret trenger lindres. Da kan sykepleieren klare å forbli i lidelsens kamp mot håp, mening og helse. Sykepleierne er i behov for naturlig moderlig omsorg, som i tillegg til faglig vurdering av situasjonen krever et nærvær fra medmenneske for å kunne være sansende nok tilstede. Sykepleieren er i behov for hjelp til å løse konkrete oppgaver sammen, da normale ferdigheter kan berøres ved intens lidelse. Med en kollegastøtteordning kan man møte sykepleiernes behov for fellesskap. I omsorgsvitenskapelig forstand har sykepleierne møtt med eksistensens grunnvilkår, og det kan gi fellesskapelig læring som kan være livsoppbyggende. Sykepleierne sa det ikke gikk opp for dem før etterpå hva som hadde skjedd, deres sår vil åpnes og lukkes i intervaller. Kollegastøtter kan bidra til at sykepleierne kan bli møtt hos noen som har et ubetinget ønske om å hjelpe når man trenger det. Likevel vil det være viktig å nevne at kollegastøttene ikke kan erstatte lederansvaret. Med bakgrunn i dette, og med omsorgsvitenskapelig forståelse av DEF modellen, kan man forstå hva sykepleiere som har opplevd vold/trusler kan trenge for å være i naturlig bevegelse mot helse med ny livsforståelse.

Referanser

Amdahl, P. (2019, 05. oktober). *Vil ha mer system for kollegastøtte*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2019/10/vil-ha-mer-system-kollegastotte>

Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-

17-62) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arman, M. (2016). Att se patienten som en medmänniska. Arman, M, Dahlberg, K. & Ekebergh,

M. (Red). *Teoretiska grunder för vårdande*. (s. 76-81). Liber

Arman, M. (2017). Lidande. L. W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i*

teori og praktik. (2. utg., s. 213-223). Studentlitteratur AB

Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2012). *DEF – Det Existentiella Förbundet*. Liber

Børs-Lind, H. (2020). The Art of Nursing. Hentet fra

<http://piecebtpiece.no/project/after-hours-the-art-of-nursing/>

Christie, W. (2014). *The lived experience: how emergency department nurses resolve emotional*

pain after perpetrated workplace violence. (Doktorgradsavhandling, University of Arkansas for Medical Sciences).

Ekebergh, M. (2016). Vårdvetenskap som kunskap och perspektiv. Arman, M, Dahlberg, K. &

Ekebergh, M. (Red). *Teoretiska grunder för vårdande*. (s. 16-23). Liber

Ekebergh, M. (2016). Att förstå patienten ur ett livsvärldsperspektiv. M. Arman, K. Dahlberg &

M. Ekebergh (Red). *Teoretiska grunder för vårdande*. (s. 66-75). Liber

- Eriksson, K. (Red). (1995). *Den mångdimensionella hälsan - verklighet och visioner*. Slutrapport. Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2003). Ethos. Eriksson, K. & Lindström. (Red.), *Gryning II*. (s. 21-33). Vasa: Åbo Akademi
- Eriksson, K. (2010). *Det lidende menneske*. (2.utg). Munksgaard Danmark
- Eriksson, K. & Lindström, U. Å. (2003). *Gryning II – Klinisk vårdvetenskap*. Åbo akademi
- Gustin, L. W. (2015). Att balansera mellan värdighet og skam. Gustin, L. W. (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa: På avancerad nivå*. (2. utg., s. 231-245). Studentlitteratur.
- Helsedirektoratet (2016). *Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*.
- Jormfeldt, H. (2020). Hälsa och hälsofrämjande psykiatrisk omvårdnad. Gustin, L. W. (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå*. (3. utg., s. 155-171). Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lanza, M. & Campbell, D. (1991). Patient assault: A comparison study of Reporting methods. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 5(4), 60–68.
- Lanza, M. L., Schmidt, S., McMillan, F., Demaio, J. & Forester, L. (2010). Support Our Staff – A Unique program to help deal with pasient assault. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(2011), 131–137. doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00282.x

- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utgave). Universitetsforlaget AS.
- Malterud K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utgave). Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe
- Normann, H. (2019, 24. september). *Pasientskader rammer også helsepersonell*. Nordlandssykehuset. <https://nordlandssykehuset.no/pasientskader-rammer-ogsaa-helsepersonell>
- Polit, D. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research – Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice*. 10. utgave. Wolters Kluwer.
- Rehnsfeldt, A. & Skorpen, F. (2020). Livsförståelse som utgångspunkt för patientens perspektiv. (3.utg). L. W. Gustin (Red.) *Vårdande vid psykisk ohälsa* (s. 115-131). Studentlitteratur.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. 2. utgave. Fagbokforlaget
- Strand, P. M. (2019, 18. februar). *Kollegastøtte – viktig for pasientsikkerheten*. Doktor i Nord. <https://doktorinord.no/nyheter/kollegastotte-viktig-for-pasientsikkerheten>
- Swanson, K. (2014). *The Emergency Nurse as Crime Victim: Workplace Violence Contributors, Consequenses, and Reporting Behavior* [Doktorgradsavhandling, Northcentral University]
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2. utgave. Fagbokforlaget
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Yoo, H. J., Suh, E. E., Lee, S. H., Hwang, J. H. & Kwon, J. H. (2018). Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 77-85.
https://ac-els-cdn-com.galanga.hvl.no/S1976131717306734/1-s2.0-S1976131717306734-main.pdf?_tid=5810b85b-040e-4504-95cd-a5b00a95318b&acdnat=1549654583_759fb177be4d6b3c1fe0afe141d5429a
- Wong, A. H., Combellick, J., Wispelwey, B. A., Squires, A., Gang, M., & Miner, J. R. (2017). The Patient Care Paradox: An Interprofessional Qualitative Study of Agitated Patient Care in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), 226–235.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/acem.13117>
- Wärna-Furu, C. (2017). Hälsa. Gustin, L.W. Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori og praktikk* (s. 157-172). Studentlitteratur.

Vedlegg 1. Søketabell

Dato	Database	Søkeord	Mesh	Suggest subject terms	Funn
20.02.19	Cinahl	nurses	X	Nurses staff, hospital	17401
20.02.19	Cinahl	Workplace violence	-	-	4428
20.02.19	Cinahl	Nurses staff, hospital AND Workplace violence	-	-	195
24.02.19	SveMed+	nursing staff AND Workplace Violence			7

Vedlegg 2. NSD (Norsk senter for forskningsdata): vurdering/godkjenning

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

«Hvordan kan vi forstå sykepleieres omsorgsbehov når de har opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling?»

Referansenummer

904233

Registrert

03.04.2019 av Reidun Erland - 112928@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kari Marie Thorkildsen, kari,marie.thorkildsen@hvl.no, tlf: 95920749

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Reidun Erland, reidun.erland@haugnett.no, tlf: 41245224

Prosjektperiode

02.01.2019 - 30.06.2021

Status

14.08.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

14.08.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 13.08.19.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 14.08.19. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

11.06.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 11.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger frem til 30.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Elizabeth Blomstervik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3. Informasjonsskriv til NSF (Norsk Sykepleierforbund) annonse

Vil du delta i forskningsprosjektet «Hvordan kan vi forstå sykepleieres omsorgsbehov når de har opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling»?

Vi søker sykepleiere som har opplevd vold og/eller trusler i somatisk sykehusavdeling.-Studien er et mastergradsprosjekt i klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet, der formålet er dypere forståelse av hva sykepleiere har av omsorgsbehov etter å ha opplevd vold/trusler.

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referanse nr. 904233. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli intervjuet. Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet snarest i Stavangerområdet. Intervjuet vil ta ca 30 minutt.

Om du ønsker å delta i studien, eller har spørsmål om den, kan du ta kontakt med meg direkte på e-post:

112928@stud.hvl.no, tlf: 41245224

Prosjektansvarlig for studien er:

Førsteamanuensis Kari Marie Thorkildsen – Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Kari.marie.thorkildsen@hvl.no , tlf.: 53491468/ 95920749

Med vennlig hilsen

Reidun Erland, masterstudent i kliniske helse- og omsorgsvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan kan vi forstå sykepleieres omsorgsbehov når de har opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling»?

Dette er en invitasjon om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å tilstrebe å forstå mer av hva sykepleiere har av omsorgsbehov etter å ha opplevd vold/trusler. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette er et mastergradsprosjekt i klinisk helse og omsorgsvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet. Hensikten med denne studien er å løfte frem valgte tema for å bidra til økt forståelse for sykepleiers omsorgsbehov, for å kunne møte og ivareta deres behov tilstrekkelig. Din fortelling kan bidra til bedre forståelse og ivaretagelse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalgsriterier for studien er sykepleiere som har opplevd vold og/eller trusler i somatisk sykehusavdeling.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du vil bli intervjuet. Intervjuene er individuelle, og intervjuet vil ta ca. 30 minutter. Dette vil foregå som en vanlig samtale. For å få med alle opplysninger, er det nødvendig å gjøre lydopptak av samtalen. Lydopptak og annet datamateriale vil bli slettet når studien er avsluttet. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle dine opplevelser av å ha bli utsatt for vold og/eller trusler på jobb, og hvordan du har opplevd dine omsorgsbehov etter hendelsen. Lydopptaket skrives om til tekst, og vil bli anonymisert og bearbeidet slik at det ikke kan spores tilbake til den enkelte deltaker.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til de gitte opplysningene er meg som student, og min veileder ved Høgskulen på Vestlandet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2021. Alt innsamlet materiale vil da bli slettet, dette innebærer også lydopptak fra intervju.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Reidun Erland, masterstudent, 112928@stud.hvl.no Tlf: 41245224
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig: Kari Marie Thorkildsen
Kari.marie.thorkildsen@hvl.no Tlf: 53491468/95920749
- Vårt personvernombud: Halfdan Mellbye, personvernombud@hvl.no, telefon: 55301031
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17. Referanse nr 904233.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Eventuelt student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan kan vi forstå sykepleieres omsorgsbehov når de har opplevd vold/trusler i somatisk sykehusavdeling», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i forskningsintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5. Intervjuguide

1. Kan du fortelle meg om hva du har opplevd av vold og/eller trusler på jobb som sykepleier i somatisk sykehusavdeling?
2. Hvordan opplevde du denne situasjonen?
 - Hva tenkte du da?
 - Hvordan reagerte du følelsesmessig på det som skjedde?
 - Hvordan opplevde du å mestre situasjonen?
3. Hvordan har du hatt det i ettertid av hendelsen?
 - Har du hatt behov for oppfølging?
 - o Kan du beskrive det litt nærmere?
 - Har du fått oppfølging?
 - o Eventuelt hvilken?
 - Har du opplevd at dette har påvirket din helse?
 - o På hvilken måte?
 - Har du opplevd noen form for skam, skyld eller påvirkning av verdighet i forbindelse med hendelsen?
 - o Kan du eventuelt utdype det?
 - Hvordan vil du beskrive hva som er nødvendig oppfølging etter slike hendelser for å ivareta helse?
 - Har hendelsen hatt noen påvirkning for valg av arbeidsplass i ettertid?

Alternative oppfølgingsspørsmål:

1. Dette var interessant, kan du fortelle mer om det?
2. Kan du utdype det litt mer?