

# **RELASJONER KOMMER IKKE AV SEG SELV**



Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for Helsefag**

**Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Psykisk helse**

**Masteroppgave 30 studiepoeng**

**Student: Knut Sirevaag**

**Veileder: Trond Grønnestad**

**Dato: 15.11.18**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**

**MASTEROPPGAVE**

---

**SEMESTER:**

Høst 2018

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:** Knut Sirevaag

**VEILEDER:** Trond Grønnestad

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Nordisk tittel:** Relasjoner kommer ikke av seg selv

**Engelsk tittel:** Relationships do not come by themselves

---

**EMNEORD/STIKKORD:** Relasjoner, 24 timers avdeling, personlige egenskaper

---

**ANTALL SIDER:** 45

**STAVANGER:** 15.11.18

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag .....</b>	<b>5</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>5</b>
<b>1.0 Innledning.....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Tidligere forskning.....	6
1.3 Studiens formål .....	8
1.4 Problemstilling .....	8
<b>2.0 Teori .....</b>	<b>9</b>
2.1 Teoretisk perspektiv.....	9
2.2 Vitenskapeligteoretisk perspektiv.....	10
<b>3.0 Metode og analyse .....</b>	<b>11</b>
3.1 Kvalitativ metode .....	11
3.2 Metode.....	11
3.3 Informanter .....	11
3.4 Datainnsamling .....	12
3.5 Analysemetode .....	12
3.6 Forskningsetiske vurderinger .....	14
3.7 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	14
<b>4.0 Resultater .....</b>	<b>15</b>
4.1 Presentasjon av data.....	15
4.2 «betyr farvel mer enn velkommen» .....	15
4.3 «Oppriktig interessert og trygg» .....	15
4.4 «utdanning er ikke alt» .....	16
4.5 La være å investere .....	16
<b>5.0 Diskusjon .....</b>	<b>17</b>
5.1 Hensikt med studien .....	17
5.2 Diskusjon av resultater.....	17
5.2.1 For slitne til å investere.....	17
5.2.2 Utmattelse – hvem sitt ansvar? .....	19

<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>21</b>
<b>Referanser.....</b>	<b>22</b>

## Sammendrag

Omfattende forskning peker på relasjonen og egenskaper med fagutøver som viktigst når en skal forklare pasienters bedring i psykisk helsearbeid. I min undersøkelse vil jeg forsøke å finne ut av hva sykepleiere tenker om relasjon og personlige egenskaper i en avdeling hvor pasienter er innlagt i 24 timer. Jeg har brukt kvalitativ metode og data ble innsamlet ved hjelp av en fokusgruppe med 5 sykepleiere. Systematisk tekstkondensering ble brukt til å analysere data. Mine funn ble diskutert i lys av «den etiske fordring» av K.E. Løgstrup. De viste at relasjon har betydning i et så kort tidsperspektiv, men at det var vanskelig å få til. Personalet ble emosjonelt slitne av å gå inn og ut av relasjoner og de følte behov for å beskytte seg. Administrative krav bidro også til at de ble slitne. Konklusjonen er at relasjon har vanskelige kår i en 24 timers avdeling. Relasjonelle ferdigheter blir satt litt ut av spill når fagutøver blir sliten og tilnærmingen til pasientene mer distansert og pliktbetont.

Nøkkelord: Psykisk helsevern, 24 timers avdeling, relasjon, kvalitativ metode, sykepleiere.

## Abstract

Comprehensive research points to the relationship and characteristics of the practitioner as most important when explaining patients' improvement in mental health work. In my survey, I will try to figure out what nurses think about relationship and personal characteristics in a department where patients are admitted for 24 hours. I have used qualitative methodology and data was collected using a focus group of 5 nurses. Systematic text condensation was used to analyze data. My findings were discussed in light of the "ethical claim" of K.E. Løgstrup. They showed that relationships are important in such a short time perspective, but that it was difficult to get to. The staff became emotionally tired of going in and out of relationships and they felt the need to protect themselves. Administrative requirements also helped them get tired. The conclusion is that relationships are difficult in a 24-hour department. Relational skills are put out of play when the practitioner becomes tired and the approaches to the patients are more distant and duty-bound.

Keywords: Psychological health care, 24 hours department, relationship, qualitative method, nurses.

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som nevnt i artikkelen begynte jeg tidlig å bli nysgjerrig på relasjoner i psykisk helsearbeid. Omtrent fra første dag jeg satte mine føtter i en psykiatrisk avdeling la jeg merke til at noen av personalet fremhevet seg og ble spesielt godt likt av pasientene. Det jeg merket med disse var at de brydde seg om pasientene, de var naturlige og avslappede i omgang med dem, de var alltid på tilbudssiden og de «gjemte» seg aldri på kontoret.

Nå er jeg selv som en veteran å regne i psykisk helsearbeid og de observasjonen jeg gjorde fra min spede begynnelse, har jeg tatt med meg i eget virke. Jeg har selv erfart at det å komme «bak» sykdommen og bli kjent med mennesket er av avgjørende betydning. Jeg er ikke i tvil om det er helt grunnleggende at fagutøver og pasient møtes på det personlige plan for å kunne skape en hjelpende relasjon. Hvordan skal pasienten kunne stole på en fagutøver som utelukkende er opptatt av symptomer og sykdom? Menneske er ingen maskin hvor deler kan reparere helheten. Jo, i somatikk kan det være tilstrekkelig å reparere den skadde kroppsdelene og denne disiplinens suksess i så henseende dannet da også grunnlaget for den moderne psykiatrien. Tankegangen derifra ble overført til psykiatri (1, s. 19). Fortsatt preges psykiatri, i stor grad, av at teknikker og metoder tillegges større betydning enn fagutøver. Terapien som leveres skal ha være forskningsbasert og beviselig ha effekt (1, s. 355) og resultatet blir at ulike teknikker og metoder tas i bruk for å måle effekt. Omfattende forskning har vist at det er ulike faktorer som bidrar til at pasienten blir bedre. Den faktoren som hadde størst påvirkning var den som ikke kan forklares av verken fagutøver som person eller ulike teknikker - pasientens daglige liv (1, s. 363). På en klar annenplass kom den relasjonelle biten som betydde dobbelt så mye som teknikk og metode (1, s. 367). Jeg vil også påstå at gjennom en god relasjon er sjansen mye større for å komme i «kontakt» med pasientens daglige liv, enn hva som er tilfellet med en skjematisk og metodisk tilnærming.

### 1.2 Tidligere forskning

Mye forskning er gjort på å kartlegge relasjonen mellom utøver av psykisk helse og pasienten og hvilke personlige egenskaper som er ønskelige – mest fra pasientens ståsted.

Ved å søke i «academic search premier», «medline» og «cinahl» full tekst med søkeordene «relationships» som tekst og «mental health nursing» som abstrakt, i perioden 2010 – 2018, fikk jeg 435 treff. Her ble 2 relevante artikler valgt ut (2-3).

Min veileder tipset med om Alain Topor. Når han ble koblet mot relasjon, og ellers de samme søkekriteriene, fikk jeg 26 treff. I aktuell artikkel til Topor, fant jeg referanse til en relevant artikkel fra Borg og Kristiansen.

Cahil med flere gjør i sin artikkel en sammenlikning av to teoretiske tilnærminger og terapeutisk effekt. Effekten viste seg å være omtrent sammenfallende, men terapeuten gjorde en mys større forskjell (2)

Gunasekara med flere har gjort en undersøkelse hvor både pasient og sykepleier blir spurt om hvilke personlige egenskaper de mente var ønskelige i relasjon med pasienten. At pleier var respektfull, genuin, nysgjerrig på pasientens personlige liv, bli sett på som et helt menneske og brydde seg oppriktig var egenskapene som ble trukket frem av pasientene. Sykepleier vektla at det var viktig å informere om regler og struktur på avdelingen, klar kommunikasjon, få kartlagt forhold til familien, delegere og informere om medisiner, være oppmerksom og ha god kontroll på egen psykisk helse (3).

Topor og Denhov har undersøkt hvilke egenskaper pasientene verdsetter hos terapeuten. Nok tid i både mengde og kvalitet, at han er uforstyrret og fokusert, å få en følelse av at de er i tankene til terapeuten også når samtalen tar slutt. Det gir en opplevelse av å være en virkelig person, ikke bare en pasient (4).

Borg og Kristiansens har også kartlagt hvilke egenskaper pasientene verdsetter og som de opplever som hjelpsomme. Her ble det å formidle håp, delt makt, være tilgjengelig og gå utover det som forventes av deg som profesjonell, trukket frem (5).

Det er gjort mange undersøkelser for å kartlegge relasjonens betydning i psykisk helsearbeid og hvilke personlige egenskaper som er ønskelige. For å gjøre min studie mest mulig original har jeg valgt å gjennomføre den med sykepleiere som er ansatt i en psykiatrisk akutt mottaksavdeling. Alle pasienter som blir lagt inn på det aktuelle psykiatriske sykehuset må innom her. Det er en slags «sorteringspost» hvor pasienten er innlagt i kun 24 timer. Legesamtaler, observasjoner og samtaler med miljøpersonell, avgjør hvilken avdeling pasienten skal videre til. Hvilke kår har det relasjonelle i en slik avdeling?

Jeg kan ikke finne tidligere forskning som er gjort på en tilsvarende avdeling.

### 1.3 Studiens formål

Jeg valgte å intervju sykepleiere ansatt i nevnte avdeling for Med denne studien ønsket jeg å finne ut hvilke muligheter det var for å etablere relasjoner i et så kort tidsperspektiv og hvilke personlige egenskaper som behøvdtes for å lykkes med det. Dette ble gjort ved hjelp av 1 fokusgruppe med 5 sykepleiere.

Følgende forskningsspørsmål ble utarbeidet:

### 1.4 Problemstilling

«Hvilke muligheter er det for å etablere relasjoner med pasienter innlagt i kun 24 timer»

«Hvilke personlige egenskaper vektlegger sykepleieren i relasjonsetableringen med pasienter i en psykiatrisk avdeling hvor de kun er innlagt 24 timer»



## 2.0 Teori

### 2.1 Teoretisk perspektiv

For å belyse min problemstilling og mine funn har jeg valgt å legge «den etiske fordring» av K.E. Løgstrup til grunn. En moderne etikkbok som har blitt en klassiker og som ble utgitt første gang i København i 1956.

«Den etiske fordring» innebærer at det enkelte mennesket legger noe av sitt liv i den andres hender gjennom tilliten den viser med å henvende seg til den andre. Med denne tilliten følger det en fordring om at den andre skal ta vare på det livet (6, s. 38). Ifølge Løgstrup er ikke dette noe du kan velge eller velge vekk, fordringen er gitt i form av vår eksistens. Godtar vi at livet er skjenket oss, følger dette ansvaret med på kjøpet.

Fordringen gir ingen anvisning på hvordan dette livet skal ivaretas, det være seg lite eller mye, den er og forblir taus (6, s. 43). Det er opp til den enkelte med sin innsikt, fantasi og forståelse og finne ut av det (6, s. 44). Det betyr ikke at det andres liv kan lunefullt å kynisk utnyttes, fordi fordringen er radikal og kompromissløs på «at den andres liv skal ivaretas på den måten som tjener den andre best» (6, s. 77). Altså med kjærlighet og uselviskhet (6, s. 67).

Men, når et menneske er prisgitt det andre, vil det alltid være en skjev maktfordeling og alltid en fare for at denne makten kan brukes til eget forgodtbefinnende. At en slik utnyttelse ikke finner sted i særlig grad, skyldes rett moral og konvensjon som beskytter oss mot hverandre (6, s. 76).

«Den etiske fordring» er ensidig, den sier godtar du at livet er skjenket deg i gave så godtar du samtidig at du har et ansvar for å ta vare på den andres liv og du kan ikke kreve noe tilbake (6, s. 141). Den er radikal fordi den gjelder i alle situasjoner, til alle tider og i forhold til alle mennesker. Det være seg venn eller fiende (6, s. 67) og den er taus fordi det følger ingen anvisning på hvordan henvendelsen skal håndteres. Det må den enkelte finne ut av. Fordringen kan bare oppfylles i uselviskhet (6, s. 68).

Foruten menneskets mindre gode hensikter, kan de sosiale normene forkludre «renheten» i fordringen og sette den ut av spill. I et demokrati er sosiale normer bestemmelser eller retningslinjer de folkevalgte har gjort, på vegne av de som har valgt dem og som skal fungere som veiledere i ulike sammenhenger. Med den hensikt å beskytte det enkelte mennesket.

Noen er juridisk bindende og absolutte, andre krever anvendelse av skjønn og da kommer det an på motivet (6, s. 84).

Når jeg i min undersøkelse ønsker å se på relasjonsetablering og personlige egenskaper hos sykepleier for å oppnå dette anser jeg «den etiske fordring» og de sosiale normene som en relevant innfallsvinkel for å få dette belyst. I møtet med pasienten i en 24-timers avdeling får du dens «liv i dine hender». Din uselvishet eller mangel på sådan, din innsikt, din livserfaring/livsforståelse og fantasi vil avgjøre hvorvidt vedkommende føler seg møtt, forstått eller mistrodd og krenket. Å diskutere opp mot de sosiale normene vil også ha en verdi da plikt, frykt, faglig overbevisning, institusjonens rammer kan være «legitime» argumenter for å gjøre sjelelige overgrep mot pasienten (6, s. 85).

## 2.2 Vitenskapeligteoretisk perspektiv

Undersøkelsen er forankret i et fenomenologisk-hermeneutisk perspektiv.

Fenomenologi er en bevissthetsfilosofi og handler om hvordan «verden erfares for subjektet» (7, 2012). Det vil si at våre opplevelser om verden alltid må om bevisstheten og den er alltid rettet mot noe, eller det fenomenologer kaller intensjonalitet. Fenomenologenes «far» var E. Husserl.

Hermeneutikken handler om hvordan vi forstår fenomener, hvordan vi fortolker dem og gir verden mening.

Det mest kjente begrepet innenfor hermeneutikken er «den hermeneutiske sirkel». Det vil si en frem og tilbake prosess hvor «delene forstås ut i fra helheten og helheten ut i fra delene» (8).

### 3.0 Metode

#### 3.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode blir benyttet for å få frem informantenes mening, erfaring og opplevelser (9, s. 21).

#### 3.2 Metode

Jeg brukte fokusgruppe som blir regnet som spesielt godt egnet for å få frem ulike meningsaspekter, synspunkter og holdninger i et miljø hvor mennesker samhandler. I et fenomenologisk perspektiv håpet jeg å få frem kunnskap i informantenes livsverden. Jeg prøvde etter beste evne å sette min egen forforståelse til sides, slik at jeg var åpen for de meningene og fortellingene informantene kom med. Jeg prøvde å være fokusert, slik at jeg var i stand til å følge opp spennende utsagn (10). Jeg håpet gruppedynamikken ville frembringe rike og nyanserte data (11, s. 22). Deltagerne jobbet i samme avdeling og kjente hverandre godt. Dette håpet jeg ville få flyt i samtalen å frembringe spennende assosiasjoner (11, s. 45).

#### 3.3 Informanter

Jeg innhentet et strategisk utvalg. Jeg henvendte meg pr telefon til avdelingsleder hvor informantene jobber og redegjorde for undersøkelsen. Jeg ringte avdelingsleder og redegjorde for undersøkelsen og fikk klarsignal til å kontakte informantene. Samtlige 5 informanter sa ja til å delta og vi fant en dato som passet for alle til å gjennomføre intervjuet. Skriftlig informasjon ble gitt til begge parter. (12, s. 56).

Jeg hadde kjennskap til informantene og de ble strategisk valgt på grunn av erfaring fra feltet og deres kvaliteter relatert til tema (12, s. 56),

Andre kriterier jeg vektla var at informantene hadde en god tone seg imellom, virket trygge på hverandre (11, s. 45) og hadde bra formidlingsevne (11, s. 42).

De var alle sykepleiere i alder fra cirka 30 – 70. 3 menn og 2 kvinner.

### 3.4 Datainnsamling

**Av hensyn til informantenes bekvemmelighet ble intervjuet utført på klinikken de jobber.**

**Informantene fikk utdelt samtykkeskjema de ble bedt om å lese igjennom og signere.**

Jeg hadde tilbud om å ha med en sekretær (12, s. 133), men valgte å gjennomføre det alene. Fryktet det ville være en stressende og forstyrrende faktor. Jeg gjennomførte et prøveintervju med en bekjent i forkant.

Det ble estimert en tidsramme på i underkant av 2 timer.

Jeg startet med ufarlige spørsmål. Det var nok gunstig for begge parter; dempet nybegynnernerver hos forsker og informantene ble mer komfortable med båndopptaker.

Som jeg håpet var tonen uformell, latteren satt løst og informantene var trygge nok på hverandre til å våge å være både ironiske og sarkastiske uten å være ondsinnet (11, s. 45).

Heller ikke undertegnede som forsker slapp unna denne sjargongen. Jeg opplevde ikke sterke posisjoneringer innad i gruppen og strukturen var forholdsvis flat.

Diskusjonen startet litt tregt sannsynligvis på grunn av litt nervøsitet på begge kanter, men fløt etter hvert bra og ulike meninger og assosiasjoner kom frem. En av informantene uttalte at det hadde vært lærerikt for han å høre hva kolleger tenker om temaet.

Frykten for taushet gjorde at jeg stykket opp diskusjonen første delen, men fikk bedre tak på rollen som moderator etter hvert. Lyktes brukbart med å be om utdypninger og oppfølgende (9, s. 203).

Intervjuet ble avsluttet etter cirka 1time og 30 minutt.

Intervjuet ble overført til en lydfil og transkribert av forsker. Datamaterialet ble så analysert ved hjelp av Malteruds «systematisk tekstkondensering» (12, s. 96). I det påfølgende avsnittet vil jeg gi en mer detaljert og utfyllende beskrivelse av metoden og min forståelse av den.

### 3.5 Analysemetode

Mine data ble analysert ved hjelp Malteruds systematisk tekstkondensering (12, s. 96).

En kvalitativ innholdsanalyse med trinnene naiv lesing for å få et helhetsinntrykk, foreløpige temaer, meningsbærende enheter og koding, meningsfortetning med tema og subtema, for så å sammenfatte betydningen av dette med en retekstualisering (12, s. 98).

I den første fasen, *naiv lesing*, settes forforståelse og teoretisk referanseramme til side (12, s. 99).

Jeg opplevde det krevende å fokusere på hva informantene faktisk sa og ikke hva jeg ønsket de skulle si for at det skulle passe inn i mitt «bildet» (12, s.99). Jeg måtte gå noen runder med materialet for å klare å være tilstrekkelig fenomenologisk.

I neste fase lette jeg frem *foreløpige tema* som intuitivt meldte seg. Malterud anbefaler 4-8 tema som gis et navn og at en forsøker å unngå at de sammenfaller for mye med tema i intervjuguide, for å øke kreativitet og unngå for dominant forforståelse (12, s. 99).

Jeg endte opp med 7 foreløpige tema. Noen uavhengig av intervjuguiden, andre var for vesentlige til å utelate.

Jeg underbygget så temaene med kortere eller lengre tekstsekvenser - *meningsbærende enheter* (12, s. 100). Disse ble systematisert og markert med kode – farge, tall e.l. Tekst med sammenfallende innhold ble gitt et navn som representerte kodegruppen (12, s. 103). Detekstualisering bryter opp helheten og det er avgjørende at det finnes en komplett versjon av materialet (12, s. 104).

Detekstualisering resulterte i at jeg fant jeg temaer som sammenfalt i betydning. For eksempel «trygg og rolig» og «tilbakelent». Jeg endte opp med 4 kodegrupper som ble navngitt.

*Kondensering*; fortetting og abstrahering av innhold var neste steg. Nyanser av innhold i de respektive kodegrupper ble delt opp i subgrupper (12, s. 105) . Disse ble analysert og endte opp i et kondensat, et kunstig sitat som gjenfortalte det konkrete innholdet i mer generell form. Det ble forfattet i «jeg» form for å illustrere at det var informantenes stemme (12, s. 106) og illustrert med et «gullsitat» (12, s. 107).

Jeg utarbeidet noen subgrupper under hver kodegruppe, men fant etter hvert ut at de ikke kunne underbygges godt nok i datamaterialet til at de kunne benyttes (12, s. 108).

I siste trinn etablerte jeg en *analytisk tekst*, med bakgrunn i de kondenserte tekstene og gullsitat (12, s. 107). De ble omtalt i tredje person for å illustrere at det var mine tolkninger av flere historier som lå til grunn for teksten. Teksten fikk en overskrift (12, s. 108).

Jeg endte opp med 4 analytiske tekster med overskrift.

Avslutningsvis validerte jeg funnene opp mot det opprinnelige materialet (12, s. 109).

### 3.6 Forskningsetiske vurderinger

Jeg har forholdt meg til Helsinkideklarasjonen som ble utarbeidet av verdens legeforening i 1964 og sist revidert i 2013. Den omtaler i punkt 23,24 og 25 det som angår etisk komite, privatliv, konfidensialitet og informert samtykke (13).

Det var kun sykepleiere i undersøkelsen. Informert samtykke ble gitt og det ble innhentet godkjenning fra etikk komitè Helse Stavanger HF. Videre ble lydfil lagret og kryptert og samtykkeskjema lagret på UIS.

### 3.7 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Jeg har i tråd med Malterud forsøkt å være bevisst på at spørsmålet om relevans og validitet skal være gjennomgripende for hele undersøkelsen. Fra tema og teoretiske forut antakelser til valgt problemstilling – en logisk tråd Jeg anså fokusgruppe som mest hensiktsmessig. Strategisk utvalg ble valgt med spesifikke inklusjonskriterier for å styrke den interne validiteten (12, s. 56) og øke potensialet for «overførbarhet» (12, s. 62). I intervjuet validerte jeg underveis med kontrollspørsmål (12, s. 182). Jeg valgte en forholdsvis rigid analysemetode, for å ikke miste «opprinnelsen» av synet og for at tolkningene skulle bli logiske og med hevet validitet (12, s. 111). Jeg har forsøkt å formidle meg i et forståelig språk; det Malterud betegner som «kommunikativ validitet» (12, s. 185) og har tenkt at undersøkelsen skal ha en originalitet og dermed gjøre en forskjell; «pragmatisk validitet» (12, s. 187).

Overførbarhet handler om hvorvidt funnene mine gir «gir mening utover seg selv og kan deles av andre» (12, s. 62)

## 4.0 Resultater

### 4.1 Presentasjon av data

I dette kapitlet vil jeg i et fenomenologisk – hermeneutisk perspektiv presentere mine funn. Det fenomenologiske vil bli vektlagt fordi det er ønskelig at informantenes stemme kommer tydelig frem og at min forforståelse settes mest mulig til sides.

Funnene presenteres med en overskrift.

Meningsinnholdet i teksten har til slutt endt opp i 4 kategorier – 1. Betyr farvel mer enn velkommen 2. Oppriktig interessert og trygg 3. Utdanning er ikke alt 4. La være å investere

### 4.2 «betyr farvel mer enn velkommen»

Informantene var enige om at det var av stor betydning å etablere gode relasjoner med pasientene, selv innenfor et så kort tidsperspektiv – ikke minst fordi mange av de blir reinnlagt og det kan gi et bedre neste møte. Informantene var stort sett enige om, av ulike grunner, at avslutningen på møtet betød mer enn det første møtet. Men, det fantes unntak. Denne mente at det første møtet kunne sette dype spor som varte i lang tid.

### 4.3 «Oppriktig interessert og trygg»

Informantene anså en kombinasjon av det å være oppriktig eller ekte interessert, at du våger å by på deg selv i kombinasjon med en vennlig, rolig og trygg væremåte, som det «ideelle». Med slike personlige egenskaper blir du attraktiv for både pasienter og kolleger, fordi det skaper en god atmosfære og alle kjenner seg sett og hørt.

Videre snakker informanten om det å inneha noe udefinert, noe de ikke helt klarer å sette ord på, men som enkelte bare har gjennom sin tilstedeværelse.

#### 4.4 «utdanning er ikke alt»

Informantene vurderte egenskapene som skal til for å være en relasjonsbygger som først og fremst en naturgitt gave, men også noe som kan læres til et visst nivå. Videre at det ikke trenger å være enten eller, men både og. Teoretisk og praktisk læring kan utvikle allerede eksisterende relasjonelle ferdigheter.

#### 4.5 La være å investere

Informantene fortalte at det hendte at de unnlot å investere i det relasjonelle med pasientene, men med ulikt motiv. Noen informanter pekte på at mange av pasientene de investerer i kommer de «under huden» på og blir følelsesmessig berørt av. Dette er en påkjenning når de vet at pasienten skal forlate dem om kort tid. For å beskytte seg mot denne emosjonelle påkjenningen hender det de holder tilbake på relasjonsbyggingen.

Andre brukte tidspress på avdelingen og de gikk «tomme» som argument for å være tilbakeholdne med det relasjonelle og det gjorde dem også selektive. Hvilke seleksjonskriterier de brukte ble ikke nevnt.



## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Hensikt med studien

Studien er gjort for å se nærmere på hvilke personlige egenskaper sykepleiere, i en akutt avdeling med et 24 timers perspektiv, vektlegger i relasjonsetableringen og er det mulig å etablere relasjoner på så kort tid?

### 5.2 Diskusjon av resultater

Når jeg diskuterte mine resultater i artikkelen var det noen trekk som fremhevet seg og som jeg vil se litt nærmere på. Informantene fortalte at de vektla den avsluttende kontakten med pasientene, fremfor mottagelsen. De forklarte det ut i fra pasientens tilstand. De fortalte også at det var emosjonelt belastende å etablere relasjoner, som i løpet av kort tid måtte avsluttes. Det gjorde dem slitne, de distanserte seg eller ble selektive i involveringen. Men, kan det være en mulig sammenheng mellom en avmålt, distansert velkomst og slitent personale?

Denne mulige sammenhengen vil jeg se i relasjon til «den etiske fordring» av Løgstrup og eventuell annen teori.

#### 5.2.1 For slitne til å investere

Flere av informantene sa at de prioriterte å få til en god avslutning med pasientene. Pasientens tilstand og omstendigheter rundt innleggelsen ble brukt som argumentasjon for hvorfor de unnlot å vektlegge det relasjonelle allerede i mottagelsen.

Men, kan det være at dette har blitt en selvrettferdigende forklaring (6, s. 158) og at det egentlig handler om et behov for å beskytte seg selv (15, s. 85). Jeg hentyder ikke at informantene bevisst unnlater å fortelle sannheten, men at forklaringen tilrettelegges (6, s. 181). Når en daglig går i det samme, forsvinner perspektivet og noen må komme utenifra for å «løfte» det opp (14, s. 37). Løgstrup sier, «noen ganger vet jeg bedre enn den andre hva som er best for han» (6, s. 42). Han mener det ikke er kjærlighet i å være ettergivende og snakke den andre etter munnen. Det vil bare være å gjøre seg til redskap for den andre (6 s. 43).

En automatisk konsekvens av å være sliten er at du føler et behov for å beskytte deg selv og trekke deg tilbake. Samtidig sitter det langt inne for mennesker i hjelpende yrker å innrømme at de er slitne (15, s. 88). Dette kan resultere i at fagutøver blir gående i jobb, men velge de enkleste løsninger. Som å heller være hyggelig og imøtekommende når pasienten skal forlate avdelingen, enn ved ankomst. Det krever mindre av dem.

Løgstrup ville nok ikke møtt en slik utsettelse av det relasjonelle med forståelse. «Den etiske fordring» er tydelig på at du skal ta vare på den andres liv fra første stund med innsikt, fantasi og livsforståelse – med uselviskhet og kjærlighet i bunn. Men, han ville nok samtidig vedgått at det å være sliten ikke er forenlig med å inneha disse egenskapene. I en slik tilstand ligger det til menneskets natur å bli selvsentrert og evnen til å leve seg inn i den andres verden opphører. Den enkelte blir sløv og fantasiløs (6, s. 132).

Løgstrup ville nok tenkt at en sliten fagutøver ikke var skikket til å kunne ivareta pasienten. Fordi en distansert og avmålt holdning ikke inngir til tillit, men kan slå over i mistro (6, s. 41). Nå sier imidlertid Løgstrup at det umiddelbare inntrykket kan gjenopprettes viss møtet blir gjort personlig (6, s. 34). Spørsmålet blir da hvor sannsynlig det er at en sliten fagutøver, i løpet av 24 timer, har restituert seg og kan møte den andre med de nødvendige egenskapene for å kunne være til hjelp for pasienten.

Løgstrup og «den etiske fordring» er fundamental på at kjærlighet må være tilstede for å kunne ta vare på et annet menneskets liv (6, s. 170). Hvis det ikke er motivert av oppriktighet og et genuint ønske om å hjelpe, går en på akkord med fordringen. Det er med andre ord motivasjonen som er avgjørende for om den enkelte kan gjøre en forskjell i den andres liv. Når en er sliten er det vanskelig å ta den andres perspektiv og tilnærmingen blir mer preget av plikt eller for ikke å fremstå som feig eller uansvarlig (6, s. 171).

Ifølge Løgstrup er det ikke tilstrekkelig med bare fagkunnskap. Det kreves også å kunne inngå i en relasjon med forståelse, oppriktighet og kreativitet for å kunne ivareta et annet menneskes liv (1, s. 369). En sliten fagutøver vil lett kunne miste den siste dimensjonen, bli selvisk, og dermed automatisk få et større fokus på seg selv enn pasienten. Dette vil ikke være forenlig med «den etiske fordring» og både den enkelte fagutøver og avdelingen har et ansvar for å ta grep.

Men, det fantes også de som klarte å være tilstede for pasientene (og personalet) på en god måte og som så verdien av å tenke relasjon allerede i mottagelsen. Fagutøvere som klarer å

være naturlige, trygge og oppmerksomme ble fremhevet som store ressurser. Skal vi tro tidligere forskning og Løgstrup forebygger en naturlig tilnærming og involvering mot å bli utmattet og sliten. Men, her virker det med naturlighet eller oppriktighet til å stå sentralt. Forskingen viser at de som involverer seg med pasientene fordi de ønsker det og ikke fordi de må det, har mindre risiko for å bli emosjonelt utmattet (16). Også for Løgstrup står dette med et ønske om å hjelpe eller kjærlighet som han kaller det, sentralt. Han sier at den andres lykke også vil bli egen lykke (6).

Så viss distansering virker mot sin hensikt, er det da noe som kan gjøres for å forhindre at så skjer?

### 5.2.2 Utmattelse – hvem sitt ansvar?

Å arbeide i en akutt avdeling hvor alle pasienter skal innom først, er selvfølgelig krevende og kan medføre slitasje på sikt. Løgstrup sier at vi alltid har noe av den andres liv i våre hender når vi møtes, og hvem som skal ta vare på hvem, er jo her i utgangspunktet gitt (6, s. 75) – relasjoner asymmetrisk (15, s. 84). Mye står på spill og det er krevende å gå inn i og ut av relasjoner i stort tempo (15, s. 21). Selv om den enkelte fagutøver har de beste intensjoner og de beste forutsetninger for å kunne gjøre en forskjell, kan ulike ting ta vekk fokus og tappe for krefter. Pasienttrykk, tidspress og ytre krav kan på sikt føre til at fagutøveren ikke klarer å være like tilstedeværende og oppmerksom som han i utgangspunktet ønsker. Han føler etter hvert et behov for å beskytte seg og det viktigste blir å ivareta egen helse. Løgstrup ville betraktet det som å bli sløv og likegyldig, å miste kreativitet og innsikt som kan være med på å gjøre en forskjell i pasientens liv (6, s. 132). De personlige egenskapene som er nødvendige for å etablere gode relasjoner forsvinner i det selvskhet og eget forgodtbefinnende tar overhånd. Pasienten må «betale» for det med en mer avmålt, mekanisk og distansert tilnærming. Det subjektive i relasjonen mistes.

Jeg arbeider selv i et ambulant akutt team og har noen ganger selv følt på både kropp og sinn de mekanismer som kan inntreffe viss det er stort arbeidspress over tid eller at omstendigheter i eget liv stjeler fokus. Det blir da mye vanskeligere å ta den andres perspektiv, å møte vedkommende med den innlevelse som er nødvendig for å kunne være til hjelp (15, s. 87).

Men, en kan ikke alltid legge alt ansvar på ytre omstendigheter, Fagpersonen har også et selvstendig ansvar for ikke å havne i en situasjon der en blir oververveldet og utslitt. De fleste

som arbeider i helsevesenet har i utgangspunktet et ønske om å kunne hjelpe den andre i tråd med «den etiske fordring» (6). Når ytre krav tar overhånd, er det opp til den enkelte å gi beskjed eller prioritere. Det handler om moral og hvem vi er der for (15, s. 89). Institusjonen har retningslinjer som skal følges og ting som må gjøres, men de fleste oppgaver er av typen det er mulig å bruke skjønn på (6, s. 84), de kan overleveres eller utsettes. Men, viss hensynet til arbeidsplassen og frykt for sanksjoner er styrende, fraskriver fagpersonen seg et eget ansvar og moralen blir å etterleve regler (15, s. 89). Løgstrup betegner dette som tanketom virksomhet når ivaretagelse av gitte anvisninger går bekostning av egen fantasi og innsikt (6, s.139). Institusjonelle krav kan også lett bli en beleilig forklaring på distansering. Tidligere forskning har vist at å trekke seg tilbake fra pasientene snarere kan virke mot sin hensikt. Dårlig samvittighet og en opplevelse av å ikke ha levd opp til egen faglig, moralske og etiske standard kan gjøre vondt verre (16). Det kan være mer hensiktsmessig å arbeide med egne forutsetninger for relasjonelt arbeid for å stå bedre rustet når en kommer ut av balanse. Da kan rystelsene tåles uten å falle sammen (15, s. 207) Løgstrup mener at siden vi er så viklet inn i hverandres liv, ivaretar en best seg selv med å hjelpe den andre. Han mener at ved å ivareta den andres liv, lykkes ikke bare dens, men også egen tilværelse blir bedre (6, s. 149). Og motsatt, den andres ulykke vil også påvirke en selv negativt (6, s. 150). Men, en forutsetning for at begge liv skal lykkes er at forholdet preges av oppriktighet og genuin kjærlighet (6, s.149).

Den enkelte kan også selv sørge for å styrke både det fysiske og mentale immunforsvaret med en balanse mellom aktivitet og hvile, ved å sørge for nok søvn, sunt kosthold og trening (14, s. 40). Videreutdanning er et annet tiltak som kan stimulere og gi ny energi (14, s. 44).

Tiltak avdelingen kan iverksette er for eksempel veiledning. Her er det mulig å få tatt opp problemstillinger og utfordringer i møtet med pasienter og få andre perspektiver på hvordan en kan håndtere det (14, s. 37). Dette er et tiltak som kan bidra til å gjøre fagutøver bedre rustet til å stå i de følelsesmessige belastningene uten å bli overveldet (15, s. 83). Tidspress og krav i fra avdelingen kan tas opp på personalmøter eller liknende.

## 6.0 Konklusjon

Mine funn indikerer at relasjon har dårlige kår i en avdeling hvor pasienter er innlagt kun 24 timer. Stort pasienttrykk og administrative oppgaver blir en enorm belastning på fagutøverne som går tomme og kjenner et behov for å beskytte seg. Det virker også som om det faktisk at pasienten skal videre dagen derpå, er med på å skape en resignasjon. En holdning av at det ikke er så viktig å investere i relasjonen siden de skal videre uansett. De orker ikke å engasjere seg mer enn høyst nødvendig – altså gjøre sin plikt. I neste instans vil dette gå utover pasientene som blir møtt på en distansert og avmålt måte, blir tingliggjort og får en opplevelse av å være en pakke til oppbevaring som bare venter på å bli sendt videre.

De som trass i avdelingens organisering klarer å være tilstede for pasientene, virker til å være det med et oppriktig ønske om å hjelpe. De klarer å sette pasientene i fokus selv om det «blåser» kraftig rundt dem.

Når omfattende forskning viser at relasjon er den mest virksomme enkeltfaktoren i psykisk helsevern, kan det være på sin plass å diskutere om dette er den rette måten å organisere en mottaksavdeling på. Er det mulig å ivareta relasjoner på en god nok måte under slike forutsetninger.

Som forsker frykter jeg at nye politiske føringer med pakkeforløp i psykisk helse, hvor det i enda større grad skal legges vekt på sikker, beviselig kunnskap, vil være et tilbakeslag for relasjonen. D synes paradoksalt at relasjon, som det eneste vi med sikkerhet kan si virker, ser ut til å bli nedprioritert.

## Referanser

1. Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B., Løkke Jon A. Perspektiver på psykiske på psykiske lidelser. Oslo; Gyldendal norsk forlag A/S; 2009.
2. Cahill j., Paley j., Hardy, j. What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the helpful relationships in mental health nursing. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2013; 20; 782 – 791.
3. Gunasekara I., Pentland T., Rodgers T., Patterson, S. What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people lived experience of service use. Mental International journal of health nursing. 2014; 23;101 – 109.
4. Topor A. & Denhov A. Inside the black box of working alliance. American journal of rehabilitation. 2012; 15; s. 239 – 254.
5. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented proffesionals: Helping relationships in mental health services. Journal of mental health, 2004; 13(5); 493 – 505.
6. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Cappelens forlag A/S; 1999.
7. Thornquist Elise. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen; Fagbokforlaget; 2012.
8. Gadamer HG. Sandhed og metode; grundtræk af en filosofisk hermeneutik. Århus: Academica; 2007.
9. Kvale S., Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2009.
10. Malterud K. Kvalitative metoder I medisinsk forskning -forutsetninger, muligheter og begrensninger. Den Norske Legeforening. 2002; 122: 2468-72.  
<http://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk...>
11. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
12. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo; Universitetsforlaget: 2011.
13. Helsinkideklarasjonen – etikkom,no...<http://www.etikkom.no>>FBIB>Praktisk//Lover-og...//Helsinkideklarasjonen/
14. Roness A. UTBRENT? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker. Oslo: Universitetsforlaget A/S; 1995.

15. Aubert A-M., Bakke IM. Utvikling av relasjonskompetnse. Nøkler til forståelse og rom for læring. Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2008.
16. Büssing, A., Falkenberg Z., Schopp, C.,Rodrigues Recchia, D. & Poier, D. Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. BMC Health Services Research. 2017; 1-13. doi: 10.1186/s12913-017-2445-3.

## Sammendrag

Mye forskning peker på relasjon og egenskaper hos terapeuten som en avgjørende faktor i pasientens bedringsprosess i psykisk helsearbeid. Min undersøkelse ønsker å kartlegge hva sykepleiere i en avdeling hvor pasienter er innlagt i opptil 24 timer, tenker om relasjon og personlige egenskaper. Kvalitativ metode ble brukt, og data ble samlet inn ved hjelp av en fokusgruppe. Data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering, og funnene viste at relasjon også har betydning i løpet av kort tid, men de var ikke enige om hva som var det beste tidspunktet å investere i relasjonen. Sykepleiere understreket det personlige og oppriktige som trengs for å få gode relasjoner. De mente relasjonelle ferdigheter kunne læres, men bare til et visst nivå. Det virkelige og naturlige ga en fordel. De la heller ikke skjul på at det koster emosjonelt å gå inn og ut av relasjoner. Konklusjonen er at relasjon betyr mye i en avdeling med svært kort tidsperspektiv, men det er vanskelig å få det til. De som har de relasjonelle egenskapene naturlig og intuitivt har en fordel på et slikt sted, men det koster å investere i relasjon og det er emosjonelt utmattende.

**Nøkkelord** «*Psykisk helse, 24-timers avdeling, kvalitativ metode, sykepleiere, førsteinntrykk, personlige egenskaper, utdanning og sliten*»



## Abstract

Much research points to the relationship and characteristics of the therapist as a decisive factor in the patient's recovery process in mental health work. My survey wants to chart what nurses in a department where patients are admitted for up to 24 hours thinking about relationship and personal characteristics. Qualitative method was used and data was collected using a focus group. Data was analyzed by means of systematic text condensation, and the findings showed that relationships also matter in a short period of time but they did not agree on what was the best time to invest in the relationship. Nurses emphasized the personal and sincere needed to get good relationships. They believed relational skills could be learned, but only to a certain level. The real and natural gave an advantage. They also do not hide the fact that it's emotionally costing to go in and out of relationships. The conclusion is that relationship means a lot in a department with a very short time perspective, but it is hard to get it. Those who have the relative qualities naturally and intuitively have an advantage in such a place, but it costs to invest in relationship and it is emotionally exhausting.

**Keywords** «Relationship, 24-hour department, focus group, systematic text condensation, nurses, first impressions, personal characteristics and tirednes»

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mitt første møte med psykiatri og psykisk helsearbeid, var tilbake i 1987 på en psykiatrisk institusjon i Stavanger. Jeg hadde ingen fagkunnskap på området og dermed ingen forutsetninger for å kunne vurdere hvem som gjorde en god jobb. Men, en ting la jeg merke til. Enkelte av miljøterapeutene fremhevet seg og fikk mye oppmerksomhet fra pasientene. De hadde det til felles at de skapte gode allianser eller relasjoner.

I psykiatrien har søket etter «sikker» kunnskap lenge vært overordnet det relasjonelle. Manualer og teknikker har vært viktigere enn det medmenneskelige og personlige (1). Dette til tross for at mye forskning har vist at det relasjonelle betyr mest (2, s. 367).

### 1.3 Tidligere forskning

Det er gjort en mengde studier om relasjonens betydning og hvilke personlige egenskaper som kreves for å etablere gode relasjoner. De viser at det relasjonelle er essensielt i psykisk helsearbeid og at pasienter ønsker seg terapeuter som ser dem som en person, som er oppmerksomme og oppriktige, som er støttende og fremmer håp (1-3,4,5).

### 1.2 Studiens formål

Denne studien er gjort i en avdeling hvor pasienter kun er innlagt i opptil 24 timer. Alle som innlegges må om denne. Det er en slags «sorteringsavdeling» hvor observasjoner gjort av miljøpersonell og legesamtale ved innkomst og utskrivelse, avgjør hvilken avdeling de skal videre overføres til. Jeg har ikke funnet noen andre undersøkelser om relasjon i en avdeling med så kort tidshorisont.

Formålet med undersøkelsen er å finne ut om det er mulig å etablere relasjoner under slike forutsetninger og hvilke personlige egenskaper trengs for å få det til. 1 fokus gruppe med 5 sykepleiere ble benyttet.

Jeg har valgt å se mine funn i lys av Løgstrup og «den etiske fordring». Jeg anser den som relevant da den fokuserer på betydningen av det relasjonelle i møtet med et annet menneske (6).

Følgende forskningsspørsmål ble utformet:

#### **1.4 Problemstilling**

«Hvilke muligheter er det for å etablere relasjoner med pasienter innlagt i kun 24 timer»

«Hvilke personlige egenskaper vektlegger sykepleieren i relasjonsetableringen med pasienter i en psykiatrisk avdeling hvor de kun er innlagt 24 timer»

## 2.0 Metode

### 2.1 Kvalitativ metode

Jeg har brukt kvalitativ metode og mine data ble samlet inn ved hjelp av ett fokusgruppeintervju. 5 sykepleiere ble valgt ut på grunn av bred felterfaring og god formidlingsevne (7, s. 56). Jeg kontaktet de direkte etter å ha fått godkjenning fra avdelingsleder der de jobber. Både avdelingsleder og informanter ble både skriftlig og muntlig informert om studien i forkant. Data ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse kalt «systematisk tekstkondensering» med følgende 4 faser: Få et helhetsinntrykk, identifisere meningsdannende enheter, abstrahere innholdet og sammenfatte betydningen (7, s. 98).

### 2.2 Ethiske refleksjoner

Jeg har forholdt meg til Helsinkideklarasjonen som i punkt 23,24 og 25 omtaler det som angår etisk komite, privatliv og konfidensialitet og informert samtykke (8)

Det var kun sykepleiere som deltok i undersøkelsen. Informert samtykke ble gitt og det ble innhentet godkjenning fra etikk komitè Helse Stavanger HF

### 2.3 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

Jeg har i tråd med Malterud forsøkt å være bevisst på at spørsmålet om relevans og validitet skal være gjennomgripende for hele undersøkelsen. Fra tema og teoretiske forut antakelser til valgt problemstilling. Jeg anså fokusgruppe som mest hensiktsmessig. Strategisk utvalg ble valgt med spesifikke inklusjonskriterier for å styrke den interne validiteten (7, s. 56) og øke potensialet for «overførbarhet» (7, s. 62). I intervjuet validerte jeg underveis med kontrollspørsmål (7, s. 182). Jeg valgte en forholdsvis rigid analysemetode, for å ikke miste «opprinnelsen» av synet og for at tolkningene skulle bli logiske og med hevet validitet (7, s. 111). Jeg har forsøkt å formidle meg i et forståelig språk; det Malterud betegner som «kommunikativ validitet» (7, s. 185) og har tenkt at undersøkelsen skal ha en originalitet og dermed gjøre en forskjell; «pragmatisk validitet» (7, s. 187).

### 3.0 Resultater

#### 3.1 Presentasjon av data

I dette kapitlet vil jeg i et fenomenologisk – hermeneutisk perspektiv presentere mine funn. Det fenomenologiske veklegges. Det er informantenes stemme som høres og min forforståelse blir satt til side så godt som mulig (7, s. 97).

Funnene presenteres med en overskrift.

Meningsinnholdet i teksten har til slutt endt opp i 4 kategorier – 1. Betyr farvel mer enn velkommen 2. Oppriktig interessert og trygg 3. Utdanning er ikke alt 4. La være å investere.

#### 3.2 «betyr farvel mer enn velkommen»

Informantene var enige om at det å etablere en relasjon med pasientene var av stor verdi selv om de skal forlate dem innen 24 timer. De brukte gjentatte innleggelses til å etablere mer langvarige relasjoner.

*«relasjon har en stor betydning, men vi har ikke tiden på vår side da. Det tar jo tid å bygge opp en relasjon – ofte, og vi bygger vår relasjon på kanskje gjentatte besøk. Når pasienten kommer igjen og igjen over tid så klarer vi å bygge en mer langvarig relasjon».*

Flere informanter vektla avslutningen på møte mer verdi enn det første møtet, og oppgav to grunner til det.

*«For av og til så kan det jo være mye armer og bein når en kommer inn, som ikke er så positivt for noen av partene. Men, som du sier hvis en får avsluttet det greit, så kan det bli et bedre møte en annen gang» eller «jeg opplever stadig at jeg bommer med første inntrykket – at jeg opplever en som en dust, men så er han helt fantastisk eller omvendt».*

En annen mente imidlertid at førsteinntrykket var essensielt og avgjørende for den videre relasjonen og grunnlaget ble lagt allerede i ankomsten.

*«Jeg tror det er en suksessfaktor faktisk, når de kommer inn døra, hvordan møter vi dem».*

Han informerte om en hendelse som underbygget dette.

*«Han var helt kataton. Han var ikke kontaktbar og vi la han som en tømmerstokk i sengen og vi gjorde sånn og jeg sa - det snur seg sikkert. Og så gikk det noen måneder og så treffer jeg han helt oppegående i gangen. Jeg ble helt på gråten – det var helt fantastisk. Og så går vi*

*fra hverandre en tretti meter og så roper han etter meg – jeg vet ikke hvem du er, men jeg må bare ta deg i hånda. Han kjente meg igjen når han var der han var, Du snakker om avtrykk*

Oppsummering: Informantene var enige om at relasjon var av stor betydning. Men, ikke like samstemte på når de skulle vektlegge det relasjonelle. De fleste mente å få til en god avslutning var viktigst. Men, det fantes unntak. Denne mente at det første møtet kunne sette dype spor som varte i lang tid. Å etablere gode relasjoner krever visse egenskaper.

### 3.3 «Oppriktig interessert og trygg»

Informantene var opptatt av det å være genuint tilstede og klare å finne noe hos den andre som en kan identifisere seg med for å etablere en virksom relasjon med pasienter.

*«Du må være, du må hensette deg i en posisjon hvor du klarer å være oppriktig interessert – å bry deg. Du må finne noe sympatisk med denne personen»*

En annen mente at det betinget at du brukte deg selv og dine nærmeste som referanseramme.

*«jeg tror vel også de greiene å dra ting inn til det personlige nivå. Er det her godt nok, er det sånn jeg ville hatt det viss det var min sønn, min bror. min far»*

Informanten viser til at det har vært praksis at private -og personlige aspekter skal holdes utenfor i omgang med pasienter. Men, at det ikke er forenlig med å etablere gode, hjelpsomme relasjoner.

Foruten evnen til oppriktig innlevelse og se den andres perspektiv, anså informantene trygghet som en essensiell egenskap. En egenskap som kom både pasienter og personalet til gode.

*«la oss ta vår egen N.N da, viss han er på jobb så føler jeg meg trygg. Ikke det at det er noe spesielt han gjør. Men, det du kan peke på er at han er oppriktig interessert, han snakker med alle, han bruker tid på og han er hyggelig og fordragelig. Han bruker ingen sånne fysiske trusler, han er ganske stor og kraftig, men likevel så gjør han ikke noe, det skal mye til før han bruker det. Det er noe med den tilstedeværelsen»*

Oppsummering:

Informantene anså en kombinasjon av det å være oppriktig interessert, å våge å by på deg selv, i kombinasjon med en vennlig, rolig og trygg væremåte, som det «ideelle». Med slike personlige egenskaper blir du attraktiv for både pasienter og kolleger, fordi det skaper en god atmosfære og alle kjenner seg sett og hørt.

De snakket også om noe udefinerbart, noe «med tilstedeværelsen».

### 3.4 «utdanning er ikke alt»

Informantene anså de egenskapene som behøves for å være en relasjonsbygger, som først og fremst medfødt og en «gave» du har fått, men at det også til dels kan læres.

*«Utdannelse må ikke spille en rolle viss du har de medfødte egenskapene og absolutt de kan læres og bevisstgjøres - til et visst nivå. Men, det vil aldri slå en genuin og medfødt egenskap, tror jeg. Enten så har du det eller så har du det ikke»*

En person ble trukket frem som et eksempel på «medfødte» relasjonelle egenskaper.

*«Jeg tenker tilbake til når jeg jobbet som ekstravakt. N.N som jeg jobbet med. Han tok aldri utdanning. Han var fantastisk flink tik å komme i dialog med folk, han var veldig oppmerksom»*

Andre viste til måter en kunne tilegne seg relasjonell kompetanse på gjennom å utfordre og bevisstgjøre hverandre i klinisk praksis og veiledning.

*«Nei, jeg tror du kan lære dem. Det handler om å bevisstgjøre folk. Ved tilbakemeldinger og/eller veiledning».*

Informanten mente personalet var litt for «snille» med hverandre. Han mente det hadde vært utviklende viss de hadde våget å påpeke overfor hverandre ord og handlinger som fikk pasienter til å reagere negativt.

Noen så også på skolebenken som en arena for bevisstgjøring av relasjonelle ferdigheter ved at du lærer om egne erfaringer og reaksjoner.

*«Det er gjerne en ting som man lærer på skolen og da og være litt bevisst på hvor den grensen går».*

En annen peker på at det du lærer kan adopteres som en del av din personlighet og erfaring og kan brukes i omgang med pasientene

*«Og det som har vært veldig spennende for meg, det er jo å både lese om disse intervusjonene og ikke bli fanatiker, men la teori fusjonere med egne erfaringer i praksis»*

Oppsummering:

Informantene vurderte egenskapene som skal til for å være en relasjonsbygger som først og fremst en naturgitt gave, men også noe som kan læres til et visst nivå. Videre at det ikke trenger å være enten eller, men både og. Teoretisk og praktisk læring kan utvikle allerede eksisterende relasjonelle ferdigheter

Utdanning eller ei. Det relasjonelle kan være krevende både emosjonelt og tidsmessig.

### **3.5 La være å investere**

Informantene påpekte at det å gå inn i korte møter for å etablere en god relasjon krever at du gir av deg selv og du kan bli berørt. Å gjøre dette til stadighet med vissheten om at pasientene skal videre til en ny post innen 24 timer, opplevde de som en emosjonell påkjenning og bidro noen ganger til distansering.

*«men relasjon 24 timer, det er et tveegget sverd det. Du investerer og du er bevisst på at det er nå du har sjansen, og så vet du at om 24 timer så er vedkommende vekk og du vil beskytte deg mot separasjon og investering. Kjenner alltid på den at det kan være vondt og vanskelig»*

Informantene pekte også på andre årsaker til at de noen ganger holdt tilbake på relasjonsbyggingen

*«Vi har vel gjerne hørt at hvis det er veldig travelt at noen holder tilbake på det relasjonelle med argumentasjonen— ja han skal jo videre. Det er jo noe med, det koster jo ganske mye å investere over tid da. Og så tror jeg nok alle, på en måte investerer litt mer i noen fordi en har gått litt tom»*

Stort pasienttrykk og tidspress tapper over tid. Personalet blir slitne og selektive i forhold til hvem de orker å engasjere seg i.



Oppsummering:

Informantene fortalte at det hendte at de unnlot å investere i det relasjonelle med pasientene, fordi det kostet emosjonelt og de gikk tomme. Det kombinert med tidspress, gjorde at de enten trakk seg tilbake eller ble selektive.

## 4.0 Diskusjon

### 4.1 Diskusjon av resultater

Mine data vil bli diskutert opp imot teoretisk referanseramme, foreliggende litteratur og forskning på området.

Diskusjonen er en frem og tilbake prosess hvor jeg vil se på mine data i lys av teori, forforståelse og ved hjelp av tolkninger forsøke å utvide forståelsen (9).

### 4.2 Betyr farvel mer enn velkommen

Informantene var enige om at det var viktig å få etablert en relasjon selv om tidsperspektivet var 24 timer, også fordi de kunne utnytte det ved en eventuell re-innleggelse.

De fleste informantene anså den avsluttende kontakten som viktigere enn det første møtet. At relasjon var utfordrende i første møtet, ble forklart med pasientens tilstand og omstendigheter rundt innleggelse.

Alvorlige forvirringstilstander, antagelser eller tidligere negative opplevelser med psykisk helsevern, medisiner, mistenksomhet og utrygghet kan være med på å vanskeliggjør det relasjonelle umiddelbart (10, s. 23). Ved stor psykisk smerte blir en fort selvsentret, og nyanser og blick for den andre mistes (11, s. 142). Løgstrup hevder at mennesker er grunnleggende tillitsfulle (6, s. 29), men at mistro kan oppstå av brutte personlige forventninger eller redsel og usikkerhet (6, s. 34). Sykepleier kan da fort bli personifisering av pasientens frykt og frustrasjoner. Det kan selvfølgelig også være motsatt at sykepleier er usikker på pasienten av ulike grunner. Begge deler kan bidra til en avventende kontakt i første omgang. Viss sykepleiers vurdering er gjort med respekt og kjærlighet til pasienten, vil det kunne være i tråd med fordringen. Men, hvis en mer nøytral og distansert tilnærming er valgt

av bekvemmelighetshensyn og sløvhet (6, s. 190), og handler om å ikke ville bli forstyrret i vår vante bekvemmelighet, fordi det krever mindre av oss (6, s. 190), vil det stride mot fordringen.

Men, de samme momentene som brukes for utsettelse av relasjon kan også være sterke argument for å vektlegge det første møtet. Utrygghet, sårbarhet og frykt kan gjøre pasienten mer årvåken, oppmerksom og følsom og sykepleier kan gjøre en forskjell. Lindseth sier at mennesket er genetisk disponert til å danne seg et fullverdig bilde av en annens personlighet, i løpet av sekunder, basert på utseendet, blikk, ansiktsuttrykk og kroppsholdning. (12, s. 9).

En av informantene hadde personlig erfart at det du sier og gjør i et bestemt møte kan ha stor betydning. Han hadde sagt noen få ord om håp til en pasient som tilsynelatende ikke var tilgjengelig og fått en stor respons måneder etterpå, selv om de ikke hadde truffet hverandre i mellomtiden. Tidligere forskning underbygger informantens erfaring (13).

Løgstrup mener det ville vært meningsløst viss møtet mellom mennesker ikke betød noe. Han hevder at for vår egen samvittighets skyld, skal vi være glade for at vi ikke vet hvor mye vi har betydd i positiv eller negativ retning (6, s. 37).

Tidligere forskning fremholder altså førsteinntrykk som relativt nøyaktig parameter for vurdering av nye bekjenskaper (13). Men, selv og førsteinntrykk har en meget sterk overlevelsessevne og i stor grad er styrende for våre disposisjoner (12, s. 23), kan det bli omgjort med ekstra innsats (12, s.10).

En informant snakket om opplevelser og erfaringer han hadde gjort i årenes løp. Førsteintrykket endret seg når han ble bedre kjent med vedkommende.

Dette er i tråd med Løgstrup som mener at et personlig møte vil oppløse et negativt førsteinntrykk, med mindre en inngrodd mistillit eller kulde ligger til grunn (6, s. 34). Han kan ikke forklare hvorfor (6, s. 35).

Tidligere forskning viser også at tiden kan nyansere og fortynne førsteinntrykket (13).. Melissa Ferguson hevder i Colvin at selv om raske vurderinger kan være gode ledetråder er vi ikke tanketomme roboter og har en viss fleksibilitet. Men, det kommer an på graden. Har sykepleier gjort et fundamentalt dårlig førsteinntrykk skal vedkommende vise seg frem på en veldig fordelaktig måte, nesten heroisk, for å endre inntrykket av seg selv. Motsatt, et godt førsteinntrykk kan også ødelegges med et ekstremt dårlig inntrykk i etterkant. Men det skal veldig mye mer til for å gjenopprette et dårlig førsteinntrykk (13).

Førsteintrykk fremholdes altså som relativt definerende, men det kan bli omgjort, med mindre det svikter fundamentalt eller at inngrodd mistillit og kulde har oppstått. Da må møtet gjøres personlig (6, s. 37). og de 24 timene sykepleier har til disposisjon må brukes godt.

Relasjon er viktig og tiden er relativt knapp enten relasjonen baseres på det første møtet eller mot slutten. For å etablere en fruktbar og meningsfull relasjon kreves det mer en fagkunnskap, men menneskekunnskap og «nødvendigheten av å anerkjenne en felles menneskelighet» (14, s.62).

#### 4.3 Oppriktig interessert, trygg og x-faktor

Pasienter som har beskrevet personalet som har vært til hjelp «viser til det å bli sett, hørt og respektert som en viktig faktor i bedringen deres» (14, s.62).

Informantene pekte på betydningen av å være oppriktig eller ekte, å være følelsesmessig engasjert i arbeidet. Å bli betraktet som et subjekt ser ut til å være av avgjørende betydning for pasienter som ofte opplever at den profesjonelle er mer opptatt av regler og det formelle enn selve individet (14).

Dette samsvarer med uttalelser pasienter har kommet med i tidligere forskning. Du må virkelig bry deg og være autentisk (11, s. 121)

Løstrup sier at vi gir innhold til hverandres verden med vår holdning, ikke teori og anskuelser (6, s. 40) Men, oppriktighet er ikke å «kjæle» med hverandre. (6, s. 43). Det kan være å si imot fordi jeg med min innsikt, fantasi og livsforståelse vet best (6, s. 42). På samme måte som å forsøke å pådytte den andre sin overbevisning ikke er forenlig med respekt og oppriktighet. (6, s. 47).

Nå er det nå en gang slik at mennesket ikke bare er godt og alltid tenker på den andres beste. Dette kan resultere i maktutøvelse, antipati, mistenksomhet og likegyldighet – gidder ikke å bry seg (6, s. 190). Videre kan sosiale normer – anvisninger som mer eller mindre presist gir en oppskrift på hva man skal og ikke skal gjøre (6, s.77) motvirke oppriktighet i tilnærmingen. Regler blir viktigere enn å ivareta den andres interesse på en hensiktsmessig og god måte (6, s. 139).

En av informantene var opptatt å våge å være personlig og by på seg selv (11, s. 134). Et initiativ som krever mot, men som fremsettes av pasienten som viktig i deres bedringsprosess (1-15). Løstrup mener at personlig nærvær er en forutsetning for å etablere tillit og

livsfornektende å la være (6, s. 35). Han mener vi unnlater å engasjere oss fordi det krever noe og vår bekvemmelighet blir forstyrret (6, s. 190).

Men, nærhet kan trenge grenser (14). Fagutøver kan bli overinvolvert og overveldet av pasientens følelser og miste den faglige distansen (16, s. 117). Det kan utvikle seg til det Løgstrup omtaler som «hyggeprat» hvor en fullstendig går opp i hverandres selskap, uten å være til noen slags hjelp (6, s. 46)

Andre egenskaper informantene fremhevet som relasjonsfremmende, var vennlighet, ro og trygghet. Trygghet blir sjelden definert, men i i kunnskapsforlagets bokmålsordbok står det «det å være trygg, sikkerhet, en følelse av». Det finnes mange måter å være trygg på (17, s.12). I denne sammenheng snakker vi nok om personlig trygghet. Å være trygg på seg selv med god selvtillit og et positivt selvbilde (17, s.12). Trygghet generelt handler om å kunne kontrollere uforutsette hendelser. At en har erfaring med den slags, forventer dem, og dermed kunne på en eller annen måte styre dem (18, s. 34). Terapeuten informantene fremhever virker til å være i besittelse av disse egenskapene - og det smitter. Tidligere forskning viser at trygt personalet, skaper en god og trygg atmosfære blant pasientene og i avdelingen og får frem det beste hos sine kolleger (19).

Trygghet kan være utsprunget av selve fundamentet i fordringen – tillit (6, s. 39). Den omtalte personen virker til å fremstå med en integrert personlighet hvor det er samsvar mellom det han sier og gjør. Han bruker ikke den makten han er tildelt, i form av sin rolle, til selvisk å utnytte andre. Han er «hel ved». Hans innsikt og livsforståelse gjør han trygg nok til å stå «på egne bein» og han bryr seg ikke om hva andre måtte mene om han (6, s. 82).

Til sist snakket informantene om en terapeut med en x -faktor. Bare med sitt blotte vesen ble han likt av både pasienter og personal. Han skapte ro, harmoni og en avslappet atmosfære rundt seg. Dette var samme person som ble nevnt i forbindelse med trygghet og her er det muligens en forbindelse. Med god selvtillit og selvbilde fremstår han naturlig og autentisk (17, s. 20).

En kan heller ikke se bort fra at han er «velsignet» med karisma. Karismatiske mennesker har en nærmest magnetisk tiltrekning på sine omgivelser. De er sjarmerende og det virker til å komme naturlig for dem. De har fokus utover seg selv og får den andre til å føle seg spesiell. De lytter og observerer og kommer med innspill som spesielt berører den som han interagerer med (20). Egenskapen er ikke medfødt, men noe alle kan tilegne seg med anstrengelser (12, s.175). Hovedingrediensene er godt humør, selvtillit, engasjement og empati (12, s. 176).

Med rett sinnelag kan en sik personlighet være en gave til pasientene. Han kan virkelig gjøre en forskjell. Men, personligheten kan også utnyttes til press og overgrep (6, s. 44).

Er personlige egenskaper som skissert overfor tilstrekkelig for å hjelpe en person i krise, eller kreves det noe mer?

#### 4.4 Hva med utdanning?

Utdanning er viktig i vårt samfunn og gjerne den ultimate bekreftelsen på at «du kan noe». Også innenfor helsevesenet er teoretisk bakgrunn en forutsetning for å skape grunnlag for sikker pleie (21). Men, kan det relasjonelle læres gjennom teori?

Løgstrup ser nødvendigheten av teori, men også en fare. Teori kan sette egen refleksjon ut av spill og bli til en fasit som iverksettes uten nærmere ettertanke (6, s.143).

En av informantene opplyste om en person han tidligere hadde jobbet med, uten helsefaglig bakgrunn, men med en «naturgitt» gave når det kom til å etablere allianser. Ifølge Pena er dette «å vite hvordan», en kunnskap som ikke kan språklig forklares. «Den er intuitiv, tilegnet gjennom praktisk erfaring, den er subjektiv og kontekstuell og kan ikke bli gjort rede for eksplisitt eller formelt» (22, s.5). Forståelse oppstår anstrengelsesløst når en ser likheter med tilsvarende erfaringer.

En skal ikke undervurdere den personlige og intuitive dømmekraften (21), men i en profesjonell sammenheng handler det om å sette signalene pasienten sender inn i en meningsfull kontekst (23, s. 96).

Keenan mener at intuisjon er verdifullt for den kreative delen av et spesifikt møte, og gir en verdifull kunnskap der og da, men at den begrenser seg i det videre arbeidet (24).

En av informantene, med lang erfaring i både liv og lære, snakker om hvordan han har integrert teori og erfaring som en del av sin personlighet og bruker det intuitivt og pragmatisk. «Eksperter har ikke lengre behov for analytiske prinsipper for å omsette sin forståelse av situasjonen til meningsfull handling» (21, s. 44). Han bruker ikke tid og krefter på å overveie alternative løsninger, de fremstår intuitivt for han (21).

Utdannelse eller ei, relasjoner kan være krevende.

#### 4.5 La være å investere

I relasjonelt arbeid er det en nødvendighet og la seg følelsesmessig berøre, men det kan også bli belastende (23, s. 207)).

Informantene oppga tidspress og emosjonelle kostnader som argument for å trekke seg tilbake. Büssing et al. kaller dette tilbaketrekningsfenomenet for «cool down reactions». Personen trekker seg tilbake for å unngå utbrenthet og sykemelding (25).

Men, det er lite effektivt, skal vi tro forskningen. Det kan virke mot sin hensikt, og snarere føre deg inn i en spiral av «elendighet». Det vil være negativt for pasientene og i neste omgang kunne slå tilbake på en selv, fordi en ikke klarer å leve opp til egne faglige, etiske og moralske standarder. Dårlig samvittighet vil oppstå og til sist vil dette kunne resultere i nettopp det som en med handlingen forsøkte å unngå – en blir utbrent. (25).

Dette er i tråd med Løgstrup, som sier at den enes lykke er den andres lykke. Og motsatt. Han sier viss den enkelte involverer seg i den andre med naturlig kjærlighet, vil begges liv bli bedre. Viss motivet derimot er kjærlighetsløst, for eksempel av plikt, vil begge få det verre (6, s.151).

Tidligere forskning har vist at en naturlig, oppriktig tilstedeværelse, i motsetning til en pliktbetont, kan beskytte mot emosjonell utmattelse. Den viser også at en ledelse som fokuserer mer på individet enn organisasjonen og gode støttende kolleger er beskyttende (25). Det samme med veiledning som kan få fagutøver ut av fastlåste mønster og ny læring kan oppnås (16, s. 134).

#### 4.6 Funnenes betydning

Løgstrup sier at i møtet med et annet menneske har vi alltid «en del av dens liv i våre hender». Når du jobber i en 24-timers avdeling har du potensielt ansvar for flere liv i løpet av en dag, Er det mulig å møte alle med den kjærlighet, livsforståelse, fantasi og innsikt som fordringen krever? Eller blir det fort en plikt? Mine funn kan tyde på at emosjonelle og tidsmessige kostnader kan bli så store at de trekker seg tilbake fra pasientene. Allerede i mottakelsen virker det som om flere distanserer seg og forklarer det med pasientens tilstand. Men, kan det ha med egen tilstand å gjøre og at pasientens tilstand blir brukt som en selvrettferdigende forklaring på at avdelingens krav og stress har overgått yteevnen (6, s. 171).

En annen forsker kunne muligens forstått funnene annerledes. Men dette fremsto som en mulig forklaring når jeg så funnene i sammenheng og vurdert opp imot tidligere forskning og teori.

#### 4.6.1 Ny kunnskap og implikasjoner for praksis

Viss mine antagelser stemmer kan det bety at en må se nærmere på avdelingens organisering. Det er gjerne unngåelig at det relasjonelle vil lide når pasienttrykket og tidspresset er så stort, og liggetiden så kort. Viss en opplever å «henge i tauene» kan ivaretagelse av egen helse fort bli viktigere enn pasientens (6, s. 190).

#### 4.7 Offentlige føringer

Nye offentlige føringer kan være med på å gi relasjonen dårligere premisser. Fra høsten 2018 implementeres pakkeforløp for psykisk helsevern trinnvis og gjelder for voksne fra 01.01.2019. Pakkeforløp vil si at spesialisthelsetjenesten skal standardisere tjenestene og strukturere utredning og behandling ut i fra det evidens -og kunnskapsbaserte. (26, s. 5).

Skepsisen har vært stor blant både fagfolk og brukere for at relasjon må vike for effektivitet, evidensbasert- og «rett» behandling (26, s. 41).

Men, det finnes også dem som ikke ser en motsetning mellom effektivitet og relasjon. Det setter bare større krav til terapeutens relasjonelle egenskaper (26, s. 40).

Tiden vil vise om skeptikerne får rett. Eller om pakkeforløp er et fremskritt for både fagfolk og de som skal benytte seg av tjenesten.

## 5.0 Konklusjon

Ifølge Løgstrup kan ikke menneske eksistere uten å inngå i relasjoner. Forskning har også vist hvor betydningsfullt det relasjonelle er i psykisk helsearbeid.

Det fremstår da forunderlig at en velger å opprette en avdeling hvor pasienter kun er innlagt i 24 timer og hvor det relasjonelle åpenbart må lide. Informantene snakket om at det var slitsomt å gå inn og ut av relasjoner, de gikk tomme og rasjonaliserte for seg selv med at «de skal jo videre uansett». De brukte pasientens tilstand som argument for å avvende det relasjonelle i mottagelsen. Sett i konteksten av mine funn fremstår det som et vikarierende argument og at den egentlige grunnen er at de ikke orker. Under slike forhold må nødvendigvis pasienten bli den skadelidende og kan fort få følelsen av å være en «pakke» som bare skal videreførdes.

At noen likevel lykkes med å møte pasientene på en god måte og skape en god atmosfære skyldes nok i stor grad personlige egenskaper hvor den enkelte er så trygg og rolig i situasjonen, at han til tross for avdelingens «kjas og mas» klarer å være tilstede for pasientene – og de ansatte.

Relasjon er omtrent det eneste vi kan si med sikkerhet har en effekt i psykisk helsearbeid. Da burde gjerne den avdelingen som er «inngangsporten» for mennesker med psykiske plager, organisert seg på en måte som gjorde det mulig å ivareta det vi vet virker og som pasienter tydelig uttrykker at de ønsker.



## Referanser

1. Borg M, Kristiansen K. Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 2004; 13(5); 493 – 505.
2. Haugsgjerd S., Jensen P., Karlsson B., Løkke Jon A. Perspektiver på psykiske på psykiske lidelser. Oslo; Gyldendal norsk forlag A/S; 2009.
3. Topor A. & Denhov A. Inside the black box of working alliance. *American journal of rehabilitation*. 2012; 15; s. 239 – 54.
4. Cahill j., Paley j., Hardy, j. What do patients find helpful in psychotherapy? Implications for the helpful relationships in mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013; 20; 782 – 91.
5. Gunasekara I., Pentland T., Rodgers T., Patterson, S. What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people lived experience of service use. *Mental International journal of health nursing*. 2014; 23; 101 – 09.
6. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Cappelen forlag A/S; 1999.
7. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo; Universitetsforlaget; 2011.
8. Helsinkideklarasjonen – etikkom,no...<http://www.etikkom.no>>FBIB>Praktisk//Lover-og...//Helsinkideklarasjonen/
9. Thornquist Elise. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen; Fagbokforlaget; 2012.
10. Thingnæs G., Johannessen JO. Mestringsbok ved psykose. Stavanger: Hertervig Akademiske; 2010.
11. Skårderud F., Sommerfeldt B. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2013.
12. Bredendorf Lindseth L. Sats på førsteintrykket. Her er vinnertipsene. Skien: J. W. Cappelen Forlag A/S; 2006.
13. Colvin R. The 10-second take. *Psychology Today*. 2015; 49-53, 88.
14. Borg M., Topor A. Virksomme relasjoner – om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo; Kommuneforlaget A/S; 2014.
15. Karlson B. Humanisme og psykiatrisk sykepleie. I; Karlsson, B. redaktør. Se mennesket – om forskning og klinisk arbeid i psykiatrisk sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2008.
16. Flage KHB. Veiledning. I: Oterholt F., Haugen GB. redaktør. Mening og mestring ved psykoselidelser. Oslo; Universitetsforlaget; 2002. S. 116-34.

17. Hylland Eriksen T. Tryggheten og dens motstandere. I: Hylland Eriksen T. redaktør. trygghet. Oslo: Universitetsforlaget; 2006. s. 11- 33.
18. Hammer E. Individualisering og trygghet i det senmoderne samfunn, I: Hylland Eriksen T. trygghet. Oslo: Universitetsforlaget; 2006. S. 33-53.
19. Louch G., O`hara J., Gardner P., O`connor DB. The daily relationships between staffing, safety perceptions and personality in hospital nursing: A longitudinal on-line diary study. *International journal of nurses studies*. 2016; s. 27-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.010>.
20. Katz D. What Makes People Likable? *Lesbian news*. 2012; Nov 12; vol. 34; s, 32-32.
21. Benner P. Fra novise til ekspert. TANO forlag A/S; 1995.
22. Pena A. The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective *Medical Education Online*. 2009; s. 1-10. DOI: 10.3402/meo.v15i0.4846.
23. Aubert A-M., Bakke IM. Utvikling av relasjonskompetnse. Nøkler til forståelse og rom for læring. Gyldendal Norsk Forlag A/S; 2008.
24. Keenan EK. INTRODUCTION TO THE BOOK REVIEWS. *Clinical Social Work Journal*. 2004; s. 349 -52.
25. Büssing, A., Falkenberg Z., Schopp, C.,Rodrigues Recchia, D. & Poier, D. Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. *BMC Health Services Research*. 2017; 1-13. doi: 10.1186/s12913-017-2445-3.
26. Eskeland A., Dahle UK. Implentering av pakkerforløp i psykisk helse -og rus. 2017 juni. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11186/thesis.pdf?sequence=2>
27. <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/referansestiler/vancouver/>

*Jeg vil avslutningsvis rette en stor takk til min veileder som har vist stor tålmodighet med meg underveis.*

*Videre vil jeg takke min kjæreste for hennes veldige konstruktive faglige innspill. For*

*hennes moralske støtte, for å ha opprettholdt troen min når jeg har vært i ferd med å gi opp.*

### Intervjuguide

<p>➤ Innledende spørsmål</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvor lenge er pasienter innlagt her?</li><li>• Hvilke problemstillinger er det snakk om?</li><li>• Hvor går de videre?</li></ul>
<p>➤ Hovedspørsmål</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva legger dere i begrepet «relasjon»?</li><li>• Hva forstår dere med «personlige egenskaper» i denne sammenhengen?</li><li>• Nå vil jeg dere skal tenke på en person i personalgruppen som lykkes med å skape gode relasjoner med pasienter.<ul style="list-style-type: none"><li>- Hva er det med denne personen, hva har han, hva gjør han, hva karakteriserer han?</li><li>- Momenter å komme innom, hvis de ikke blir berørt: Engasjert, interessert, god lytter, genuin, viser seg frem som person- byr på seg selv, tilgjengelig, tillitsfull, humor, gir det lille ekstra, tålmodig – tar seg tid</li></ul></li><li>• Hvordan tenker dere om relasjon her på en akutt post, hvor pasienter kun er innlagt opptil et døgn, hvilken betydning har det?</li></ul>

## **Vedlegg 2**

### ***Informert samtykke***

Jeg skal gjøre en undersøkelse om temaet «relasjon», da litteratur og tidligere forskning fremhever betydningen av relasjonen mellom psykisk helsearbeider og pasienten som en avgjørende faktor og at den psykiske helsearbeideren som person spiller en viktig rolle i etableringen av relasjoner.

Min undersøkelse tar sikte på å få frem hvilke personlige egenskaper den psykiske helsearbeideren vil trekke frem i denne sammenhengen. Og hvilken betydning dette har i en akutt avdeling hvor pasienter er innlagt i opptil et døgn.

Jeg vil benytte meg av fokusgruppe for å fremskaffe data og ønsker en 5-8 informanter/deltakere. Å delta er selvfølgelig frivillig og informantene kan når som helst trekke seg fra undersøkelsen. Personlige data vil bli anonymisert.

Det vil bli benyttet båndopptager og data som fremkommer vil bli lagret i en kryptert fil. Deltagerne kan få adgang til transkripsjon og analyse av data, hvis ønskelig.

Foruten meg som forsker er det min veileder på UIS, Trond Grønnestad, som vil ha adgang til intervjuet.

Undersøkelsen skal presenteres som en artikkel og jeg forbeholder meg retten til å offentliggjøre resultatet.

Jeg velger å henvende meg gjennom deg som avdelingsleder for å unngå at deltakere føler seg presset til å være med i undersøkelsen.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrifter \_\_\_\_\_

