



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl 14.00

Kandidatnr.: 32

Antall ord: 7064

**Tittel: Forhold som styrker sykepleierens relasjoner med pasienter innen  
akuttpsykiatrien.**

**Utdanning: Bachelor i sykepleie, HSH.**

**Avdeling: Haugesund**

**Kull: 2011**

**Antall ord: 7064**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** På et akuttmottak opplever sykepleiere å møte mennesker som befinner seg midt oppe i en personlig krise. I slike situasjoner er det krevende for pleierne å vite hvordan man skal gå frem for å starte en god relasjon med pasienten. Det foreligger en god del forskning på dette området som kan være til hjelp for sykepleierne, men utfordringene er av en sådan art at området krever kontinuerlig fagutvikling, refleksjon og bearbeiding for å sørge for at man kan møte pasientene med kompetanse, empati og medmenneskelighet.

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å synliggjøre hvilke alternativer sykepleieren har for å være forberedt til det første møtet med pasienten på et akuttpsykiatrisk mottak, og dermed starte relasjonsbyggingen umiddelbart.

**Problemstilling:** "Hvilke forhold kan styrke sykepleierens relasjoner med pasienter innen akuttpsykiatrien."

**Metode:** Oppgaven er utført med litteraturstudie som metode. Det er anvendt forskningsartikler og teori som er relevant for det valgte temaet.

**Funn:** Det finnes flere muligheter for sykepleieren ved det første møtet med pasienter i et akuttpsykiatrisk mottak. Forskningen på feltet viser til at pleierne må kunne jevnstille seg med pasientene, styre unna egne fordommer, se situasjonen fra pasientens perspektiv, tilrettelegge for gjensidig tillit og respekt, samt å ha evnen til å finne nytenkende og alternative tilnærminger.

## **Abstract**

**Background:** In an acute psychiatric ward, nurses will experience meetings with patients who are in the middle of a personal crisis. It is challenging in these situations for the nurses to know how to approach the patient in order to start a good relation. There are a good amount of research in this area that could be of help for the nurses, but the challenges are of such nature that the field requires continual professional development, ethical reflection and processing in order to make sure the nurses can meet the patients with competence, empathy and compassion.

**Purpose:** The purpose of this study is to demonstrate which options the nurse has in order to be prepared for the first meeting with the patient in an acute psychiatric ward, thus enabling the immediate work of founding a relation.

**Question:** "What conditions could enhance nurses' relations with patients within the acute psychiatry."

**Method:** The study has been performed using a literature study as method. It is applied scientific research and literature that both have relevance for the chosen subject.

**Findings:** There are several options for the nurse at the first meeting with the patient in an acute psychiatric ward. Field research shows that nurses have to be able to even themselves with the patients, steer away from prejudices, take the patient's perspective on the situation, facilitate mutual trust and respect and have the ability to find innovative and alternative approaches.

## Innholdsfortegnelse:

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Fundament for tema og problemstilling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Avgrensninger</b> .....	<b>2</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 Psykiske lidelser</b> .....	<b>2</b>
<b>2.2 Relasjoner</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3 Teoretisk perspektiv</b> .....	<b>4</b>
<b>2.4 Innfallsvinkler til dialog mellom pleier og pasient - ulike teorier</b> .....	<b>4</b>
<b>2.5 Sykepleieintervensjoner - psykisk sykepleie</b> .....	<b>7</b>
<b>2.6 Pasientinvolvering</b> .....	<b>7</b>
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Om metode som verktøy</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Litteraturstudie</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3 Metodeprosessen</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3.1 Mine forskningssøk</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3.2 Kritikk av kilder og etiske overveielser</b> .....	<b>11</b>
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>11</b>
<b>4.1 Studie 1</b> .....	<b>11</b>
<b>4.2 Studie 2</b> .....	<b>12</b>
<b>4.3 Studie 3</b> .....	<b>12</b>
<b>4.4 Studie 4</b> .....	<b>13</b>
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>13</b>
<b>5.1 Det første møtet</b> .....	<b>14</b>
<b>5.2 Tillitskaping på arbeidsplassen</b> .....	<b>15</b>
<b>5.3 Anerkjennelse av pasienten</b> .....	<b>16</b>
<b>5.4 Om å finne nye tilnærminger</b> .....	<b>17</b>
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>18</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>19</b>

# 1.0 Innledning

## 1.1 Fundament for tema og problemstilling

Mitt valgte temaområde for bacheloroppgaven er psykisk helse. Jeg har hatt min praksisperiode ved det psykiatriske akuttmottaket ved Haugesund sykehus og har for øyeblikket en ekstravaktstilling ved denne institusjonen. Jeg ønsker gjennom denne oppgaven å få et enda større innblikk i hverdagen ved en akuttpsykiatrisk klinikk og videre sette denne læringen ut i praksis.

Fra min erfaring på akuttmottaket har jeg opplevd å møte mennesker som er svært langt nede psykisk så vel som fysisk. Det oppleves veldig vanskelig å finne de rette ordene eller handlingene for å skape en dialog med pasientene. For å bidra til å gjenopprette balansen hos pasienten etter beste evne på et akuttmottak må man kunne være allsidig og kunne tilpasse seg etter hva pasienten har behov for der og da. Det handler om å kunne starte en relasjon sammen så raskt som mulig slik at pasienten kommer i bedring forttere. Med denne oppgaven vil jeg sette lys på viktigheten av å ha en god relasjon til pasientene, viktigheten av pasientene blir sett og hørt og tillitskaping under vanskelige omgivelser da dette legger grunnlaget for den videre psykiske helsehjelpen.

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) skriver i sitt forord at så mange som 50 000 nordmenn har en eller annen form for alvorlig psykiatrisk lidelse. Av disse regner de med at 20 000 har behov for varige behandling og bistand. De beskriver at den psykoterapeutiske holdningen, altså den bevisste, hensiktsmessige og helsefremmende måten man opptrer på i møte med den psykisk lidende er meget relevant for personer som arbeider innen psykisk helsevern. Bevissthet og faglig kunnskap om holdninger og atferd i kliniske møter er like viktig for sykepleieren som for psykologen, sosionomen, vernepleieren og de øvrige profesjonsgruppene (Skårderud et al., 2010).

Iversen (2009, s. 244-245) skriver at ved et akutt psykisk traume vil det essensielle vanligvis være å gjenopprette en balanse, først og fremst i livsviktige, og senere i andre viktige funksjoner. Senere når pasienten har fått samlet seg kan man begynne å arbeide mer spesifikt og målrettet på bakgrunn av dialog pleier og pasient i mellom. Dette forholdet kan altså etableres etter den akutte fase har avtatt (Iversen, 2009).

Ut i fra dette har jeg valgt følgende problemstilling: *Hvilke forhold kan styrke sykepleierens relasjoner med pasienter innen akuttpsykiatrien?*

## **1.2 Avgrensninger**

Jeg mener min problemstilling er viktig da den tar opp den måten man ønsker at pasienter ved en psykiatrisk avdeling skal bli møtt og behandlet. De etiske problemene kan være mange og utfordrende ved en slik institusjon, men man skal alltid ha pasientens beste i bakhodet og det faktum at en møter mennesker som er svært langt nede i forhold til selvbilde, selvtillit og psykisk stemningsleie.

Da personer med en eller flere psykiske lidelser befinner seg i mange forskjellige steder for behandling, i hjemmet, akuttmottak, distrikpsykiatriske sentre eller andre helseinstitusjoner, har jeg valgt å avgrense min oppgave til å omhandle kun akuttpsykiatrisk mottak for voksne. Videre har jeg valgt å ikke skrive om pårørendes rolle innen akuttpsykiatri da jeg mener det er mindre relevant for oppgaven. Jeg ønsker også å presisere terminologien i forhold til de involverte parter i oppgaven - sykepleieren og pasienten. Begreper på begge parter vil gå om hverandre da de i utvalgt teori og forskningsartikler er omtalt av ulik art. Sykepleieren kan være pleieren, hjelperen, terapeuten, helsearbeideren og yrkesutøveren, mens pasienten kan være brukeren, klienten og omsorgsmottakeren.

## **2.0 Teori**

Da min oppgave omhandler relasjonsbygging mellom pleier og pasient ønsker jeg å trekke frem teori som omhandler: generelt om psykisk lidelse og relasjoner og hvordan man kan møte, behandle og skape tillit til pasientene som befinner seg i denne kategorien. Videre har jeg valgt ut Travelbees sykepleieteori med grunnlag i hennes bakgrunn som sykepleier innen psykiatrien og hennes måte å fjerne stigmatiseringen når det gjelder roller i pleier-pasientforholdet.

### **2.1 Psykiske lidelser**

Skårderud et al. (2010, s. 29-32) skriver at psykiske lidelser og psykisk helse kan være vanskelige fenomener å forholde seg til. Personer som jobber innenfor det psykiske fagfeltet må forstå at det finnes mye en ikke forstår. Det er nødvendig med en slik ydmyk innstilling, og det en ikke forstår kan fungere både som en motiverende og en frustrerende faktor. De

ulike lidelseformene som er kategorisert under psykiske lidelser kan være sorg, depresjon, angst, frykt, psykose, stemningslidelse, suicidalitet, selvskading og personlighetsforstyrrelse (Skårderud et al., 2010).

Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006, s.51) beskriver en psykisk lidelse som å oppleve at ens indre liv er i ferd med å utvikle seg til et uoversiktlig og uforståelig kaos, og at for noen er dette ikke til å leve med. Det er kanskje det verste man som menneske kan oppleve, svikten av et stabilt indre akkurat når har behov for det. Det å bli psykisk syk oppleves av mange som å miste noe av seg selv. Noen har beskrevet det som et indre jordskjelv, eller som mareritt i våken tilstand. Den indre tryggheten og tilliten til en selv blir røkket ved. Det er vanskelig å vite hva som er stabilt og pålitelig når angst og sansebedrag blir en del av hverdagen. I slike vanskelige situasjoner kan det være vanskelig å se for seg hvem eller hva som skal representere hjelpen (Ingeberg et al., 2006).

## **2.2 Relasjoner**

Lingås og Herheim (2008, s. 68-73) sier at en relasjon beskriver hvilket forhold det er mellom personer, hvordan de er knyttet sammen og hvordan de oppfatter hverandre. De relasjonene vi har til andre er av stor betydning for hvordan vi ser oss selv og hvordan vi har det. Relasjoner varierer i form og nærhet. Mange har tette relasjoner til familie og venner. Disse relasjonene preges ofte av vi samtaler åpent om og deler mer av tankene våre. Mindre nære relasjoner har man som oftest til kolleger eller medstudenter. Disse forholdene preges av litt mer formelle vis å snakke og være sammen på. Dette vises gjerne igjen ved at man ikke betror seg på samme måte i disse relasjonene og holder temaene gjerne overfladisk. Relasjoner betyr mye for den enkeltes helse. Det er sånn at vi holder oss friskere og har det bedre dersom vi oppnår gode relasjoner og godt nettverk - dette kan forklares gjennom tilførselen av sosial støtte, praktisk støtte og emosjonell støtte. Dette er med på å styrke individet slik at det kan tåle større påkjenninger og slik minske risikoen for utslag i en psykisk lidelse. I en profesjonell relasjon skiller det seg fra en privat relasjon ved at man har klarlagte roller og bestemte formål. Innen psykisk helsearbeid er formålet at yrkesutøveren på forskjellige måter skal støtte og hjelpe brukeren. Rollene som inngår i relasjonen er derfor kjennetegnet av at det knyttes ulike forventninger til pleieren og brukeren. Det er forventet at brukeren åpner seg og forteller, mens yrkesutøveren ikke deler sine private anliggender. Denne relasjonen blir beskrevet som asymmetrisk ved at begge parter er involvert likeverdige, men maktbalansen forskyves i pleierens retning da denne ikke har behov for hjelp eller støtte. Denne



maktfordelingen er viktig å være bevisst på og håndtere den på en skånsom måte slik at man ikke forverrer pasientens sårbarhet (Lingås og Herheim, 2008).

Sundet (2007, s. 312-313) nevner terapeutisk allianse som et begrep i sammenheng med terapeutisk relasjon, uten at de kan ses på synonymt. En terapeutisk allianse refererer til kvaliteten og styrken ved samarbeidsrelasjonen mellom klient og terapeut i terapi. Det inkluderer et positivt affektivt bånd mellom klient og terapeut, slik som gjensidig tillit, å like, respekt, omsorg eller å bry seg om. Det innbefatter også mer kognitive aspekt av relasjonen, som enighet om terapiens mål, en aktiv forpliktelse og engasjement og metodene som brukes for å nå disse målene (Sundet, 2007).

### **2.3 Teoretisk perspektiv**

Dalland (2013, s.134) sier at hensikten med en teori er å komme frem til en enklest og best mulig treffende beskrivelse av virkeligheten. Når vi bruker uttrykket teoretisk perspektiv, innebærer det at vi velger å se problemet vårt i lys av en bestemt teori (Dalland, 2013).

Holme og Solvang (1996, s. 50-51) skriver at sentralt i ethvert vitenskapelig arbeid står ønsket om å utvikle en stadig bedre forståelse av de fenomenene en arbeider med. I dette arbeidet er en avhengig av teorier og teoriutvikling. Form og innhold i en teori kan variere mye. Like fullt har alle teorier det til felles at de er en sammenfatning av konkrete fenomen. Gjennom dette skal en så bli bedre i stand til å forstå, forklare og forutsi fenomenene (Holme og Solvang, 1996).

Innenfor min valgte teori har jeg tatt for meg ulike perspektiver på relasjonsbygging mellom pleier og pasient. Litteraturen er hentet fra fagfolk som har spesialisert seg i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser. Jeg vil trekke ut likheter, ulikheter og sammenligninger mellom hvert perspektiv.

### **2.4 Innfallsvinkler til dialog mellom pleier og pasient - ulike teorier**

Kristoffersen (2005, s. 26-29) skriver om Travelbees innfallsvinkler for både sykepleier og pasient. Først og fremst definerer Travelbee mennesket som unikt og enkeltstående og ulikt alle andre individer som lever eller har levd. Fra et sykepleieståsted mener Travelbee at lidelse og smerte er en uunngåelig del av livet og sykepleien består ut i fra dette i å hjelpe

individet å finne mening i sykdommen eller lidelsen. Videre gir dette fundamentet for sykepleierens overordnede funksjon i følge Travelbee, nemlig å bistå individet i å finne mening, bære og mestre de erfaringene som lidelser og sykdom bringer med seg. I forhold til pasientens ståsted mener Travelbee at et menneske er sykepleierens pasient når det søker bistand fordi det opplever en krise eller et problem. Man kan aldri vite hvordan individet vil reagere på sin sykdom eller lidelse før man sammen med pasienten har utforsket situasjonen for å undersøke hvilke meninger han/hun tillegger sin tilstand. Et punkt som er viktig for oppgaven og som Travelbee tar for seg er etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. For at et slikt forhold skal kunne oppstå må begge parter overvinne det stadiet hvor man betrakter den ene parten som en definert rolle - man møter hverandre som individer, ikke som pleier og pasient. Dette forholdet består av fem punkter - det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Kristoffersen, 2005).

Hummelvoll (2012, s. 431-433) sier at sykepleier-pasient-felleskapet bygger på en helhetlig og eksistensiell-humanistisk tenkning. Denne tenkningen er gjerne ikke så mye i vinden per dags dato med tanke på vektleggingen av rask diagnostisering og generaliserte behandlingsformer. Uansett vil den eksistensielle tilnærmingen alltid være aktuelt så lenge man så lenge det dreier seg om forståelse av menneskers livssituasjon og deres måte å være i verden på, med de problemer og utfordringer de møter med hensyn til frihet og ansvar for valg i ulike livssituasjoner. Utfordringen for hjelperen er å nullstille seg - parentessette egen forforståelse og egne fordommer for å øke evnen til mottagelighet. For å bedre kunne lære pasienten å kjenne behøves det tid og rom slik at han/hun kan komme frem som en ny person. I en akuttavdeling har denne eksistensielle tilnærmingen dårlige arbeidsvilkår - pasienten blir ofte kategorisert i henhold, og redusert, til sin diagnose. Ofte blir primæroppgaven å stabilisere pasientens tilstand ved hjelp av medisiner, beroligelse og vennlighet. Derfor blir mindre oppmerksomhet viet spørsmål om hvordan vedkommendes livsmiljø er. Hjelpernes viktigste bidrag er omsorg og lindring av ulike lidelser. Man kan subkategorisere lidelsene inn i fire grupper - sykdomslidelse ( opplevelsen av sykdomstilstand), eksistensiell lidelse ( fravær av mål og/eller mening med livet), omsorgs- og behandlinglidelse ( savn av reell relasjon, fratagelse av autonomi) og sosial lidelse ( reduserte muligheter til samfunnsdeltagelse). God psykiatrisk sykepleie vil innebære en nyansert forståelse av de ulike lidelseformene og sette seg inn i hva pasienten behøver for å lindre lidelseintrykket (Hummelvoll, 2012).

Denne teorien kan sammenlignes med Travelbees meninger da de begge legger vekt på forståelsen av menneskets lidelse og at begge vil nedkjempe maktbalansen mellom pleier og pasient. For å få etablert en relasjon er både utviskingen av roller og nullstillelsen av egen forforståelsen noe som er felles for begge teoriene. Travelbee vil ha vekk begrepet og rollen pasient, mens Hummevoll vil ha vekk reduseringen av individet til en diagnose.

Seikkula (2012, s. 159-161) sier at når individer i dialog er i konflikt med hverandre, handler ikke samtalen om å drøfte problemer og konflikter eller å få dem ut av verden. Tvert imot, gjennom dialogen kan forskjellen mellom språkene skape nye og uforutsette alternativer. Ved en monologisk dialog foregår dialogen som et intervju, mens en dialogisk dialog kan være åpen og uendelig, man sluttbehandler ikke samtaleemnene, derimot skaper selve samtalen hele tiden nye temaer. I en terapeutisk samtale forsøker man ikke å finne en bestemt mening, men heller å løfte frem konflikter og drøfte disse. Her letes det ikke etter vinnere eller entydige løsninger, men man prøver først og fremst å finne en ny åpning gjennom samtalen. Terapiformene er naturligvis forskjellige. Mens man i psykoanalytisk arbeid prøver å forstå og gjennomgå nevrotiske konflikter, ønsker man i konstruktivistiskterapi heller å snakke om det usagte og skape rom for åpne fortellinger om nye, annerledes alternativer. I en terapeutisk samtale skapes forståelsen først mellom terapeut og klient. Ordene kan da få en indre, psykisk skapende betydning. Forutsetningen er at de utvider seg og åpner opp for nye synsvinkler om det som er snakket om tidligere. Det sies å være en generell sannhet at terapi ikke bare er å svare på spørsmål eller å gi råd (Seikkula, 2012).

Seikkulas teori kan på noen punkter også minne om Hummevolls tanker. Seikkula snakker om en dialogisk dialog hvor det er ingen satte premisser og samtalene kan være åpne og uendelige, mens Hummevoll er inne på det samme når det sies at pasienten behøver tid og rom for å kunne stå frem som det individet det egentlig er. Det kan også trekkes paralleller fra det negativt ladde begrepet som Seikkula beskriver, monologisk dialog, hvor pleieren intervjuer pasienten og kommunikasjonen foregår kun en vei til Hummevolls bekymringer for dagens behandling med generaliserte behandlingsformer og snare diagnoser.

Ingeberg et al. (2006, s. 182-183) sier at for fremtidige yrkesutøvere kan det være nødvendig å tilegne seg og trene på kommunikasjonsferdigheter. Det er viktig å være klar over språkets betydning. Det faktum at vi yter omsorg, betyr at vi i utgangspunktet er i en asymmetrisk relasjon til den som mottar omsorg. For å fjerne eller redusere avstanden mellom yrkesutøverne og den andre som tar del i relasjonen, er det nødvendig at hjelperne anerkjenner

denne andre personen i relasjonen. Å føle seg sett er viktig for alle mennesker. For en person som befinner seg midt oppe i en psykisk belastende situasjon, er det i høyeste grad viktig. Et svekket selvbilde og en brist i meningsevnen kan forsterkes dersom vedkommende blir oversett og føler seg neglisjert for respons. Det er også viktig for yrkesutøveren å være klar over måten man ordlegger seg. En overdreven bruk av fagterminologi kan være med å skape avstand mellom hjelperne og brukerne (Ingeberg et al., 2006).

Denne teorien har likhetstrekk med alle de tre ovenfornevnte gjennom den skjeve maktbalansen som teoriene tar opp. Travelbee, Hummelvoll og Seikkula legger vekt på viktigheten av deltagelsen av pasienten i samtalen.

## **2.5 Sykepleieintervensjoner - psykisk sykepleie**

Krogh (2005, s. 194) skriver om psykiatrisk sykepleie i form av intervensjoner som skal hjelpe individet her og nå og på sikt. Sykepleieintervensjoner defineres av forfatteren som "en enkelthandling sykepleieren gjør for å løse, fjerne eller forebygge problematisk behovstilfredstillelse som følge av pasientens helseproblem". Dette vil i tur være gunstig i pleierens videre samhandling med pasienten. Innen psykiatrisk sykepleie er svært få intervensjoner planlagt utført, men kommer som svar på hypoteser som sykepleieren danner i samspillsituasjoner med pasienten. Hypotesene stammer fra teorier om hva som er årsaken til pasientens atferd og hva som kan hjelpe pasienten nå og i fremtiden. Alle intervensjonene inneholder likevel flere faste terapeutiske elementer som bidrar til en psykoterapeutisk effekt. Å intervenere målrettet i psykiatrisk sykepleie vil si å velge riktig samhandlingsaktiviteter og samhandlingsmønster i forhold til situasjon og kontekst. Videre må samhandlingen være basert på terapeutiske prinsipper som tar hensyn til både pasientens sykdomsbilde og kontaktforholdet som er rammen for intervensjonen (Krogh, 2005).

Krogh peker altså på mulige teorier sykepleieren kan ha i samspill med pasient. Det sies også at intervensjonene er som oftest spontane. Dette kan da kobles sammen med Seikkulas åpne samtaler hvor ingenting er fastsatt på forhånd. Ved at intervensjonen skjer uten planlegging kan det gi rom til nye emner innenfor samtalen som kan være med på se konflikter fra andre innfallsvinkler.

## **2.6 Pasientinvolvering**

Skauli (2007, s. 105) sier at klientens opplevelse av relasjonen til behandleren dreier seg om å oppleve seg respektert, hørt, forstått og bekreftet, samt at terapeuten oppleves som genuint interessert og engasjert. I tillegg nevnes det at en god relasjon kan avhenge av at pleier og pasient er kompatible i forhold til væremåte og verdenssyn. For at klienten skal føle seg verdsatt er det vesentlig å lytte til klientens historie uten å fortolke. Klientens syn på behandlingsprosessen er en svært viktig suksessfaktor i behandling. Skauli forteller også at det foreligger mye forskning som viser at klientens vurdering av relasjonen til terapeuten er essensiell for hvordan behandlingen lykkes (Skauli, 2007).

Långdahl (2007, s. 182-186) kommer med en del aspekter som klienter innen psykiatrien har vurdert behandlerne etter. Ved å endre fokus i samtalen pleier og pasient i mellom kan man nesten på egen hånd utrette mirakler. Hovedfokuset for dialogen bør være på pasientens ressurser og ønsker for fremtiden i stedet for å rette oppmerksomheten mot pasientens problem, diagnose og historie. Videre viser det seg at det å sette ord på hva man gjør sammen med pasienten er svært nyttig, både det som fungerer for pasienten og det som fungerer for pleierne. Til slutt vil det å la pasienten få medvirke i høyest mulig grad og etterspør vurdering og tilbakemelding etter endt behandling fra pasienten bidra til å utvikle bedre vis å møte pasienter på i fremtiden (Långdahl, 2007).

Aarre (2010, s.140-141) sier at helsearbeidere lever av tillit. Tilliten øker når pasientene opplever at de blir aktivt involvert i alt som har med dem å gjøre. Involvering øker også pasientens ansvarsfølelse slik at den enkelte i større grad kjenner seg ansvarlig for sin egen behandling. Helsepersonell bør se på brukermedvirkning som en moralsk plikt og en uunnværlig klinisk metode (Aarre, 2010).

## **3.0 Metode**

### **3.1 Om metode som verktøy**

Dalland (2013, s. 111-117) sier at metoden sier oss noe om hvordan man bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden bistår en i innsamlingen av data, med det menes informasjonen som man behøver i ens undersøkelse. Innenfor metodefeltet finnes det to grupper av metoder, kvalitative og

kvantitative metoder. Førstnevnte tar sikte på å fange opp en mening og/eller opplevelse; altså abstrakte aspekter som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den andre gruppen har sin forse i at den gir en data i form av målbare enheter. Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2013).

### **3.2 Litteraturstudie**

Befring (2007, s. 51-52) skriver at litteraturstudie er forskningsopplegg som innebærer at publisert forskning er hovedmaterialet for undersøkelsen. Gjennomgang og vurdering av tilgjengelig forskning har historisk sett vært essensielt for å få innsikt i hva som er gjeldende kunnskap innen et område. Her handler det derimot om å legge dette til grunn som hovedmateriale for sitt eget forskningsarbeid. Dette innebærer praktisk talt å gå systematisk gjennom de publikasjonene som finnes på området, og ut i fra disse forsøke å finne frem til de konklusjonene som synes å være plausible. Litteraturstudie innehar en posisjon som et akseptert forskningsopplegg for masteroppgaver og doktoravhandlinger, og som nevnt tidligere vil en ved slik forskning primært benytte seg tidsskrifter og andre publiserte på det temaet som er valgt. I hovedtrekk vil et litteraturstudie kunne bidra til relevant forskning ved å oppsummere sentrale teorier, funn og konklusjoner, klargjøre hvilke konklusjoner som har sterk eller svak støtte i forskningslitteraturen, avdekke inkonsistente funn og peke på problemstillinger som har blitt lite utforsket, oppsummere hovedtendenser ved bruk av forskningsmetoder, avdekke grunnlagspremisser og eventuelle skråvinklinger ved foreliggende forskning og til gi en vurdering av fremtidige forskningsbehov på området (Befring, 2007).

### **3.3 Metodeprosessen**

#### **3.3.1 Mine forskningssøk**

Denne oppgaven er definert som et litteraturstudie og dette skal komme frem i både resultatdelen og drøftingsdelen hvor publisert forskning for mitt valgte emne og problemstilling skal kunne gi svar på oppgavens problemformulering. Jeg har valgt å bruke den helsefaglige og engelskspråklige søkemotoren Cinahl. Kriterier til søket har vært: Fulltekst er tilgjengelig og helst i PDF-format, hovedforfatteren av forskningsartikkelen er utdannet sykepleier, forskningsartikkelen er ikke mer enn 10 år gammel og at artikkelen har

vært fagfellevurdert. Med en slik gjennomgang og vurdering av tilgjengelig forskning følger jeg det Befring (2007) sier for å kunne innhente gjeldende kunnskap på området. Mitt fokus for søket var perspektivet fra pleierens side ved relasjonsbygging med pasienter. Da kun en liten del av forskningen på global basis består av et av de skandinaviske språk, har jeg primært valgt å søke på engelsk. Søkeordene som jeg brukte var: psychiatric nursing + relationships, psychiatric nursing + therapeutic contact og etter veiledende råd Eriksen + recognition as a valued human being. Artikkene som jeg valgte ut fulgte Befring (2007) råd ved at jeg trakk ut de studiene som hadde de mest plausible konklusjonene i forhold til problemstillingen min. Den første artikkelen jeg valgte (The 'difficult' nurse-patient relationship: development and evaluation of an e-learning package av Brunero og Lamont, 2010) var grunnet dens innovative tilnærming til det første møtet med "vanskelige pasienter". Her er et nytt og fiktivt dataprogram implementert ved en psykiatrisk avdeling til pleierne som gir dem fiktive case med en rekke handlingsalternativer, hvorpå sykepleierne mente dette styrket dem i hverdagen etterpå i forhold til nye møter med pasienter. Den andre artikkelen (Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship av Mcallister, Matarasso, Dixon og Shepperd, 2004) ble valgt på bakgrunn av dens mange gode råd om tilnærminger til terapeutiske relasjoner og dens relevans i forhold til min valgte problemstilling. Den tredje artikkelen (Recognition as a valued human being: Perspectives of mental health service users av Eriksen et al., 2012) er i likhet med den forrige artikkelen svært relevant for problemstillingen ved at den omhandler verdsettelsen av individer uansett situasjon og fokuset på likeverdet. Den fjerde og siste artikkelen jeg valgte (Creating trust in an acute psychiatric ward av Hem, Heggen og Ruyter, 2008) var grunnet dens fokus på gjenopprettelsen av tillit ved institusjoner som er preget av mistillit.

Studiene som jeg har valgt har vært ulike i form av metodologi. Dette var ikke et uttalt mål på forhånd, og gir et litt større mangfold i forhold til innfallsvinklene innen fagfeltet. Dalland (2013) sier, som nevnt tidligere, at metode er redskapet vi bruker for å innsamle data og skaffe oss kunnskap innen det området vi ønsker. Fra Befring (2007) har jeg gjort mitt litteraturstudie etter måten forfatteren fremlegger det på ved at jeg systematisk har gjennomgått aktuell forskning innen mitt valgte tema og valgt de artiklene jeg mener har vært mest treffende for min problemstilling. I likhet med Holmberg og Solvang (1996) har jeg ønsket å utvide min forståelse av ulike fenomener ved å studere ulik teori og ulike teoretiske perspektiver. For å kunne gjennomføre utvidelsen av min forståelse innen dette temaet har jeg

vært avhengig av sentral litteratur innen fagfeltet, samt oppdaterte, innovative og relevante forskningsartikler.

### **3.3.2 Kritikk av kilder og etiske overveielser**

Dalland (2013, s. 67-68) sier at kildekritikk er den metoden som benyttes for å determinere om en kilde er sann. Det innebærer å vurdere og karakterisere de kildene som brukes.

Kildekritikk er et samlebegrep for metoder som er benyttet for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2013).

Befring (2007, s. 54-59) skriver at forskningsetikk, underlagt ansvarsetikk, setter søkelyset på det mellommenneskelige livet. Det som særpreger forskningsetikken er at den skal bidra til å være plikttro, skape objektivitet og rettferdighet. Etske og moralske vurderinger gir uttrykk for hva som er rett og galt, akseptabelt og forkastelig, hva som er verdig og uverdig. Etikken blir da en sentral pekepinn på vurderingen av forskning så vel som på annen menneskelig aktivitet. Forskningsetikken kan også betegnes som fagetikk ved at den setter fokus på det arbeidet som blir utført av de som har et profesjonelt vitenskapelig ansvar (Befring, 2007).

Jeg mener at ved å sette mine søkekriterier på en sådan måte som forklart i avsnittet ovenfor har hjulpet meg til å finne de artiklene som er troverdige. Særlig er fagfelle vurderingen av artikkelen en fundamental pekepinn på oppgavens integritet.

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Studie 1**

I en studie av Brunero og Lamont (2010) legges det vekt på mestringen av pleierens møte med "vanskelige" pasienter. Med vanskelige pasienter menes i studiet de pasientene som viser oppførsel som ikke lar seg tøyse. Slike typiske oppførsler kan være selvskading, aggresjon, krevende, oppmerksomhetssyk, avhengig, splittende, forrædersk og manipulativ. Det kommer videre frem i studien at slik oppførsel blant pasientene skaper en hjelpeløshet hos hjelperne som i sin tur straffer ubevisst pleien som da ikke blir gitt. Forslaget som innelå i studien var en simulering av et møte med en vanskelig pasient over et e-læringsprogram hvor man fikk alternativer og veiledning i forhold til et spesifikt case. Ved hjelp av en ny innfallsvinkel i



hvordan man møter en "vanskelig" pasient, viste studien at pleierne fikk redusert stressnivå, økt kompetanse, kompetanse og selvtillit samt høyere arbeidstrivsel. Dette vil da kunne bedre pleien som blir gitt til pasienter med en utfordrende oppførsel og danne en basis for god relasjon mellom pleier og pasient inne psykiatrien. Studien benyttet seg av metoden som kalles for aksjonsforskning. Denne metoden innebærer at deltagerne samarbeider med forskeren for å bestemme og utøve løsninger på forskningsmessige utfordringer som de konfronteres med.

## **4.2 Studie 2**

Mcallister, Matarasso, Dixon og Shepperd (2004) beskriver i sin studie at det første møtet mellom pleier og pasient handler i stor grad om førsteinntrykk. Det lønner seg å lytte, ikke snakke over hodet på pasienten og legge vekk sine egne interesser slik at pasienten kjenner seg helt i fokus. Videre sier de at dersom pleieren misbruker sin kraft ved å basere dialogen kun etter sin egen tidsramme promoterer det passivitet hos pasienten. Videre kjenner pasienten at han ikke har noe valg i relasjonen - det er kun han som skal snakke. Man må unngå at kommunikasjonen blir ensidig - nærmest som et intervju fra pleierens side. Dette strider gjerne litt i mot rollefordelingen i dagens helsevesen - hvor helsearbeideren blir sett på som omnipotent med alle svarene og naturlig nok som problemløseren, mens pasienten blir redusert til en inaktiv rolle i relasjonen. Til slutt peker forfatterne på aspektet hvor pleieren blir kjent med hele individet. Det vil si kommunikasjon som går bakenfor diagnosen eller sykdommen pasienten hovedsakelig skal ha samtaler om. Dette kan bidra til at pasienten legger merke til og verdsetter hva han deler med andre enn å bare fokusere på hva som gjør oss forskjellige som individer. Denne studien ble utført etter en kvalitativ metodologi hvor pleiere hadde blitt intervjuet om deres opplevelser og erfaringer omkring deres relasjoner med pasientene.

## **4.3 Studie 3**

Eriksen, Sundfør, Karlsson, Råholm og Arman (2012) beskriver i sin forskningsartikkel at det å oppleve at en blir sett og verdsatt som et menneske er essensielt for alle individer. Menneskeverdet som alle deler blir opprettholdt og videreutviklet når et menneske føler seg anerkjent. Forfatterne har valgt å understreke en deltagers svar som introduksjonen til funnene

i artikkelen: Det var viktig for ham at hjelpere innen psykiatrien har gitt litt av seg selv og gjerne har snakket litt om egne erfaringer, fordi det var "da vi ble mennesker". Gjennom dette følte pasienten seg som et unikt menneske, han opplevde å være et verdsatt individ heller enn en bestemt diagnose eller case. Det ble også påpekt i artikkelen at strevet for å bli verdsatt og å ha relasjoner med andre kan forklare hvorfor pasienter innen psykiatrien bekymrer seg med å være som "vanlige" folk, å være lik som alle andre blir det samme som å være et menneske blant andre mennesker. For å kunne hjelpe pasienter må man kunne se verden gjennom pasientens egne øyne og være klar over at pasientens interne psykologiske kamp for å bli anerkjent og for å anerkjenne seg selv er et uttrykk for å holde fast sin verdighet oppe i en kaotisk fase. Denne studien tok i bruk en tolkende fenomenologisk analyse som metodologi. Analysen hjelper mennesker med å utforske deres forhold til omverdenen og hvordan de prosesserer deres livserfaringer.

#### **4.4 Studie 4**

Hem, Heggen og Ruyter (2008) sin artikkel beskriver i første møtet med hvilken som helst person kommer tillit som førsteinntrykk over mistillit, dersom det er spesielle årsaker til mistanke. Fra artikkelen som var en casestudie viser det gjenskinn i akuttpsykiatri hvor pasienten ikke føler at pleierne har tillit til han når det gjelder ivaretagelsen av hans personlige eiendeler. Dette medfølger da mistillit fra pasientens side til pleierne i forhold til ivaretagelsen av hans pleiebehov. Pleiernes svar i artikkelen på hvorfor pasienten ikke kunne få sine personlige eiendeler ble gjengitt som at de måtte handle i tråd med administrative retningslinjer og eventuell godkjenning av overlegen før de kunne fatte noen som helst beslutninger. Dette ble sett på som provoserende for pasienten i artikkelen og førte til videre mistillit mot pleierne. Artikkelen oppsummerer ved å si at tillit er ikke noe som blir gitt pleieren, men noe som en må gjøre seg fortjent til. Pleierne må ikke motvirke tendenser som får dem til å fremstå som ofre slik at man kan gjemme seg bak administrative paragrafer og kjøreregler. Heller må en innse at de kreves noe spesielt, ikke bare fra dem, men hele kulturen innen psykisk helsevern for å tilrettelegge for tillit. Denne studien baseres på et etnografisk design som undersøker hvordan ulike yrkesidealer, inkludert tillit, utfordrer psykiatriske sykepleiere. Den inneholder også en kvantitativ art i form av intervjuer med pleiere og pasienter og deltakerobservasjoner.

### **5.0 Drøfting**

I denne oppgaven har jeg satt fokus på relasjonsbygging innen det akutte psykiske helsevernet. For å få dekket min valgte problemstilling har jeg gjort en litteraturstudie av fire utvalgte forskningsartikler på mitt valgte fagfelt og aktuelle problemstilling, samt støttet meg på relevant teori innen psykisk helsearbeid. Etter Dallands (2013) formuleringer om kildekritikk som begrepet som brukes for å bestemme kildens grad av sannhet har jeg, som nevnt tidligere, lent meg til fagfelle vurderingen av artiklene som bautasteinen for vurderingen av kildene mine. Videre er all teori jeg har brukt gitt ut av velrenomerte bokforlag som danner sentrale pilarer for oppgavens integritet i forhold til kildebruk. I forhold til Befring (2007) har jeg kun benyttet forskningsartikler som er skrevet av sykepleiere innen fagområdet som fyller kriteriet om at arbeidet er utført av personer som har et profesjonelt vitenskapelig ansvar.

## **5.1 Det første møtet**

Det essensielle fra studie 2 er å vise pasienten at han settes først i fokus og hvordan man ønsker å fremstå i det første møtet med brukeren. Fra Kristoffersen (2005) sier Travelbee at man skal nullstille seg helt i møtet med pasienten. Det kommer også til syne i denne artikkelen hvor det pekes på at pleieren skal legge vekk sine premisser og fokusere på pasientens beste. Det fremgår også fra Skauli (2007) hvor det vektlegges genuin interesse, respekt og engasjement fra pleieren som forhold for god relasjonsbygging til pasienten. Som Skårderud et al. (2010) påpeker er det mye man ikke forstår innen arbeid i psykisk helsevern og understreker derfor artikkelens viktighet med en ydmyk tilnærming til pasienten i møtet med psykisk lidende. Fra studie 1 kan man da trekke frem en utfordring for pleierne når pasienten oppfører seg på en sådan måte som leder til hjelpeløshet hos pleierne. Når pleierne ikke mener at de er kompetente nok til å kunne håndtere pasienter ved en akutt klinikk får de ikke startet arbeidet med å bygge relasjoner eller utføre pleie som disse pasientene har behov for. Lingås og Herheim (2008) sier at man kan hjelpe individet under store påkjenninger ved å bidra med emosjonell støtte. Dette har da, felles med artikkelen, ønsket om pasientens bedring i fokus. Meningen med yrkesutøverens rolle er å støtte og hjelpe brukeren.

Fra mitt ståsted har jeg sett ulike måter å møte nye pasienter på innen akuttpsykiatrien. Det finnes personer som forhåndsdommer personer på grunnlag av at de har vært innenfor klinikken mange ganger før og gjerne blir sett på som hypokondere eller personer som ikke

har akutt behov for hjelp. Jeg har også opplevd at individer blir møtt etter hvilken diagnose som psykiateren har tildelt dem og dømt etter symptomene som ligger under gjeldende diagnose. Basert på forskning bør fokuset ligge på hvem mennesket er og hva det har behov for akkurat nå. Om man får lov til å bli kjent med personen kan man danne grunnlag for relasjoner gjennom å finne felles aktiviteter og/eller interesser. Om det ikke er tilgjengelig bør man se på hva personen er opptatt av og interesserer seg for og legge det til grunne for kommunikasjonen fremover.

## **5.2 Tillitskaping på arbeidsplassen**

Fra studie 4 kan man se at artikkelen poengterer at tillit er noe pleieren må arbeide for å oppnå hos pasienten. Som Aarre (2010) sier er helsearbeidere avhengig av tillit fra pasienten for å kunne gjennomføre hjelpen som behøves i situasjonen (Aarre, 2010). Når artikkelen tar for seg et eksempel på mistillit fra starten hos pleieren er det lett å peke ut hvorfor relasjonen pleier og pasient i mellom ikke kan gi optimale resultater. Aarre sier videre at tilliten øker når pasienten kjenner seg som en aktiv deltager i prosessen rundt sin behandling. Dette kan da sammenlignes med studien hvor pasienten ikke kjenner seg verken aktivt deltagende eller tilliten verdig til å kunne ta vare på sine personlige eiendeler. Sundet (2007) er også inne på begrepet tillit når han snakker om en terapeutisk allianse. Denne alliansen innebærer gjensidig tillit så vel som gjensidig respekt. Alliansen fokuserer også på en felles enighet om terapiens mål. Studie 4 gir i artikkelen uttrykk for at dette ikke foreligger her. Man kan også trekke inn fra studie 2 at førsteinntrykket er viktig for tilliten som skapes mellom pleier og pasient. Det understrekes fra denne studien at pleieren må legge vekk forhåndsdømming og forforståelse for at relasjonen skal kunne dannes. Ved å sammenligne det med denne studie 4 kan man se en fellesnevner gjennom viktigheten av at begge parter starter med blanke ark for at tilliten fra begge sider kan bli uproblematisk opprettet.

Fra min yrkeserfaring har jeg opplevd å samarbeide med pleiere som har forhåndsdømt og vist pasienter lite eller ingen tillit. Dette har hatt sammenheng med at pasienten enten har vært innlagt opptil flere ganger tidligere eller pasienten blir forhåndsdømt etter den satte diagnosen. Jeg har hørt frasen "Ja, han/hun du vet sitter på mottaksrommet...Lærer de aldri?" i ulike varianter opptil flere ganger. Dette viser tydelig den mistilliten fra pleierne som studie 4 tar opp. Det understreker også mangelen på respekt og parentessetting av sin egen

forforståelse fra pleieren og gjør at forholdene som skal til for å danne en stabil og trygg relasjon med pasienten ikke styrkes, men tvert i mot svekkes betraktelig.

### **5.3 Anerkjennelse av pasienten**

Hovedtrekkene fra studie 3 går ut på pasientens kamp for å bli anerkjent som individ selv på en psykiatrisk institusjon. Videre kommer det frem at for å virkelig kunne hjelpe et menneske må man helt og holdent kunne sette seg inn i pasientens situasjon og kunne se situasjonen med pasientens øyne. Dette har fellestrekk med studie 2 hvor førsteinntrykket man gir pasient var avgjørende for hvordan relasjonen ville utarte seg videre. Det var også et sentralt fokus i studie 2 at man la vekk personlige meninger i møtet med pasienter for å kunne ha samme utgangspunkt som pasienten når relasjonen skal dannes. Långdahl (2007) sier at man skal basere kommunikasjonen med pasienten på hans premisser og hans ressurser i stedet for pasientens problemer og diagnose da dette er med på skape en positiv atmosfære over dialogen mellom pleier og pasient. Dette har likhetstrekk med studie 3 når studien sier at pasienten opplevde å være et verdsatt individ når pleierne åpnet seg, delte med seg og var en aktiv deltager i dialogen med pasienten. Det viser en villighet til å jevnføre seg med pasienten og være to like store deler i dialogen i stedet for en skjev fordeling av maktbalansen i kommunikasjonen. Hummelvolls (2012) eksistensielle tilnærming til pasienten kan igjen benyttes til å belyse studie 3. Ved å legge vekk sine fordommer legger pleieren til rette for et åpent og inkluderende miljø hvor relasjonen kan danne en grobunn. Igjen kan Travelbee (Kristoffersen, 2005) benyttes som et fundament på hvordan en kan gjøre pasienten til en likeverdig del av relasjonen mellom pleier og pasient. Ved å ha tilnærmingen gjennom det hun kaller menneske-til-menneske kontakt nullstilles rollene til det minimale i relasjonen og man får det som personen i studie 3 sier når pleierne våget å dele av seg selv; "Det er da vi blir mennesker.."

Fra mine erfaringer har jeg forsøkt å møte mennesker etter hvilken personlighet de har og hvilke interesser de har. Ved å fokusere på deres ressurser og interesser fikk jeg følelsen av at de opplevde seg som satt i sentrum og verdsatt. Ved for eksempel å snakke om de tingene som interesserer pasienten får man dannet en plattform hvor relasjonen kan bygges videre ut i fra. Da har jeg opplevd at det er lettere å gå videre når vanskelige temaer skal diskuteres videre som pasientens mentale tilstand, hvorfor eller hvordan dette har oppstått og hvilke

framtidssikter pasienten har. På den andre siden kan denne tilnærmingen være et tveegget sverd. Ved å få et godt forhold, særlig til jevnaldrende, kan det være utfordrende å skulle håndheve reglementet på arbeidsplassen og opprettholde sanksjoner gitt av ulike helsearbeidere når pasienten i sine øyne anser en selv som en alliert og betrodd venn i en vanskelig og sårbar fase.

#### **5.4 Om å finne nye tilnærminger**

Fra studie 1 kan man altså fastslå at det forsøkes å finne nye metoder for å tilnærme seg det første møtet med mennesker som ikke lenger kan kontrollere sitt realitetsbilde. Ved å kunne øve seg på en rekke ulike problemstillinger som man kan møte i hverdagen gav det altså pleierne nyttig og meningsfull erfaring til å bedre kunne takle arbeidsdagen fremover. Som Krogh (2005) nevner er en del av sykepleieintervensjonene basert på antagelser i samspillet pleier og pasient i mellom som pleieren gjør. Altså er de sjeldent forutsigbare og planlagt. Ved å ha øvd på flere ulike scenarioer, dog fiktive, kan pleieren ta med seg disse erfaringene ut i det virkelige liv og dermed stå bedre rustet til å møte pasienter ved et akuttmottak. Flere forhold som kan tilrettelegge relasjonsbygging ved slik nytenkning finnes det paralleller med Seikkula (2012) også når det sies at kommunikasjonen foregår som en dialogisk dialog. Når relasjonen får utfolde seg uten spesifikke rammer kan det gi valgfrihet i dialogen mellom pleier og pasient. Dette finner en også igjen i studie 2. Etter erfaringsutveksling fra pleiere og pasienter i denne studien kom det frem at det største problemet var en forskyvning i maktbalansen i samtalen. Når pasienten føler seg stilt til veggs i samtalen, at det kun er han som skal svare og at behandlingen kun er et intervju for å kunne stille den riktige diagnosen, skaper dette en maktesløshet og passivitet hos pasienten som gjør det svært vanskelig å finne en måte som pleieren kan komme til bunns i hva pasienten virkelig er opptatt av og har mest behov for. Studie 1 sin mening var å gi pleieren flere handlingsalternativer som igjen fører til at pleieren ikke låser seg fast i gjentatte behandlingsmønstre og som videre gir et grunnlag for at relasjonen kan få vokse naturlig. Artikkelens budskap får også gjenklang gjennom Ingeberg et al. (2006) da de sier at fremtidige sykepleiere må øve seg på ferdigheter innenfor kommunikasjon. Ved et slikt dataprogram som er beskrevet i studie 1 oppfyller det fra pleierens side en mulighet til å kunne forbedre kommunikasjonspotensialet sitt slik at man er bedre forberedt som hjelper, utjevner den asymmetriske maktbalansen pasient og pleier i mellom og bidrar til øyeblikkelig hjelp til mennesker uten et stabilt indre.

Fra egne erfaringer vet jeg at det er svært krevende å vite hvordan man skal samhandle med mennesker med en psykisk lidelse. Det krever at man må kunne dele seg selv opp etter hvilken personlighet man møter og blir kjent med. Når man får erfaring med ulike symptomer og uttrykk for lidelsen gjennom oppførsel står man bedre rustet, men kan dog aldri føle seg trygg på enhver situasjon. For å kunne styrke forhold som tilrettelegger god relasjonsbygging mener jeg at slike innovative tiltak som artikkelen viser til er en nyttig tilvekst innenfor fagfeltet. Det viser også en vilje til å tenke nytt for både pleierens, og derfor, pasientens beste.

## **6.0 Konklusjon**

Jeg valgte å dele opp drøftingsdelen i fire ulike aspekter som svar på min valgte problemstilling. For å kunne styrke sykepleierens relasjoner med akuttpsykiatriske pasienter er det essensielt at sykepleieren nullstiller sine fordommer og sin forforståelse for å kunne møte pasienten som en jevnbyrdig halvdel i relasjonen. For å kunne gjennomføre dette må man kunne ha den nødvendige kompetansen og oppriktige interessen av pasientens beste som pleier. Videre må man oppnå gjensidig tillit og respekt for at relasjonen skal kunne evolvere og utvikle seg videre uten mistenksomhet fra begge sider. For at dette skal kunne oppnås må pasienten få kjenne seg som en aktiv deltager i hele sin behandlingsprosess. Dette følger da videre i den indre kampen hos pasienten ved en akuttklinikk. Ved at pleieren evner å sette seg inn i pasientens situasjon og se situasjon med hans øyne skaper dette en anerkjennelse av pasienten som et menneske selv når mennesket er langt nede og i en kaotisk fase i livet sitt. Til slutt understreker jeg nødvendigheten av å finne nye tilnærminger til relasjonsbyggingen med pasienter. Dette kan oppnås gjennom konkrete tiltak på arbeidsplassen som datalæringsprogrammer for ansatte ved en akuttklinikk slik at man ikke låser seg fast i de samme behandlingsrutinene, øvelser i kommunikasjonsferdigheter for å bedre kunne forstå og hjelpe pasienten og gi rom til åpne og utfoldende samtaler hvor temaer og innhold ikke er fastsatt eller planlagt på forhånd slik at samtalen kan ta hvilken som helst retning uten ytre innflytelse og på denne måten gi svar på hva pasienten er opptatt av eller har behov for.

## Litteraturliste

Befring, E. (2007). *Forskningsmetode - med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Brunero, S., & Lamont, S. (2010). The 'difficult' nurse-patient relationship: development and evaluation of an e-learning package. *Contemporary Nurse: A Journal For The Australian Nursing Profession*, 35(2), 136-146. doi:10.5172/conu.2010.35.2.136  
<http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=24428f31-9158-4c44-b6f7-826069f82d42%40sessionmgr114&vid=6&hid=122>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eriksen, K., Sundfør, B., Karlsson, B., Råholm, M., & Arman, M. (2012). Recognition as a valued human being: Perspectives of mental health service users. *Nursing Ethics*, 19(3), 357-368. doi:10.1177/0969733011423293  
<http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c6576f39-5924-4acd-b07f-c009b1d5c43c%40sessionmgr115&vid=2&hid=122>

Hem, M., Heggen, K., & Ruyter, K. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), 777-788.  
<http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=94a58edf-e277-4afe-942d-d325f6d571d1%40sessionmgr112&vid=2&hid=122>

Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano A.S.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ingeberg, M. H., Tallaksen, D. W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagger - en innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe.

Iversen, T. (2009). Psykisk førstehjelp. I: N. Buus (Red.), *Psykiatrisk sygepleje* (s. 244-259). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Nusk.



- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie - sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Lingås, L. G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid - utvikling av relasjonskompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Långdahl, G. A. (2007). Hva sier klienten? I: A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - Den glemte terapeut* (s. 182-199). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McAllister, M., Matarasso, B., Dixon, B., & Shepperd, C. (2004). Conversation starters: re-examining and reconstructing first encounters within the therapeutic relationship. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 11(5), 575-582. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00763.x  
<http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=23c32582-9b83-49f8-914e-31f6df431713%40sessionmgr115&vid=9&hid=122>
- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skauli, G. Ø. (2007). Å arbeide i tråd med klientens endringsteori. I: A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - Den glemte terapeut* (s. 94-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken, sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sundet, R. (2007). Brukerperspektiv og den terapeutiske relasjon - betydninger for terapeutisk arbeid. I: A. K. Ulvestad, A. K. Henriksen, A. G. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten - Den glemte terapeut* (s. 312-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.