

Dette speciale er beskyttet af loven om ophavsret © F.A.Gildberg 2007
Kopiering, udprint & brug tilladt ved loyal kildehenvisning.

KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Navn: Frederik Alkier Gildberg

Studienr.: 20040xxx

Opgavetype: Speciale.

Semester: 4

Måned og år: Jan. 2007

Vejleder: M. Bjerrum

Anslag/tegn: 184.763

Psykiatrisk sygepleje.

**- Om tillidsskabende og terapeutisk anvendelse
af personlige egenskaber.**

Institut for Folkesundhed
Afdeling for Sygeplejevidenskab
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergsgade 6A
Bygning 633
8000 Århus C

Resumé.

Dette speciale har til formål at undersøge, hvad der kendetegner psykiatriske sygeplejerskers væsentlige måde at optræde/være på overfor akut/intensive, hospitaliserede, psykiatriske patienter, samt med hvilken bagvedliggende intention dette sker. Brugen af personlige egenskaber anbefales i et udkast fra regeringen som en del af værdigrundlaget i den psykiatriske sygepleje, dog samtidig fremføres det i den eksisterende lærebogslitteratur, at egenskaberne antageligt har en terapeutisk anvendelse i forhold til patienten.

Da sygepleje er en del af det nuværende psykiatriske behandlingstilbud er det derfor nødvendigt, at undersøge den antagelige terapeutiske brug af personlige egenskaber i forhold til den psykiatriske patient, idet en sådan grundlæggende viden er nødvendig for, om muligt, at kunne revurdere, forbedre og udvikle praksis. Problemet er at der kun eksisterer meget sparsomme forskningsresultater på dette område, hvorfor specialets problemformulering undersøger, hvad der kendetegner sygeplejerskernes væsentlige måde at optræde/være på i interaktionen med den akut/intensiv, hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis samt, hvilken intention sygeplejerskerne tillægger denne herunder, hvilken betydning intentionerne har i forhold til begrebet terapeutisk.

Hertil anvendes en etnografisk datakonstruktions- og analysemetode, som den præsenteres af Spradley, trianguleret med anvendelsen af semistrukturerede interviews, som det præsenteres hos Kvale og Spradley samt content analysis, som det præsenteres af Dey, Zoglowek og Bjerrum.

Undersøgelsens resultat peger på, at sygeplejerskernes brug af personlige egenskaber sker ud fra to relationelle anvendelsesformer: Den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber; kendetegnet ved manglende italesættelse af sygdom med vægt på det uformelle, medmenneskelige, fælles genkendelige og ”normale” med intentionen om, at vinde og vedligeholde patientens tillid således, at denne kan overføres til brug under den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber, der omvendt kendetegnes ved sygeplejerskernes italesættelse af sygdom og indtagelse af den komplementære rolle som ”hjælper” med den bagvedliggende terapeutiske intention om, at støtte, vejlede, lære, bedre og hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation.

Abstract.

Psychiatric nursing.

- On trust-establishing and therapeutic utilization of personal attributes.

The purpose of this thesis is to conduct a study of what characterizes the essential behaviour of psychiatric ward nurses towards psychiatric patients hospitalized in acute/intensive care, as well as establish the ulterior motives of such behaviour.

The use of personal attributes has been advocated in a draft from the government as part of the grounds of psychiatric nursing, yet in existing textbook literature it is stated, that said attributes have an apparent therapeutic application in the relationship between nurse and patient. As nursing is a part of the current psychiatric treatment offered by the public health, it is therefore a necessity to examine the apparent therapeutic utilization of personal attributes in the relation between nurse and patient, as a such basic knowledge is necessary to, if possible, evaluate, improve and develop practice. However, only sparse research exists in this area, which is why the problem of this thesis examines the characterization of essential behaviour of psychiatric nurses towards psychiatric patients hospitalized in acute/intensive care, and also which intention the nurses ascribe thereto, including which meaning this intention has in proportion to the term therapeutic.

To do so, an ethnographic data construction and analytical method, as it is presented by Spradley; triangulated with the application of semi-structured interviews, as presented by Kvale and Spradley; as well as content analysis, as presented by Dey, Zoglowek and Bjerrum, is applied. The results of the examination indicate that the application of personal attributes by nurses, take place under two forms of utilization: The pre-therapeutical, relationally access obtaining, maintaining and trust-establishing utilization of personal attributes, distinguished by lack of verbal reference to the patient's illness and laying priority to the informal, humane, mutually recognizable and 'normal' aspects of interaction, with the intention of winning and maintaining the patient's trust, and thus; put trust to effect in the relational therapeutic utilization of personal attributes, which reversely is distinguished by the nurses verbal reference to the patient's illness and assumption of the complementary role as 'assistant', with the therapeutic intention of supporting, guiding, teaching and helping the patient in coping with his own health situation.

Indholdsfortegnelse.

1. Indledning	6
1.1. Baggrund	7
1.2. Problemområde	10
1.3. Litteratursøgning	12
1.4. Centrale søgeresultater og egen pilotundersøgelse	14
1.5. Undersøgelsens formål og afgrænsning	16
1.5.1. Første antagelse	16
1.5.2. Anden antagelse	17
1.5.3. Problemformulering.....	18
2. Videnskabsteoretiske overvejelser og metode.....	20
2.1. Videnskabsteoretisk referenceramme	20
2.2. Undersøgelsesdesign, datakonstruktions- og analysemetode.....	21
2.2.1. Trin I. Den deskriptive observation.....	27
2.2.2. Domain analysis	31
2.2.3. Trin II. Den fokuserede observation.....	33
2.2.4. Domain & taxonomic analysis	34
2.2.5. Trin III. Semistruktureret interview og content analysis	36
2.2.6. Analyseredskab	39
2.3. Det empiriske materiale.....	40
2.3.1. Præsentation af afdeling og aktører.....	41
2.3.2. Feltnoter, båndoptagelser og transskription.....	42
2.3.3. Ethiske overvejelser.....	43
2.4. Om datakonstruktion og forskning i eget felt	44
3. Præsentation og diskussion af undersøgelsesfund	46
3.1. Den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende & tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber	46
3.1.1. Den uformelle ”snak”	47
3.1.1.1. Humor	50
3.1.2. At være vedholdende	54
3.1.3. At være ærlig & imødekommende	56

3.1.4. At turde, at læse og at være forudseende	58
3.1.5. At lytte og rumme.....	60
3.2. Den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber	63
3.2.1. At stå til disposition.....	64
3.2.2. At informere, forklare og vejlede.....	66
3.2.3 At forvalte ansvar	67
3.2.3.1. At motivere.....	70
3.2.3.2. At konfrontere og at være direkte og tydelig	73
3.2.3.3. At være grænsesættende	75
3.2.3.4. At realitetskorrigere	80
4. Konklusion	82
5. Perspektivering	84
6. Litteraturliste.....	85
7. Bilagsfortegnelse	95
7.1. Bilag 1: Litteratursøgningsresultater.....	95
7.2. Bilag 2: Observationsskema for trin I.....	97
7.3. Bilag 3: Samtykkeerklæring	98
7.4. Bilag 4: Interviewguide	100

1. Indledning.

Der har i de seneste år fra forskellige instanser i Danmark været særlig opmærksomhed på relationen mellem sundhedspersonale og den psykiatriske patient. Både fra Amtsrådsforeningen og Regerings side er der lagt op til et fælles værdigrundlag, der som samlet indsats skal bedre relationen mellem patienten og sundhedspersonale. Herunder er særlige personlige egenskaber som f.eks. respekt, empati, ligeværdighed, åbenhed, tillid og imødekommenhed på normativ vis blevet fremhævet som vigtige for, hvordan behandlingsforløbet udvikler sig. Begrundelserne for at udforme sådanne anbefalinger er imidlertid sparsomme men ifølge et fælles høringsudkast bl.a. nødvendigt, fordi manglende helhedssyn og forskellige holdninger til stadighed dominere området og påvirker patienternes vilkår negativt. Hvilke holdninger, der her er tale om, og hvad man konkret ønsker at gøre op med, fremgår ikke tydeligt og står dermed i kontrast til formålet om at bedre de nuværende forhold, at revurdere gamle vaner og traditioner og fra det første møde med patienten at implementere ovennævnte egenskaber (Amtsrådsforeningen et al. 2003:3,8-16,18,25,30,35-37; Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2005:5-6,11-12,18,25-26; Psykiatrien i Århus Amt 2004:2,15,20). Der ser således ud til at være tale om en anbefaling til, hvordan sygeplejersken bør optræde i relationen til den psykiatriske patient allerede fra det første møde, hvilket i en psykiatrisk hospitalssammenhæng vil sige på den psykiatriske skadestue eller senest ved indlæggelse på den akutte eller intensive psykiatriske afdeling. Men hvad nu hvis sygeplejerskens nuværende måde at optræde på i relationen til patienten anvendes med en sygeplejefaglig intention og terapeutisk sigte i forhold til den psykiatriske patient og dennes sygdomssituation? - Er det da meningsfyldt, uden konkret undersøgelse af forholdene i praksis, at anbefale andet?

En væsentlig pointe i forhold til anbefalingerne er, at netop en revurdering af gamle vaner og traditioner nødvendigvis forudsætter en konkret undersøgelse af eksisterende praksis (ibid.). Man er således nødt til at kende til de eksisterende vaner og traditioner som grundlag for revurdering og det er af denne grund at specialets fokus rejser sig omkring hvad der konkret kendetegner sygeplejerskens måde at optræde på i de eksisterende interaktioner mellem patient og sygeplejerske samt, hvilken betydningen den psykiatriske basissygeplejerske tillægger sådanne personlige egenskaber i forhold til mødet med den

akut/intensivt hospitaliserede psykiatriske patient. For såfremt anvendelsen af bestemte måder at optræde/være på er en del af den eksisterende psykiatriske sygepleje og intentionelt anvendes med henblik på terapeutisk at bedre patientens situation, må dette nødvendigvis undersøges. Ellers risikerer man at overse en mulig, faglig eller terapeutisk anvendelse af personlige egenskaber til gavn for patienten og dermed reducere dem til et spørgsmål om takt og tone uden baggrund i konkret praksis (Berdal & Risager 2000:86;Gunderson 1978;Peplau 1988:16;Strand 1990b:64-66). Viden, om hvad der kendetegner den relationelle del af den psykiatriske sygepleje i praksis, er derfor nødvendig for at klarlægge og forstå, hvad denne består af, og med hvilken bagvedliggende mening denne fremsættes. Vi må med andre ord vide, hvilken pleje, akut psykiatriske patienter udsættes for, og hvordan sygeplejerskerne selv tiltænker, at dette virker i forhold til patienten og dennes sygdomssituation i praksis, før vi overhovedet (om muligt) med anbefalinger eller lærebogslitteratur i hånden påbegynder at revurderer den relationelle sygepleje.

1.1. Baggrund.

Personlige egenskaber er imidlertid ikke noget nyt fænomen i dansk sygepleje men derimod et særdeles centralt fænomen. Ud fra et historisk perspektiv er sygeplejerskens personlige egenskaber eksempelvis at genfinde i Munck's lærebog og håndbog i sygepleje fra 1926. Her fremsættes egenskaber som at være; venlig, sparsommelig, tålmodig og pligtopfyldende mfl. som særligt kendetegnende for den "gode" sygeplejerske. Egenskaberne ser ud til at udspringe af 1800-tallets syn på kvinden som særart med dertilhørende kvindelige dyder og meget peger på, at Munck bevidst og med succes brugte disse kvindelige egenskaber til at argumentere for standens opretholdelse, og for at sygeplejersker skulle varetage uddannelsen af egne studerende (Gildberg 2004;Munck 1915;Munck 1926:1-14;Munck 1924;Olesen 1994). - Men hvordan gik det så med egenskaberne, og hvordan kom de til at hænge sammen med psykiatriens terapeutiske tilgang?

I forhold til den psykiatriske sygepleje påpeger Buus ud fra en diskursanalytisk tilgang til lærebøgerne fra perioden 1965-1975, at sygeplejersken i første del af perioden beskrives med husmoderlige egenskaber og pligter som konkret modsvar mod patientens sygdomssituation, hvorimod sygeplejen i slutningen af perioden

kendetegnes ved en psykologisk tilgang og dermed også en neutral, terapeutisk og kønsløs tilgang til patienten (Buus 2001). Et eksempel herpå kunne se ud til at være Gundersons inkorporering af personlige egenskaber i den terapeutiske proces, hvorved egenskaber som f.eks. styrke, selvkontrol, pålidelighed mfl. bringes i sammenhæng med miljøterapeutiske begreber som f.eks. containment og validering (Gunderson 1978). Dermed får sygeplejerskernes måde at optræde på en central men psykologiseret rolle i det terapeutiske arbejde med patienten. Tanken om, at personlige egenskaber har betydning i en terapeutisk sammenhæng, er således ikke ny, men lader til i en psykiatrisk kontekst at have fjernet sig fra den oprindelige brug af personlige egenskaber. Spørgsmålet er hvad personlige egenskaber er, og hvordan de overhovedet er relevant i forhold til moderne sygepleje?

I dag indeholder både stillingsannoncer og kompetenceprofiler typisk en række personlige egenskaber som f.eks. at være venlig, engageret mfl., og selv i debatten om, hvad der kendetegner sygeplejen som profession, ser personlige egenskaberne ud til endnu engang at være kommet på dagsordenen (Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, & Fyns Amt 2005;Callewaert 2003:271;Engelund 1999;Laursen 2003:13).

Det samme gør sig gældende for sygeplejerskeuddannelsens studieordning for Århus Amt, hvori der fremsættes ønske om elementer i uddannelsen der;

” [...] indfanger centrale faglige aspekter af sygeplejefaget, og som samtidig kan medvirke til at udvikle personlige egenskaber og holdninger [...]”(Sygeplejerskolerne i Randers Silkeborg og Århus 2005:53).

Personlige egenskaber eksisterer dermed tydeligvis i en eller anden form, men hvilke egenskaber, den studerende skal tilegne sig, og hvad disse betyder for og i sygeplejen, fremgår imidlertid ikke (ibid.). Omvendt forholder det sig eksempelvis med nutidige lærebogsforfattere som Hummelvoll og Strand, der på trods af deres forskelligheder, netop ser ud til at kredse omkring centrale egenskaber i den relationelle sygepleje til psykiatriske patienter. Således fremfører Hummelvoll eksempelvis centrale holdninger som f.eks. varme, ægthed og indlevelse og dermed at en bestemt holdninger som udgangspunkt er nødvendig, når sygeplejersken optræder i den relationelle terapeutiske sygepleje (Cullberg 1999:413;Hummelvoll 1998i:43). Endnu tydeligere optræder personlige

egenskaber i Strands jeg-styrkende sygepleje, hvor forskellige egenskaber som f.eks. ydmyghed, godartethed og intuition fremføres som særligt gavnlige i sygeplejen til den psykiatriske patient, idet disse angiveligt kan give mødet med patienten terapeutisk karakter og dermed bl.a. hjælpe patienten til samling og mestring (Strand 1990b:64-66). På samme måde ser Gundersons brug af særlige egenskaber i det terapeutiske arbejde med patienten i dag ud til at have fundet sin plads i dele af videreuddannelse af sundhedspersonale i Sønderjyllands Amt (Thorgaard, Rønnow, & Hansen 2005:12-13). Brugen af personlige egenskaber ser således ud til forsat at spille en central rolle i moderne psykiatrisk sygepleje og ligeledes jf. lærebøgerne at finde anvendelse i den terapeutiske sygepleje med en bestemt faglig hensigt om eksempelvis at hjælpe patienten til samling og mestring (Strand 1990b:64-66). Brug af personlige egenskaber lader til at stå i skarp kontrast til regeringens anvendelse af begrebet, idet anbefalingerne ikke bringer personlige egenskaber i sammenhæng med en terapeutisk brug (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2005). Omvendt er spørgsmålet hvad begrebet personlige egenskaber reelt kan siges at dække over?

To af dem, der har meldt sig i diskussionen om forholdet mellem profession og person, herunder brugen af personlige egenskaber, er Callewaert og Lauersen. Førstnævnte fremfører, at sygepleje er at sætte et ”personligt etos” på spil, modsat lægernes traditionelle adskillelse af profession og person. Laursen derimod betragter personlige egenskaber som en personlig kompetence, der sammen med anvendelsen af teoretisk og teknisk viden udgør en del af den professionelle kompetence (Callewaert 2003:269;Laursen 2003:29,31). Kendetegne for Lauersens udlægning er, at den personlige kompetence bl.a. bærer en bestemt intention, idet kompetencen sammen med teoretisk og teknisk viden sigter på at opnå noget bestemt hos patienten (Laursen 2003:30,34-35). Med andre ord bliver personlige egenskaber til personlige kompetencer, idet sygeplejersken bruger disse i relationen og med en bestemt faglig hensigt, herunder terapeutisk hensigt. Uden at gå dybere i kompetencedebatten lader der således til at være forskel på et personligt etos og personlig kompetence, idet førstnævnte ser ud til at betegne karakteregenskaber som skik eller sæd og sidstnævnte en evne eller kvalifikation styret af en bestemt hensigt (Hårbøl, Schack, & Spang-Hansen 2002:293,521). Det der kendetegner personlige egenskaber og som ser ud til at være fællesnævner for begge udlægninger er imidlertid en mere enkel definition, nemlig; det der

kendetegner sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på i forhold til den psykiatriske patient (Becker-Christensen & Olsen 2000:167). Denne udlægning af begrebet imødegår Cullbergs udlægning af jeg-støttende terapi som ”måder at forholde sig på” og er i denne sammenhæng frugtbart, fordi den som udgangspunkt gør plads til begge ovennævnte positioner og knytter sig til konkret observerbar adfærd, hvilket i dette speciale skal udgøre omdrejningspunktet for undersøgelsen (Cullberg 1999:416). Dog før vi når hertil må spørgsmålet om hvorfor det overhovedet er nødvendigt, at beskæftige sig med personlige egenskaber i en psykiatrisk kontekst, besvares.

1.2. Problemområde.

Da sygepleje er en del af det nuværende psykiatriske behandlingstilbud, og da personlige egenskaber ifølge lærebogslitteraturen til forskel fra regeringens anbefalinger antageligt har terapeutisk anvendelse i forhold til patienten, må vi vide, hvad der konkret kendetegner sygeplejerskernes måder at optræde/være på, samt med hvilken hensigt sygeplejerskerne bruger dette i praksis (Cullberg 1999:416;Peplau 1988:16;Strand 1990b:64-66). En sådan grundlæggende viden om den relationelle psykiatriske sygepleje praksis er nødvendig for at kunne revurdere praksis med henblik på, om muligt, at forbedre eller udvikle et fælles grundlag for den relationelle, psykiatriske sygepleje og dermed revidere det manglende helhedssyn og de forskellige holdninger, der antageligt dominerer området (Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2004:2). Problemet er, at der kun eksisterer meget sparsomt kvalitativ, dansk forskning på dette område, herunder forskning der søger at belyse interaktionen mellem sygeplejerske og patient ved brug af konkrete observationer af den akut/intensiv psykiatrisk sygepleje i praksis (bilag 1.).

I amtsrådsforeningens anbefalinger fremsættes imidlertid et ønske om viden og dokumentation af de mellem menneskelige relationers betydningen for patienten. Dette ønske har ført til et omfattende udviklingsprojekt, der søger at belyse patientperspektivet og indtil videre ser ud til at være kendetegnet ved en overvægt af spørgeskemaundersøgelser og enkelte interviewundersøgelser (Amtsrådsforeningen et al. 2003: 17, 23 (Feldskov 1998:2-3;Feldskov 2003:17,47;Hansen 2003:17-18;Service- og kvalitetskontoret i Århus Amt

2001:9). Ønsket er således klart; spørgsmålet må dog i første omgang være, hvad der kendetegner relationen herunder sygeplejerskens måde at optræde på samt den mening, hvori dette finder sted?

Den særlige vægtning af patientperspektivet forekommer således problematisk, når ønsket bag er at kende til relationens betydning for patientens møde med det danske sundhedsvæsen, fordi dette i sagens natur er et møde mellem to parter (ibid.). Denne ensidige vægtning betyder derfor, at vi endnu ikke har afdækket, hvad der kendetegner den relationelle, psykiatriske sygepleje i praksis, samt hvilke intentioner denne bærer med sig. For at kunne bidrage med en sådan viden og dokumentation og dermed muliggøre en revurdering af vaner og traditioner eller sæder og skik i sygeplejerskernes måde at optræde over for patienten må vi derfor nødvendigvis kende til den konkrete adfærd i interaktionen med den psykiatriske patient i praksis og herunder afdække meningen bag den eksisterende plejekultur (Blumer 1986;2-5). Dette vil kunne tegne et nuanceret billede af den relationelle psykiatriske sygepleje og dermed skabe grundlag for både revurdering af praksis og yderligere undersøgelse af, hvad dette konkret betyder for patienten. Det vil sige, at såfremt vi ønsker at kende relationens betydning for patienten, må vi kende til begge parter i relationen og den kontekst, hvori dette finder sted. Vi må således i første omgang vide, hvad der kendetegner sygeplejerskernes konkrete måde at optræde/være på i interaktionen med den psykiatriske patient samt den bagvedliggende mening herunder, sygeplejerskernes intention med brugen af bestemte personlige egenskaber og den kontekst hvori dette sker, og først dernæst undersøge ovenstående i forhold til patienten.

Viden om den sociale interaktion herunder meningen bag sygeplejerskens måde at optræde på må derfor undersøges i forhold til sygeplejerskernes egen forståelse af denne måde at optræde/være på i relationen til den psykiatriske patient. En sådan tilgang vil kunne bidrage med en forståelse af, med hvilken bagvedliggende mening den relationelle sygepleje bliver til og herunder med hvilken intention sygeplejerskerne handler i den konkrete afdeling, situation og sammenhæng (ibid.). Dette vil i modsætning til den rent patientoplevelsesorienterede tilgang nuancere forståelsen af den relationelle sygeplejes præmisser og bagvedliggende mening i forhold til den psykiatriske patient og dermed kunne udgøre det nødvendige grundlag for, om muligt, at revurdere, forbedre, udvikle og forstå nuværende praksis. For såfremt sygeplejerskerne bruger bestemte måder at

optræde/være på, og dette tillægges en terapeutisk betydning i praksis, risikerer man uden afsæt i viden om dette, at anbefalingerne forbliver normative og dermed uden konsekvens for praksis, idet den terapeutiske betydning i plejekulturens egen forståelse forsat vil diktere en bestemt adfærd med antagelig gavnlig virkning for den psykiatriske patient (Buus 2001:249). Såfremt sygeplejerskerne bruger særlige måder at optræde/være på i interaktionen med den psykiatriske patient, og såfremt disse i praksis tiltænkes konkret terapeutisk betydning for patienten og dennes sygdomssituation, må dette klarlægges således, at revurdering og yderligere undersøgelser kan ske på et nuanceret grundlag.

1.3. Litteratursøgning.

Før udarbejdelsen af specialet er der derfor foretaget en omfattende litteratursøgning for at afdække eksisterende danske og internationale forskningsresultater indenfor specialets problemområde. Nedenstående internationale og danske databaser er udvalgt ud fra kriterierne; størrelse og udsagnskraft i forhold til specialets problemfelt og formål og vurderes som relevante, idet disse omfatter de største internationale og danske artikeldatabaser med forskningsmæssig relevans for sygepleje og psykiatri. For at sikre en systematisk, stringent og ensartet søgning i samtlige databaser er der til dette speciale derfor anvendt en systematisk kombinationssøgning af søgeord (variabler) udledt i af specialets problemområde samt fokus, hvorefter disse enkeltvis er afprøvet som kombination i søgestrengen. Søgningen er således gennemført i følgende databaser med følgende variabler¹:

Internationale databaser:

Academic Search Elite; AMED (Alternative Medicine); Pre-CINAHL; CINAHL; MLA Directory of Periodicals; MLA International Bibliography; Psychology and Behavioral Sciences Collection; PsycARTICLES; PsycINFO; American Bibliography of Slavic and East European Studies; Pubmed; SveMed+

¹ Anvendelsen af trunkering varierer alt efter den anvendte database. Den her anførte trunkering repræsenterer således også ? og \$. "Psychiatric Nursing" [MeSH] er kun anvendt i pubmed.

Danske databaser: Statsbiblioteket.dk, Bibliotek.dk, JCVU.

Internetsøgning: Google, Sygeplejersken.

Engelske variabler: (and) Nurs*, psychiatr*, personal*, attitude, assessment, staff, characteristic, traits, virtue, ideal, value, qualification, skill, competency, nurse-patient relation, mental health, acute-care, acute*, interaction*, relation*, intensive care, attribute*, role model*, quality* "Psychiatric Nursing"[MeSH]. (Not) Child*, geriatric, dementia, postoperative, elder people, home, students.

Danske variabler: (og) Psykiatri*, sygepleje*, egenskab*, kompetence*, værdi*, personlig*, kvalifikation*, ideal*, holdning*, vurdering, ansat*, dyd*, praksis, relation*, rolle model*, akut*. (ikke) Børn, geriatrisk, postoperativ, demens, ældre, sygeplejestuderende.

Ovenstående danske og internationale variabler er i første omgang udledt af specialets problemfelt og formål. Variableerne er derefter oversat til engelsk, hvorved søgeordene er udvidet. Søgningen er herefter påbegyndt og udvidet med variableerne ved opsporing af keywords anvendt i den enkelte database. Efterfølgende er engelske variabler oversat til dansk og anvendt i danske databaser. Søgeresultatet er behandlet som følger:

- (1) Resultaterne er sammenskrevet, gentagelser elimineret.
- (2) Resultaterne er sorteret efter titel med eliminering af ikke relevante kilder i forhold til and og not, som angivet ovenfor.
- (3) Gennemlæsning af abstracts og herved eliminering af ikke relevante kilder i forhold til and og not.
- (4) Sortering af kilder i kategorierne: forskningsartikler, diskussion/review, urelevante artikler.
- (5) Forskningsartiklerne er efterfølgende gennemlæst og sorteret i kategorierne stærkt, svagt og intet udsagn i forhold til aktuelle problemområde.
- (6) Fundene fra kategorien ”stærkt udsagn” under de anvendte databaser er efterfølgende sammenholdt, og gentagelser er elimineret.
- (7) Slutteligt er kilderne analyseret ud fra kategorierne: Formål, empiriskgrundlag, dataindsamlingsmetode, analysemetode, resultater relevant for problemområde og konklusion (Resultatet fremgår af bilag 1.).

1.4. Centrale søgeresultater og egen pilotundersøgelse.

Litteratursøgningen afslører, at der kun foreligger sparsomme forskningsresultater, der specifikt har til formål at klarlægge sygeplejerskens anvendelse af bestemte måder at optræde/være på i interaktionen med den akut/intensiv, hospitaliseret, psykiatriske patient. Omvendt optræder personlige egenskaber typisk som delresultat af større og mere omfattende undersøgelser i forhold til eksempelvis; konflikthåndtering, observationer, sygeplejerskens oplevelse, pleje af selvmords truede patienter mfl.

Internationale forskningsresultater peger således indirekte på, at sygeplejerskernes brug af personlige egenskaber i høj grad har betydning for og i interaktionen (bilag 1.). Cleary & Edwards finder gennem en række interviewundersøgelser samt etnografiske studier flere faktorer, der påvirker interaktionen mellem sygeplejerske og patient positivt herunder en række personlige egenskaber som f.eks. at være forstående, ikke dømmende, positiv og empatisk mfl. (Cleary 2003; Cleary & Edwards 1999; Cleary, Edwards, & Meehan 1999). Dette understøttes af en række interviewundersøgelser, der på samme måde peger på, at egenskaber som eksempelvis at være; positiv, empatisk, forstående og lyttende er centrale i at skabe en tillidsfuld relation mellem sygeplejerske og patient (Martin & Street 2003; Repper, Ford, & Cooke 1994). Omfattende undersøgelser peger imidlertid på at egenskaber som respekt, at være rolig, at besidde selvkontrol samt selvtillid har en gavnlig virkning i håndteringen af konflikt/voldssituationer og bl.a. er med til at mindske patientens vrede (Breeze & Repper 1998; Spokes et al. 2002). På baggrund heraf ser det således ud til, at bestemte måder at optræde/være på generelt spiller en central rolle i den relationelle sygepleje og har en konkret betydning for patienten og sundhedspersonalets relation og møde.

Andre undersøgelser retter sig derimod mere specifikt mod bestemte patientgrupper og viser bl.a., at egenskaber som f.eks. tillid, at være sympatisk, ikke-dømmende, åben, diplomatisk og ærlig spiller en central rolle i plejen af den selvmordstruede patient (Cleary et al. 1999; Sun et al. 2006). Ligeledes finder Hem og Heggen, ud fra en etnografisk tilgang, at sygeplejersken bruger egenskaben at være ”stædig empatisk” og forstående i deres arbejde, dog hvad dette betyder for patienten er imidlertid uklart (Hem & Heggen 2003). På samme måde peger Jones på, at tillid, ”intimitet” og at lytte er vigtige og yderst centrale egenskaber i at skabe og vedligeholde relationen til den psykiatriske patient, men

at dette samtidigt er svært at måle (Jones 2005). Egenskaben tillid går igen i Heifners undersøgelse, der her ud over bl.a. finder, at ærlighed og at være til rådighed har betydning for forbundenheden mellem patient og sygeplejerske, og at denne positive forbundenhed øger relationens effektivitet til gavn for patienten (Heifner 1993).

De internationale forskningsresultater viser således med tydelighed, at bestemte måder at optræde/være på i interaktionen med patienten spiller en central rolle i den relationelle sygepleje. Ved at sammenligne undersøgelserne på tværs bliver det tydeligt, at egenskaber som at være lyttende, ikke-dømmende, positiv, forstående, empatisk, tillidsvækkende og ærlig ser ud til at være de mest gennemgående kendetegn for sygeplejerskens måde at optræde/være på overfor den akut/intensivt, hospitaliserede, psykiatriske patient. Forskningsresultaterne er dog mindre tydeligt i forhold til hvilken terapeutisk betydning disse måder at optræde/være på har for patienten eller med hvilken hensigt sygeplejerskerne anvender disse. Denne utydelighed kan imidlertid skyldes, at ingen af undersøgelserne direkte og specifikt beskæftiger sig med personlige egenskaber, hvilket taler for nødvendigheden af yderligere undersøgelser på området. Som forløber for dette speciale er der således gennemført et enkelt semistruktureret interview, og fundene herfra peger på, at sygeplejersken bevidst anvender personlige egenskaber med en faglig intention om at oprette, bedre relationen til den psykiatriske patient og som terapeutisk modtræk mod grundlæggende sygdomstræk hos denne. Informantens sproglige anvendelse af personlige egenskaber ser på den ene side i høj grad ud til at være sprogligt funderet i en teoretisk miljøterapeutisk tilgang på den anden side henvises samtidig til en lang række praksissituationer, hvori personlige egenskaber ser ud til at spille en central rolle. Anvendelsen af personlige egenskaber ser således ud til at ske ud fra konkret situationsbestemt praksis. Omvendt sætter undersøgelsen, pga. informantens udbredte brug af den teoretisk referenceramme, spørgsmålstejn ved om resultatet af interviewet blot er et udtryk for en særlig omsorgs diskurs, eller om dette reelt har betydning i praksis i form af konkrete handlinger (Gildberg 2006).

1.5. Undersøgelsens formål og afgrænsning.

Undersøgelsens formål er derfor at undersøge, hvad der kendetegner de psykiatriske sygeplejerskers væsentlige måde at optræde/være på overfor den akut/intensiv, hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis samt at undersøge, med hvilken bagvedliggende intention dette sker. Undersøgelsen begrænses således pga. specialets tidsmæssige og omfangsmæssige disposition til ensidigt at fokusere på de psykiatriske sygeplejerskers personlige egenskaber og intentionen med disse. Det betyder, at undersøgelsen ikke søger at besvare, hvad brugen af personlige egenskaber konkret betyder for den psykiatriske patient i praksis. Omvendt har undersøgelsen dog et indirekte patientperspektiv gennem sygeplejerskernes handlinger og udsagn, fordi sygeplejerskernes måde at optræde/være på, og de intentioner, der ligger bag, udspringer af interaktionen med patienten og dermed henter udsagn fra den sygeplejepraksis, patienten udsættes for. Afgrænsningen sker derfor velvidende, at sygeplejerskernes måde at optræde/være på bl.a. er betinget af patientens adfærd og interaktionen med denne, og at fravalget af patientens specifikke udsagn, handlinger samt oplevelse som datakategori kan udgøre et vigtigt og centralt element i årsagen til sygeplejerskernes måde at optræde/være på. Undersøgelsen afgrænser sig imidlertid til kun at indfange disse årsager gennem observationer og udsagn fra sygeplejerskerne selv for derved at opnå et fokuseret indblik i hvilken mening, sygeplejerskerne selv skaber i og under interaktionen med den akut psykiatriske patient (Blumer 1986:2-3). Af samme grund afgrænses undersøgelsen til ikke at befatte sig med én specifik patientgruppe men derimod på eksplorerende vis at undersøge, hvad der kendetegner sygeplejerskernes måde at optræde/være på i forholdet til den brede gruppe af akut/intensive patienter. Dette sker ligeledes velvidende, at sygeplejersker som faggruppe kun repræsenterer en mindre del af det samlede psykiatriske sundhedspersonale og derfor kun besidder udsagnskraft i forhold til dette.

1.5.1. Første antagelse.

Med udgangspunkt i litteratursøgningen og ovenstående afgrænsning udspringer antagelsen om, at sygeplejersken anvender personlige egenskaber i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient, og at disse egenskaber udtrykkes gennem udsagn og handling i praksis herunder i situationer, hvor

patient og sygeplejerske interagere med hinanden. Antagelsen bygger på eksisterende forskningsresultater, sådan som disse er præsenteret i tidligere afsnit og peger på, at egenskaber som at være; lyttende, ikke-dømmende, positiv mfl. kan være kendetegnende for sygeplejerskens måde at optræde/være på overfor den akut/intensivt, hospitaliserede, psykiatriske patient, og at anvendelsen af disse særlige egenskaber har en central betydning i eksempelvis håndteringen af konflikt/voldssituationer samt oprettelsen af en tillidsfuld relation til patient (Breeze & Repper 1998; Cleary 2003; Cleary & Edwards 1999; Cleary, Edwards, & Meehan 1999; Martin & Street 2003; Repper, Ford, & Cooke 1994; Spokes, Bond, Lowe, Jones, Illingworth, Brimblecombe, & Wellman 2002). Sygeplejerskernes anvendelse af personlige egenskaber retter sig med andre ord mod patienten og ser ud til jf. de internationale forskningsresultater at repræsentere en række fælles kendetegn ved måden at optræde/være på, der knytter an til det felt, hvori forskningen er gennemført. Det antages således, at der indenfor en gruppe af sygeplejersker på en akut/intensiv psykiatrisk afdeling findes fællestræk i sygeplejerskens måde at optræde/være på i forskellige sociale situationer, hvori denne interagerer med den psykiatriske patient. Måden at optræde/være på antages således at kunne betegne brugen af et ”personligt etos” forstået som en skik eller sæd og dermed et kulturelt kendetegn for en gruppe af sygeplejersker, et fællestræk i adfærd, der gentager sig over tid og som sammen med anvendelsen af viden og genstande optræder med forskellige mønstre og bagvedliggende mening knyttet til netop denne kulturelle kontekst (Callewaert 2003:269; Laursen 2003:30,34-35; Spradley 1980b:5).

1.5.2. Anden antagelse.

Med udgangspunkt i ovennævnte søgeresultater, baggrund, antagelser og særligt på baggrund af tidligere interview fremsættes antagelsen om at anvendelse af personlige egenskaber i interaktionen sker med en særlig faglig intention om, at bedre, hjælpe og støtte patienten og dennes sygdomssituation som terapeutisk modtræk mod grundlæggende sygdomstræk samt at oprette og bedre samarbejdet og relationen mellem patient og sygeplejerske (Gildberg 2006). Anvendelsen af personlige egenskaber i interaktionen antages på baggrund heraf at være kendetegnet ved en situations/kontekstafhængig vurdering af hvilke egenskaber, der bringes i anvendelse samt en terapeutisk intention om at modvirke

grundlæggende sygdomstræk. Ved terapeutisk intention forstås således anvendelsen af egenskaber, der med udgangspunkt i patienten, retter sig mod at bedre, hjælpe og støtte patienten i dennes håndtering af egen sygdomssituation herunder at lære patienten selvindsigt og mestrings/problemløsningsstrategier i forhold til dette (Gildberg 2006; Hummelvoll 1998e:475; Peplau 1988:8-16). Det er denne terapeutiske/faglige intention, den konkrete psykiatriske kontekst og at intentionen retter sig mod patienten, der adskiller sygeplejerskens anvendelse af personlige egenskaber fra den almene anvendelse af begrebet personlige egenskaber (Laurson 2003:35). Eksempelvis kunne det antages, at anvendelsen af egenskaben ”at være positiv” er en del af sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på, og at anvendelsen af denne disposition muligvis sker ud fra en bagvedliggende mening, herunder en terapeutisk intention, om at bedre og støtte relationen til den psykiatriske patient ved som modsvar til patientens negative eksternaliseringer at lære patienten at mestre bestemte negative situationer på en positiv måde (Cleary, Edwards, & Meehan 1999). Antagelsen er således, at sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på ikke forekommer tilfældigt men afhænger af interaktionen, konteksten og af en bagvedliggende mening herunder en terapeutisk intention, der knytter sig til sygeplejerskens måde at optræde/være i interaktionen med den akut/intensiv, hospitaliserede psykiatriske patient.

1.5.3. Problemformulering.

Ud fra ovenstående antagelser, afgrænsning og formål rejses derfor følgende problemformulering med henblik på at undersøge, hvad der kendetegner den psykiatriske sygeplejerskes væsentlige måde at optræde/være på overfor den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient i praksis samt at undersøge den bagvedliggende mening/intention hermed.

- Hvad kendetegner sygeplejerskens væsentlige måde at være/optræde på i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient i praksis?
- Hvilken intention/betydning tillægger sygeplejersken denne at have i forhold til den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient i praksis? Herunder; hvilken betydning har disse intentioner i forhold til begrebet terapeutisk?

Afklaring af Begreber:

Interaktion: Gensidige aktiviteter og påvirkning der finder sted i relationen mellem fx sygeplejerske og patient (Blumer 1986:7). *Akut/intensiv, hospitaliseret psykiatrisk patient:* En person med eller uden tidligere psykiatrisk diagnose der indlægges med akut psykiatriske symptomer af så svær grad, at denne ikke kan overføres direkte til stamafdeling eller lignende. *Kendetegn:* Det der beskriver sygeplejerskernes væsentlige måde at være/optræde på herunder brug af viden, adfærd og genstande (Spradley 1980b:5). *Intention/betydning:* Den bagvedliggende mening/hensigt sygeplejerskerne selv tillægger deres adfærd (Blumer 1986;2-5). *Personlige egenskaber:* Sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på overfor den akut/intensive, hospitaliserede, psykiatriske patient (Becker-Christensen & Olsen 2000:167). *Terapeutisk:* Anvendelsen af egenskaber der med udgangspunkt i patienten, retter sig mod at bedre, hjælpe og støtte patienten i dennes håndtering af egen sygdomssituation herunder at lære patienten selvindsigt og mestrings/problemløsningsstrategier i forhold til dette (Gildberg 2006;Hummelvoll 1998e:475;Peplau 1988:8-16).

2. Videnskabsteoretiske overvejelser og metode.

2.1. Videnskabsteoretisk referenceramme.

”Verstehen ist immer Auslegung, und Auslegung ist daher die explizite Form des Verstehens² (Gadamer 1990b:312).“

Nå dette citat tjener som indledning, er det fordi, det understreger specialets centrale videnskabsteoretiske forankringspunkt og herunder en erkendelse af tolkningens nødvendighed for at opnå indsigt og forståelse i forhold til specialets problemformulering. Fordi specialet netop har til hensigt igennem sygeplejerskernes udsagn og handlinger at beskrive og forstå anvendelsen af personlige egenskaber herunder forstå, hvordan sygeplejerskerne selv forstår og skaber mening med disse i den kontekst han/hun optræder i, forekommer det således nødvendigt for at kunne besvare specialets problemformuleringen, at forlade sig på tolkning heraf, idet den bagvedliggende mening ikke umiddelbart ligger frit tilgængelig (Dey 1993c:10;Dey 1993a:39;Heggen & Fjell 2003:67;Spradley 1980c:19). Det vil således ikke være tilstrækkeligt blot at gengive, hvad sygeplejerskerne siger eller gør men derimod nødvendigt at tolke handling(er) eller udsagn ind i den aktuelle sammenhæng(e), hvori disse finder sted og omvendt for derigennem at opnå forståelse af den bagvedliggende mening (Gadamer 1990b:299,381). Det kræver imidlertid, at den, der fortolker, besidder åbenhed og villighed til at sætte sin egen for-forståelse³ ”på spil”. Dette sker ved at træde i dialog med empiriens enkelte dele og helheder mhp. at opnå ny og sammenhængende indsigt og derved muliggøre en revurdering af fortolkerens for-forståelse (Gadamer 1990b:299,271-275;Gadamer 1990a:391-392). Ved at gøre brug af denne hermeneutiske⁴ erkendemåde forankrer specialet sig således indenfor den hermeneutiske fortolkningstradition.

Af samme grund er specialets indledning, min egen uddannelse og arbejde som psykiatrisk sygeplejerske at betragte som en erfaringsmæssige og faglige for-

² Egen oversættelse: Forståelse er altid tolkning, og tolkning er derfor den ekspliciterede form af forståelsen (Gadamer 1990b:312).

³ For-forståelse: Mennesket har altid en forudfattet forventning eller forståelse om noget, også før det når ind til sagen selv (Birkler 2005:96).

⁴ Hermeneutik: Læren om fortolkning og fortolkningens principper (Knizek 1998:64).

forståelse, der i igennem hele undersøgelsen og specialet er en del af datakonstruktionen⁵ og derfor gentagende må udsættes for revurdering. Som en del af specialets teoretiske for-forståelse og fordi specialet søger at forstå interaktionen mellem den psykiatriske sygeplejerske og patienten og herunder trænge ind på den mening, sygeplejersken selv tillægger anvendelsen af personlige egenskaber, tager specialet endvidere afsæt i tre antagelser hentet fra Blomers symbolske interaktionisme⁶ (Kristiansen & Krogstrup 1999c:16-17). For det første: Sygeplejersken handler i forhold til den psykiatriske patient, på baggrund af den mening, patienten herunder f.eks. patientens handling og udsagn har for sygeplejerskerne. For det andet: Denne mening udspringer af den sociale interaktion, som sygeplejersken er en del af og for det tredje: Den mening sygeplejersken skaber, bliver ændret og håndteret gennem sygeplejerskens tolkning af det, han/hun står overfor (Blumer 1986:2; Wind 2001:14-15). Dette teoretiske fundament danner således baggrunden for specialets antagelser om, at sygeplejerskernes intention dvs. den bagvedliggende mening med en konkret måde at optræde på udspringer af den sociale interaktion med patienten og den mening, sygeplejerskerne tillægger dette. Denne bagvedliggende mening modificeres gennem sygeplejerskernes egen tolkning, og specialet søger derfor indblik heri ved at gøre brug af den efterfølgende metode. For at tydeliggøre og begrunde det overordnede metodevalg og undersøgelsens opbygning introduceres undersøgelsens overordnede design således i det efterfølgende afsnit. Dernæst følger en specifik gennemgang af de enkelte trin i med henblik på at præcisere og begrunde anvendelsen af disse i datakonstruktionen.

2.2. Undersøgellesdesign, datakonstruktions- og analysemetode.

Til besvarelse af specialets problemformulering anvendes en etnografisk datakonstruktions- og analysemetode sådan, som den præsenteres af Spradley (Spradley 1980j). Herunder anvendes semistrukturerede interviews, sådan som det

⁵ Brugen af begrebet datakonstruktion peger i modsætning til begrebet dataindsamling på, at data ikke er noget, der eksisterer for sig selv og som derfor kan samles ind, men at data derimod skabes gennem et aktivt fortolknings arbejde (Heggen & Fjell 2003:67).

⁶ En teori der gennem den mening handlingerne tillægges søger at forklare menneskelige handlinger (Wind 2001:14).

præsenteres hos Kvale og Spradley (Kvale 2004c;Spradley 1979), samt content analysis sådan som dette præsenteres af Dey, Zoglowek og Bjerrum (Bjerrum 2005b;Dey 1993b;Zoglowek 1999).

Det etnografiske feltarbejde kendetegnes ved, at brugeren af den etnografiske metode (undersøgeren) forholder sig udforskende og beskrivende overfor sociale situationer (Spradley 1980k:26). Specialets brug af den etnografiske metode betyder således, at undersøgeren indgår i en række afgrænsede sociale situationer over tid i et forsøg på systematisk at beskrive og forstå kulturelle kendetegn og mønstre for derved at få indblik i aktørernes⁷ motiver, tanker, oplevelse og egen forståelse (Emerson, Fretz, & Shaw 1995;Heggen & Fjell 2003:67,70;Roper & Shapira 2000d:1-2,4). Overordnet kan det siges, at dér, hvor en gruppe mennesker er fælles om viden, adfærd og genstande, er der tale om kulturelle kendetegn. Et simplificeret eksempel herpå kunne være sygeplejerskernes brug af den personlige egenskab: ”At forvalte ansvar”. Omdrejningspunktet for interaktionen er her bl.a. genstande, patienten kan bruge til at gøre skade på sig selv, f.eks. ledninger, nåle mm. Hertil kendetegnes sygeplejerskernes adfærd ved at overlade genstandene til patienten samt at aftale betingelserne for omgangen med disse. Alt dette sker ud fra en viden om, at patienten lærer at tage ansvar for sig selv, ved at sygeplejersken gradvis overlader ansvar til denne.

Anvendelsen af den etnografiske metode indebære således ikke blot at observere disse kulturelle kendetegn men at trænge bag om dem for at forstå både den implicite og eksplicite mening ud fra kulturens egen forståelse. Dette gør metoden særlig egnet til at besvare specialets problemformulering, da denne jo netop sigter efter at beskrive sygeplejerskernes konkrete måde at optræde/være på, samt hvilken mening sygeplejersken tillægger dette.

Den bagvedliggende kulturbundende mening er imidlertid ikke let tilgængelig, hvorfor den etnografiske metode kræver omfattende og beskrivende observationer af aktørernes adfærd, anvendelse af genstande og viden for herud fra at kunne udlede og gentagende afprøve den bagvedliggende mening med henblik på i sidste

⁷ I dette speciale anvendes betegnelsen aktører eller sygeplejerske konsekvent, uden at dette skal forstås som en afstandstagen til eller objektivisering af mennesket. Andre betegnelser kunne være informant, medarbejder eller respondent. Aktører er således blot en fælles betegnelse for undersøgelsesdeltagere (Heggen & Fjell 2003:74).

ende at kunne fremsætte et resultat (Andersen 1997:197-198;Heggen & Fjell 2003:67;Kristiansen & Krogstrup 1999b:99-100;Spradley 1980b:5,10-11;Spradley 1980c:15-16,19).

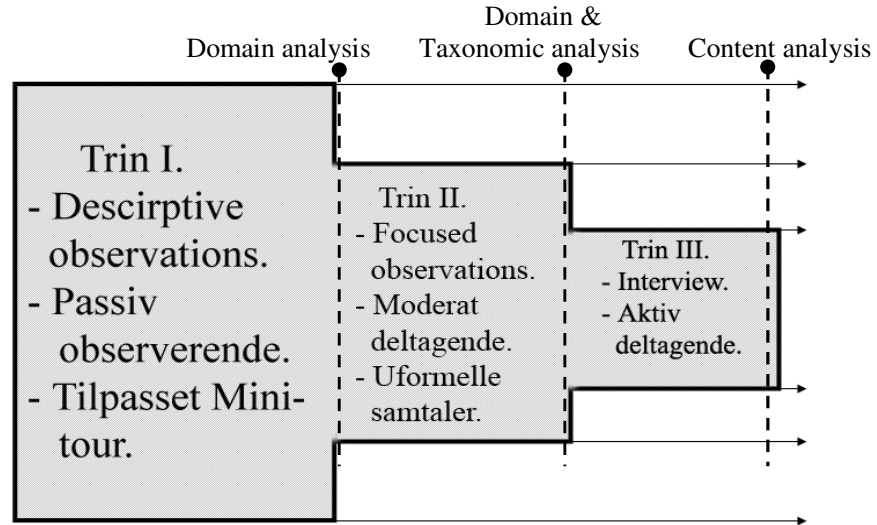


Fig. 1. Specialets undersøgelsesdesign (Spradley 1980k:34).

I bestræbelsen på at besvare problemformuleringen gør specialet således brug af forskellige typer af deltagerobservation, analyse strategier samt interview og består overordnet, som det fremgår af fig. 1., således af tre trin:

Trin I: Den deskriptive observation: Deltagerobservationen kendetegnes på dette trin ved at være passive og ske på afstand, hvilket betyder at undersøgeren er til stede i den udvalgte hospitals afdeling (felten) uden at deltage aktivt i aktiviteter men derimod holder interaktionen med aktørerne på et minimum. Rollen som tilskuer søges således bevidst for at skabe et overblik over de forskellige interaktioner, sådan som de umiddelbart udspringer af praksis med et minimum af påvirkning fra undersøgerens side (Kristiansen & Krogstrup 1999b:110;Spradley 1980a:59). I første omgang er det nødvendigt, gennem nedskrevne observationer (feltnoter) at stadfæste forholdene omkring interaktionen mellem sygeplejerske og patient. Til dette formål konstrueres data ved at observere og beskrive interaktionen mellem sygeplejerskerne og patienten på den akut/intensive psykiatriske afdeling i brede observationskategorier som f.eks. tidspunktet og sted for interaktionen, brugen af objekter/genstande, sygeplejerskens adfærd/optræden, og intention hermed. Sådanne brede kategorier skal ikke alene bidrage med indsigt i forhold til specialets problemformulering (qua kategorien

adfærd/optræden og intention) men samtidig sikre, at data konstrueres i forhold til helheden i den sociale situation og dermed den kontekst, hvori sygeplejerskerne interagerer med den psykiatriske patient i den akut/intensive psykiatriske afdeling. Dette er af stor vigtighed for besvarelsen af specialets problemformulering, idet manglende observationer og beskrivelse af eksempelvis kategorien ”Sted” vil umuliggøre indsigt i, hvorvidt udtrykket i en bestemt måde at optræde på som f.eks. imødekommenhed ændrer karakter alt efter, om denne bringes til afvendelse på patientens stue eller på fællesarealerne.

Domain analysis:

Efterfølgende analyseres data med domain analysis medhenblik på systematisk at kategorisere data i meningsenheder (semantiske relationer), der besvarer specialets problemformulering. Ved eksempelvis at søge efter den semantiske relation **A er en måde at B**, vil sygeplejerskernes måder at optræde/være på i det empiriske materiale (sammen med alle andre ”A er en måde at B”) udfældes af empirien. Ved at lede efter sådanne udvalgte semantiske relationer styret af specialets problemformulering vil analysen således kunne lede frem til kategorier relevante for specialets problemformulering. På baggrund heraf udvælges efterfølgende semantiske relationer og domænenavn i forhold til specialets problemformulering og her ud af kombineres en række structural questions (struktur spørgsmål) som f.eks.: Hvad er alle måder at optræde/være på? (Spradley 1980d:88-89;Spradley 1980h:107;Spradley 1980k:33).

Trin II: Den fokuserede observation betyder et skift i observationstilgangen fra passiv til moderat deltagende. Rollen kendetegnes ved, at undersøgeren ikke længere betragter interaktionen på afstand men nu veksler mellem at befinde sig i baggrunden til at rykke op på siden af sygeplejersken ganske nær interaktionen. Fraværet af afstand muliggør eksempelvis deltagelsen i mere intime situationer som f.eks. samtaler mellem sygeplejerskerne og patienten på patientens stue og kan således bidrage med ny data. Dette betyder således konkret modsat den passive observationstilgang, at undersøgeren fysisk følger med sygeplejersken rundt i afdelingen samtidig med, at data konstant konstrueres ved gennem observationer at søge svar på de strukturelle spørgsmål, som de er udledt af ovenstående domain analysis. Det betyder eksempelvis også, at undersøgeren efter eller i forlængelse af en interaktion mellem sygeplejersken og patienten kan

gennemføre uformelle samtaler med sygeplejersken for derigennem at søge svar på de strukturelle spørgsmål og dermed opnå indsigt i, hvordan denne skaber mening i forhold til egen adfærd (Kristiansen & Krogstrup 1999b:126-127;Spradley 1980a:60). Fordi den fokuserede observation er funderet i strukturerede spørgsmål udledt af domain analysis, der igen er styret af specialets problemformulering, sikres det, at fremgangsmåden styrer imod besvarelse af specialets problemformulering.

Domain og taxonomic analysis:

Ud over domain analysis analyseres data herefter med en taxonomic analysis med det formål at specificere og udbygge eksisterende kategorier med underkategorier for dermed at tydeliggøre interne sammenhænge mellem disse (Spradley 1980e:111-112). Det vil eksempelvis sige, at analysen af det empiriske materiale i forhold til underkategorien ”at motivere” ved at rejse spørgsmålet ”Hvad er alle dele af at motivere?” muliggør en udbygning og nuancering af domænet ”at motivere” med nye underkategorier, der empirisk indeholder dele af at motivere f.eks. brugen af underkategorien; ”årsagsforklaringer”. Dette er nødvendigt for dels at organisere data, dels for at opnå en nuanceret besvarelse af specialets problemformulering og dels for i det efterfølgende at anvende analyseresultatet til at udfælde temaer til anvendelse under det semistrukturerede interview for på den måde at nuancere og efterprøve disse fund i forhold til specialets problemformulering.

Trin III: Det semistrukturerede interview: Ud over specialets brug af deltagerobservation gøres der ligeledes brug af det semistrukturerede interview i datakonstruktionens sidste trin. Med dette skift sker ligeledes et skift fra rollen som moderat deltagende til aktivt deltagende, hvilket i denne sammenhæng skal forstås som en aktiv verbal deltagelse via interview. Denne metodetriangulering i forhold til den etnografiske datakonstruktion er langt fra ny og benyttes i denne sammenhæng mhp. dels at eksplorere sygeplejerskernes egen forståelse i forhold til problemformuleringen, dels for at validere, nuancere og uddybe fund fra deltagerobservationen (Hammersley & Atkinson 1995c:228-230;Roper & Shapira 2000a:24-25). Interviewets opbygning vægtlægger således indledningsvis åbne og eksplorerende spørgsmål direkte udledt af specialets problemformulering. Dette sker ved at opstille et analyseredskab som bindeled mellem problemformulering,

interview og efterfølgende content analysis, hvorved en stringent og transparent besvarelse af specialets problemformulering søges. Interviewets indledningsvise åbenhed skal i denne sammenhæng muliggøre en aktørstyret besvarelse i forhold til og styret af specialets problemformuleringer og dermed muligheden for at aktørerne frit og uden viden om tidligere fund kan nuancere, forkaste eller styrke disse. Mod afslutningen af interviewet vægtlægges derimod brugen kategoristyrede temaer som omdrejningspunkt for samtalen. Eksempelvis vil temaet ”at motivere” udledt af ovenstående taxonomic analysis således være omdrejningspunktet for interviewet netop med henblik på frit at lade aktørerne nuancere, be- eller afkræfte forhold omkring denne måde at optræde/være på samt intentionen hermed (bilag 4.). Valget af det semistrukturerede interview sker således for ikke at fastlåse interviewet med bestemte spørgsmål men derimod ved at bruge temaer, at bevare en åbenhed, der gør det muligt at forfølge centrale elementer i samtalen med henblik på en dyberegående besvarelse af problemformuleringen samt at efterprøve både fund fra de foregående trin og de indledningsvise antagelser (Kvale 2004d:129-132).

Content analysis:

For systematisk og stringent at kunne besvare problemformuleringen vælges afslutningsvis content analysis, fordi denne analyseform gør det muligt, ud fra et på forhånd opstillet analyseredskab, at nedbryde det indhentede empiriske materiale i betydningsenheder, der besvarer problemformuleringen, og efterfølgende via rekontekstualisering at modvirke skævvridende tolkning og dermed sikre, at resultatet svarer på problemformuleringen uden at miste vigtige meningssammenhænge i forhold til datamaterialets helhed (Bjerrum 2005a;Dey 1993a:Kap.3;Zoglowek 1999).

Som pilene i fig. 1. indikerer, forsætter alle konstruktionstrin fra undersøgelses start til afslutningen. Dette skal dog ikke forstås som vandtætte skodder mellem de enkelte trin men som udtryk for den cirkulære konstruktions og analyse proces, der betyder at nye sociale situationer kan inkluderes og beskrives ved at vende tilbage til tidligere trin (Roper & Shapira 2000c:94;Spradley 1980k:29;Wadel 1991a:129-130). Eksempelvis vil adgangen til en ny socialsituation som f.eks. at sygeplejersken vælger at gå tur med patienten i afdelingens gårdhave betyde en tilbagevenden til trin I med henblik på at beskrive kontekst og interaktionen bredt.

Denne fleksibilitet muliggør kontinuerlig udvikling, korrektur og fokusering i forhold til, hvad der observeres. For detaljeret at tydeliggøre brugen af ovennævnte undersøgelsesdesign redegøres og argumenteres der, med udgangspunkt i fig.1, i de efterfølgende afsnit specifikt for de enkelte elementer i specialets opbygning med henblik på at præcisere og begrunde anvendelsen af de enkelte trin i datakonstruktionen.

2.2.1. Trin I. Den deskriptive observation.

Først gennemføres deskriptive observationer med henblik på at besvare specialets problemformulering samt at få et overblik over de sociale situationer og den kontekst, hvori sygeplejersken interagerer med den akut/intensive, hospitaliserede, psykiatriske patient (Roper & Shapira 2000b:70). Med udgangspunkt i Spradley's 9 observations kategorier oprettes og tilpasses derfor 6 kategorier (A-F, fig.2.) med henblik på systematisk at indhente data i forhold til dette. Denne tilpasning er nødvendig, fordi specialet afgrænser sig til udelukkende at fokusere på sygeplejersken, når denne interagerer med patienten og ikke på andre faggruppers interaktion. Det vil sige, at specialet på forhånd er afgrænset til en mindre del af feltet end udgangspunktet for f.eks. Grand tour. Således er der i forhold til specialets datakonstruktion, som det fremgår af fig.2, i højere grad tale om en tilpasset mini-tour med det formål, jf. specialets afgrænsning, at beskrive sygeplejerskernes væsentlige måde at optræde/være på i interaktionen med den akut hospitaliserede psykiatriske patient, herunder med hvilke intentioner, dette sker og i forhold til den kontekst, hvori dette finder sted (Roper & Shapira 2000d:7;Spradley 1980g:78, 82-83).

For at bevare overblikket over de mange interaktioner mellem sygeplejersker og patienter udarbejdes i første omgang en oversigtstegning over den akut/intensive, psykiatriske afdelingens fysiske indretning, hvilket skal gøre det muligt hurtigt at stadfæste sted og tid for og på interaktionen. Herefter indsamles data i nedenstående kategorier (fig.2.) ud fra en passiv observerende rolle og de enkelte kategorier samt interne sammenhænge kategorierne imellem (fig. 3) beskrives i feltnoter og transskriberes ved afslutningen af trin I.

A. Sted.	Beskrivelse af det fysiske rum/sted.
B. Tid.	Beskrivelse af sekvenser over tid.
C. Mål.	Beskrivelse af intentionen med hvad aktører gør.
D. Handling, begivenhed, aktivitet.	Beskrivelse af hvad sygeplejerskerne gør, siger samt hvilke begivenheder og aktiviteter de deltager i.
E. Objekter.	Beskrivelse af fysiske genstande.
F. Aktører.	Beskrivelse af aktøren (sygeplejersken).

Fig.2. Tilpasset mini-tour. Datakonstruktions kategorier & inklusionskriterier.(Spradley 1980g:78)

Som det fremgår af fig. 2. er hensigten med kategorierne A-B og E-F at indfange den kontekst, hvori interaktionen finder sted eller med andre ord at indfange den sammenhæng, hvori specialets problemformulering besvares. Kategorierne A-B er således nødvendige, fordi disse gør det muligt at opnå indsigt i om bestemte måder at optræde på eksempelvis kun sker i bestemte fysiske rum (patient stue, kontor osv.) eller om en bestemt måde at optræde på er hyppigt forekommende eller ej. Kategorierne E-F skal derimod indfange brugen af genstande (ledninger, kopper, aviser osv.) og særlige kendetegn ved sygeplejersken som f.eks. alder, erfaring, baggrund mm. Kategorierne E-F bliver således vigtige eksempelvis for at opnå indsigt i, om og hvordan brugen af genstande er en del af sygeplejerskernes måde at optræde på eller eksempelvis afslører, om der er sammenhæng mellem bestemte kendetegn hos sygeplejerskerne som for eksempel års erfaring i praksis og dennes repertoire af måder at optræde på. Kategorierne C og D adskiller sig imidlertid, og som det fremgår af fig.2. ved direkte at indfange sygeplejerskernes måde at optræde/være på, samt intentionen hermed som den umiddelbar fremstår i interaktionen. Kategorierne er således medtaget for at besvare specialets problemformulering ved at opsamle alle sygeplejerskernes handlinger, udsagn, begivenheder, aktiviteter samt intentionen hermed i interaktionen med patienten.

	Aktører.	Sted.
Aktører.	Detaljeret beskrivelse af aktøren.	Detaljeret beskrivelse af aktøren i forhold til sted og brug af sted.
Sted.	Detaljeret beskrivelse af aktøren i forhold til sted og brug af sted.	Detaljeret beskrivelse af det fysiske rum.
Handling, begivenhed/aktivitet.	Detaljeret beskrivelse af hvilke handlinger, aktiviteter og begivenheder aktøren udfører og deltager i.	Osv.
Objekter.	Detaljeret beskrivelse af hvordan aktøren bruger objekter.	Osv.
Mål.	Detaljeret beskrivelse af hvordan forskellige mål/intentioner påvirker aktøren.	Osv.
Tid.	Detaljeret beskrivelse af tid aktøren bruger på interaktionen.	Osv.

Fig.3. Eksempel fra bilag 2 på hvordan data og interne relationer mellem kategorierne er indsamlet (Spradley 1980g:82-83).

En væsentlig pointe i systematisk at konstruere data omkring specialets problemformulering via kategorier er imidlertid at tage højde for de interne eller tværgående sammenhænge kategorierne imellem. Eksempelvis betyder dette konkret, at observationer omkring kategorien ”aktører” for at være systematisk også må observeres i forhold til kategorierne tid, sted, mål, handling og objekt og omvendt, sådan som det fremgår af eksempelet i fig. 3 og bilag 2. Derved sikres en systematisk og detaljeret beskrivelse af både de enkelte kategorier og de interne sammenhænge mellem kategorierne (Spradley 1980g:78, 80-82).

Som det fremgår af fig. 2. og 3 betyder tilpasningen af Spradleys 9 kategorier til dette speciale, at kategorierne; begivenhed, aktivitet, handling og følelser sammenlægges. De tre førstnævnte sammenlægges, fordi disse har samme omdrejningspunkt, nemlig hvad aktørerne gør og derfor som observation ikke fremstår adskilt i praksis. Handlingen ”at byde patienten et glas vand” kunne som eksempel være en del af ”imødekommenheden” under aktiviteten ”samtale” ved begivenheden ”indlæggelse”. At sammenlægge de tre kategorier betyder således ikke, at kategorierne nedlægges, men at data kun optræder i én samlet kategori. Risikoen herved er at dele af datakonstruktionen mister den kategoriske underopdeling, dog omvendt konstrueres data ved denne fremgangsmåde, sådan som denne fremstår i praksis nemlig sammenhængende, og sammenlægningen

betyder således på ingen måde tab af data. Ligeledes sammenlægges kategorien ”følelse” med kategorien begivenhed/handling/aktivitet, da denne kategori i forvejen rummer beskrivelse af aktørens forskellige udtryk herunder også følelser, hvorfor en sådan særskilt kategori forekommer overflødig.

Slutteligt modificeres kategorien aktører til kun at omfatte sygeplejersken, idet dette er omdrejningspunktet for specialets problemformulering samt en vigtig del af afgrænsningen (Spradley 1980g:78). Ovenstående tilpasning betyder således, at datakonstruktionen mister noget af den kategoriske underopdeling, men omvendt vurderes dette til ikke at have nogen signifikant betydning for metodens reliabilitet, - dels fordi tilpasningen ikke har betydet nedlæggelse af kategorier men sammenlæggelse og fokusering af datakonstruktionen om specialets problemformulering, - dels fordi den efterfølgende domain analysis i sig selv har til formål at kategorisere det empiriske materiale.

For ligeledes at bibeholde systematik under selve datakonstruktionen kodes data med A-F jf. fig. 2 og 1-8 jf. fig. 4. Eksempelvis betegner koden F1 således at der, i forhold til det empiriske materiale, er tale om datakonstruktionen omkring kategorien aktør (F fra fig.2.) af typen; observation (1 fra fig.4.).

1) Observation.	Betegner at der udelukkende er tale om en beskrivelse.
2) Refleksion.	Betegner en umiddelbare refleksion over A-F.
3) Analyse.	Betegner overvejelser omkring og efterprøvning af analytiske kategorier og lignende.
4) Metode.	Betegner metodiske overvejelser.
5) Datavaliditet.	Betegner kritiske overvejelser over hvordan validiteten påvirkes af f.eks. roller/rolleskift, påvirkning, deltagelse osv.
6) 1U.	Betegner uformel samtale uden brug af båndoptager.
7) 2U.	Betegner uformel samtale med brug af båndoptager.
8) I.	Betegner interview med brug af båndoptager.

Fig.4 Notatkategori.

Dette tjener to formål: For det første at kunne identificere datatyper samt adskille disse i det empiriske materiale og for det andet at indfange centrale refleksioner omkring datakonstruktionen. Hensigten er gennem en konstant kritisk refleksion

over egen for-forståelse, rolle og indflydelse på data samt kritisk vurdering af både datakonstruktion og resultat at blive bevidst om, hvordan data konstrueres herunder blive i stand til at korrigere og sikre, at datakonstruktionen følger metoden i alle trin (Hammersley & Atkinson 1995d:18-19; Heggen & Fjell 2003:80,70).

2.2.2. Domain analysis.

Det næste skridt i bevægelsen fra datakonstruktionens trin I til II er at analysere det indsamlede materiale. Formålet er systematisk at sortere den indsamlede data i meningskategorier og interne sammenhænge, dette er nødvendigt for efterfølgende at kunne udvælge et fokus til videre datakonstruktion i trin II. Hertil anvendes domain analysis, idet denne analysemetode specifikt går efter at finde kulturbestemte mønstre i den indsamlede empiri, hvorfor analysemetoden i forhold til specialet bringes til anvendelse for at kunne pege på mønstre i sygeplejerskens væsentlige måde at være/optræde på i interaktionen med den psykiatriske patient i den akut/intensive, psykiatriske afdeling. Mønstre skal således forstås som de psykiatriske sygeplejerskers gentagelse af fælles måder at optræde/være på og fælles bagvedliggende intentioner i det empiriske materiale. Analysen af feltnoterne søger således at klarlægge dette mønster og dermed opdage den kulturelle mening heri (Spradley 1980d:85-87).

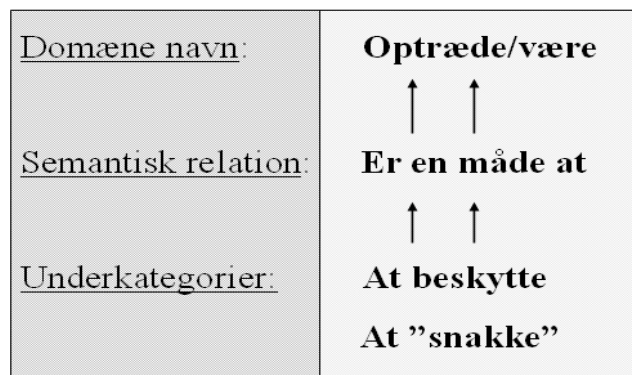


Fig. 5. eksempel på det kulturelle domæne "at optræde/være" (Spradley 1980d:89).

Domain analysis sigter på at udfælde kulturelle domæner forstået som kulturelle meningskategorier som for eksempel "måder at optræde/være på" fra det empiriske materiale. Dette gøres ved at kategorisere materialet efter alle sætninger

og ord, som tillægger objekter, aktiviteter og begivenheder mening og dermed kan grupperes som kulturelt domæne ved at indeholde; domæne navn, semantisk relation og underkategori (Spradley 1980d:88-89). Fig.5. viser et eksempel på ovenstående kategorisering her ved oprettelsen af det kulturelle domæne ”at optræde/være”.

Dette domæne med den dertilhørende underkategori ” at snakke” udfældes via analyse ved i empirien at lede efter den semantiske relation: ”A er en måde at B”. Den semantiske relation er således værktøjet til at kategorisere feltnoterne, idet den udgør det meningsbærende bindeled mellem domæne navn og underkategori. At snakke - **er en måde** - at optræde/være på (Spradley 1980d:93-94). Ved i empirien at lede efter ”A er en måde at B” er det således muligt at udfælde alle sygeplejerskens måder at optræde/være på fra det empiriske materiale og derved besvare specialets problemformulering. På den måde er de transskriberede feltnoter fra trin I først gennemlæst med henblik på at skabe et overblik (Hammersley & Atkinson 1995c:210). Derefter er feltnoterne analyseret enkeltvis efter følgende udvalgte semantiske relationer: **1) A er en måde at B 2) A er kendetegnet for B 3) A er grunden til B 4) A er en del af B** (Spradley 1980d:93). For at sikre en stringent og systematisk besvarelse af specialets problemformulering er de semantiske relationer 1) til 3) særligt udvalgt på baggrund af deres relevans herfor, idet disse fra det øjeblik hvor, B i det empiriske materiale udgør domænet ”at optræde/være på”, besvarer specialets problemformulering om, hvad der *kendetegner* sygeplejerskens *måde* at optræde/være på, og med hvilken *intention (grund)* dette sker.

En analyse med eksempelvis 1) og 2) vil i det empiriske materiale således indfange måder og kendetegn for sygeplejerskens optræden og dermed besvare problemformuleringen. På samme måde vil 3) ved at udfælde grunden til sygeplejerskernes optræden og dermed intentionen bag kunne besvare specialets problemformulering. Til forskel herfra har 4) derimod til hensigt at indfange sammenhænge mellem de enkelte dele af sygeplejerskens optræden. Eksempelvis er reglen om ikke at nedgøre patienten **en del af at** bruge humor, og humor **er en del af** sygeplejerskernes optræden. Brugen af den semantiske relation 4) er således nødvendig for at kunne finde frem til sammenhænge mellem de enkelte dele af det empiriske materiale i forhold til specialets problemformulering og den sammenhængende helhed.

Ved at lede efter disse semantiske relationer kodes og kategoriseres det empiriske materiale i kulturelle domæner ud fra den semantiske relation, med navn og underkategorier samt markering af domæne type (Spradley 1980d:95, 98-99). En sådan markering er nødvendig for at kunne stadfæste domænets udsagnskraft og oprindelse. Spradley skelner i den forbindelse mellem tre typer af domæner: A) Folk domains: Hvori det kulturelle domæne udelukkende består af begreber der stammer direkte fra aktørernes eget sprogbrug. B) Mixed domains: Hvori begreberne fra aktørernes eget sprogbrug er suppleret med analytiske begreber. C) Analytic domains: Der udelukkende indeholder analytiske begreber, der typisk udspringer af aktørernes handlinger, hvorfra den udtalte kulturelle mening kan udledes (Spradley 1980d:90-91). Særligt markeringer af analytisk karakter er i det efterfølgende trin efterprøvet og testet med henblik på at afklare og uddybe gyldighed og eksistens i praksis (Hammersley & Atkinson 1995c:205,209).

2.2.3. Trin II. Den fokuserede observation.

Med udgangspunkt i ovenstående indsnævres den brede observation nu til fokuserede observationer omkring domænet ”at optræde/være” og herunder ved brug af de tidligere anvendte semantiske relationer (1-4) udformes de fokusstyrende strukturspørgsmål (fig.6.).

Domain navn:	Structural question:
A er en måde at optræde/være.	Hvad er alle måder sygeplejersken optræder/være på i interaktionen med patienten?
A er en del af at optræde/være.	Hvad er alle dele af sygeplejerskens optræden/være i interaktionen med patienten?
A er grunden til at optræde/være.	Hvad er alle grunde til sygeplejerskens optræden/være i interaktionen med patienten?
A er kendetegnet ved at optræde/være.	Hvad er alle kendetegn ved sygeplejerskens optræden/være i interaktionen med patienten?

Fig.6. Udvalgt domæne og structural question.

Som det fremgår af fig. 6. konstrueres de strukturelle spørgsmål på baggrund af domæne navnet og de tidligere anvendte semantiske relationer (1-4) til domænets underkategorier (Spradley 1980h:107-108). Ved at udvælge domænet ”at optræde/være” og bevare de tidligere anvendte semantiske relationer sikres således på den ene side, at de fokuserede observationer konstant søger at besvare problemformuleringen, idet domænet og de semantiske relationer som tidligere

anført er nært sammenhængende med besvarelsen af specialets problemformulering og på den anden side, at fremgangsmåden ved at formulere de strukturelle spørgsmål bredt kan be- eller afkræftelse samt uddybe og nuancere det eksisterende domæne.

Data konstrueres således ved konstant, gennem moderat deltagende observationer og uformelle samtaler i felten, at søge besvarelse af de strukturelle spørgsmål (fig.6.). Dog i modsætning til den passive observation indtager undersøgeren nu positionen som moderat deltagende ved at veksle mellem rollen som den, der befinder sig på afstand, og den der følger sygeplejersken rundt i afdelingen. Formålet er at få adgang til og at komme nærmere de mere intime interaktioner f.eks. på patientens stue men samtidig også at kunne være på afstand af interaktionen ved ikke aktivt at være involveret i den sociale situation.

Deltagerobservationer suppleres herunder med brugen af uformelle samtaler umiddelbart efter interaktionen. En uformelle samtale finder sted fra det øjeblik undersøgeren stille aktøren et spørgsmål og har, i forhold til specialet, som omdrejnings punkt at identificere svar på ovenstående strukturelle spørgsmål (fig.6.). Data der besvarer disse spørgsmål indsamles i feltnoter, bandede optagelser, kodes ved anvendelsen af notatkategorierne som beskrevet under fig.4 og transskriberes ved afslutningen trin II (Spradley 1980a:60;Spradley 1980h:110;Spradley 1980i:123).

2.2.4. Domain & taxonomic analysis.

Efter den fokuserede datakonstruktion analyseres det empiriske materiale via domain analysis som tidligere beskrevet ud fra de udvalgte semantiske relationer. Herefter gennemføres en taxonomic analysis, med henblik på systematisk at organisere de interne forhold mellem underkategorierne i de eksisterende kulturelle domæner (Spradley 1980e:111-112). Taxonomic analysis er således valgt, da denne netop er udviklet til systematisk at kategorisere og nuancere kulturelle domæner, og da omdrejningspunktet forsat udgør domænet, ”at optræde/være”, herunder de før nævnte semantiske relationer (1-4) sikres, at analysen bibeholder specialets problemformulering som omdrejningspunkt.

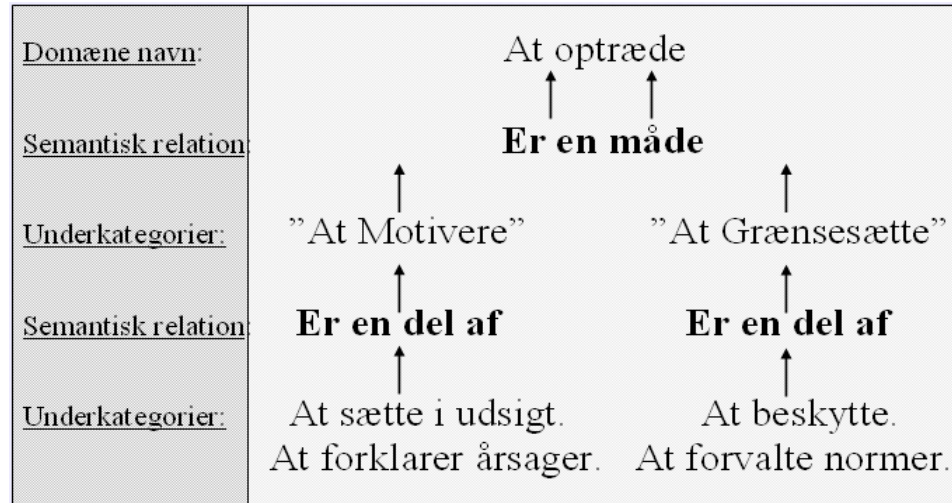


Fig.7. eksempel på taxonomic analysis.

Eksempelet i fig.7. viser domænet ”at optræde” fra før, der via den semantiske relation ”en måde” knytter sig til underkategorierne ”at motivere” og ”at grænsesætte” alt sammen udledt ved domain analysis som beskrevet tidligere. Forestiller vi os nu, at underkategorien ”at motivere” indeholder data, der ligeledes ud fra semantiske relationer kan sorteres i kategorier, fordi der findes forskellige dele af kategorien ”at motivere”, bliver det nu muligt at kategorisere underkategorien yderligere. F.eks.: Bliver ”at sætte i udsigt” således en underkategori til ”at motivere”, fordi ”At sætte i udsigt” i det empiriske materiale **er en del af** ”at motivere”, **som er en måde** ”at optræde/være på.”

På den måde, ved at bruge taxonomic analysis, nuanceres og kategoriseres underkategoriernes interne forhold i det kulturelle domæne. Ved at lede efter ligheder blandt underkategorierne og dermed ligheder i underkategoriernes semantiske relation til eksempelvis ”at motivere” gennemføres taxonomic analysis af det transskriberede empiriske materiale. For at gennemføre denne analyse systematisk og at sikre besvarelse af problemformuleringen er det imidlertid nødvendigt at knytte et struktur spørgsmål til hver underkategori, der på samme måde som tidligere beskrevet gør brug af navnet på kategorien og de tidligere udvalgte semantiske relationer (*måder/grunde/dele/kendetegn*) i dette speciale (Spradley 1980e:118). I forhold til eksemplet i fig. 7. vil denne fremgangsmåde som eksempel således rejse spørgsmålet: ”Hvad er alle dele af at motivere?” Ved at rejse sådanne spørgsmål i forhold til det empiriske materiale er det muligt systematisk at analysere og kode det empiriske materiale og derved

kategoriserer fund som beskrevet. Analysemetoden har således sin berettigelse af to grunde, - dels fordi denne tager udgangspunkt i udvalgte semantiske relationer (1-4), der igen er udledt af specialets problemformulering, hvorved processen sikres en stringent analyse, der er styret af problemformuleringen, og - dels fordi brugen af taxonomic analysis udfælder en detaljerede kategorisering til brug som tema i det efterfølgende interview.

2.2.5. Trin III: Semistruktureret interview og content analysis.

Det semistrukturerede interview har som tidligere beskrevet to formål og fremstår derfor todelt: Interviewets første formål er således at lade aktørens eget udsagn nuancere, uddybe specialets problemformulering på baggrund af åbne spørgsmål udledt af specialets antagelser, afgrænsning og formål. Dette er nødvendigt for på eksplorerende vis at undersøge specialets problemformulering i forhold til aktørernes egen forståelse og samtidigt frit at lade aktørernes udsagn nuancere, be- eller afkræfte tidligere fund. For at sikre sammenhæng, målrettethed og struktureret styring af interview og den efterfølgende analyse i forhold til specialets problemformulering udledes kategorier og begreber, som det fremgår af fig. 8. og analyseredskabet (s.34), direkte af antagelser, formål, afgrænsning samt tidligere begrebsdefinitioner. Herefter operationaliseres kategorier og begreber i analyseredskabet og som det fremgår af fig. 8 ved konstruktionen af undersøgelsesspørgsmål, der igen på nær kategori 3 omformuleres til interview spørgsmål (bilag 4). Anvendelsen af et på forhånd opstillet analyseredskab skal med andre ord sikre reliabilitet, stringens og transparens ved at skabe overensstemmelse mellem problemformulering, metode og det frembragte resultat. Undtagelsen omkring kategori 3 i interviewspørgsmålene opstår imidlertid, idet denne udelukkende udgør en analytisk kategori i forhold til begrebet terapeutisk. Dette betyder konkret, at aktørerne ikke direkte interviewes om, hvorvidt hensigten med deres måde at optræde/være på er terapeutisk, således at de forventede svar ikke er farvet af en faglig retfærdiggørelse om, hvorvidt sygepleje er terapeutisk eller ej. Da aktørerne omvendt interviewes omkring intentionerne bag deres optræden/væremåde i interaktionen med patienten, vil intentioner, der falder inden for, hvad specialet definerer som terapeutisk, blive tydelige og frit kunne komme til udtryk (Kvale 2004b;Kvale 2004d). Interviewets andet formål er at uddybe og undersøge sygeplejerskernes egen

forståelse af fund fra trin I og II herunder at efterprøve sammenhænge og forskelle mellem underkategorierne i det analyserede empiriske materiale. Sidstnævnte er nødvendig for at nuancere, efterprøve, be- eller afkræfte tidligere fund fra taxonomic analysis. Fokus under denne del af interviewet er således at finde svar på, hvordan én måde at optræde/være på adskiller sig fra en anden. Med eksemplet fra fig. 7 vil det sige, at undersøgeren igennem interviewet undersøger, hvordan underkategorien ”at beskytte” adskiller sig fra andre underkategorier (Spradley 1980i:128-29). Kategorierne fra taxonomic analysis repræsenteres således i det efterfølgende analyseredskab og interviewguide (bilag 4) ved kategoriens navn som tema under interviewet og udgør i den efterfølgende content analysis, qua kategoriernes placering i analyseredskabet, nøglen til besvarelse af specialets problemformulering i forhold til de enkelte taxonomiske underkategorier.

Efter at interviewene er gennemført og transskriberet gennemlæses det empiriske materiale for at opnå et helhedsindtryk derefter analyseres og dekontekstualiseres materialet med begreber, taxonomic underkategorier og undersøgelsesspørgsmål fra analyseredskabet, hvorved en målrettet og stringent besvarelse af specialets problemformulering sikres. Det empiriske materiale analyseres med andre ord ved i teksten at lede efter begreber, underkategorier og besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålene, hvorved materialet mister sin oprindelige kontekst. Svarene kodes og tolkes efterfølgende for mening i forhold til problemformuleringen og materialets egen menings skabende sammenhæng og kondenseres derved. Resultatet rekontekstualiseres og kategoriseres afslutningsvis efter temaer, dvs. at det kondenserede resultatet, før det præsenteres, tilbageføres og sammenholdes med det oprindelige empiriske materiale for derved opdage og undgå forkert eller misledende tolkning (Bjerrum 2005a;Dey 1993a:Kap.3). For at udvinde en besvarelse af specialets problemformulering i forhold til analyseresultaterne fra undersøgelsens trin I og II anvendes content analysis på samme måde som beskrevet oven for. Da denne del af det empiriske materiale i forvejen er kategoriseret qua domain og taxonomic analysis og for at bevare de kulturelle domæner herunder semantiske relationer følger analyseprocessen imidlertid først ovenstående beskrivelse fra kodningen.

Antagelser, formål, afgrænsning:	Begreber:	Kategorier:	Undersøgelses-spørgsmål:
<p><u>1. Antagelse:</u> Sygeplejerskerne anvender personlige egenskaber i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient, og at disse egenskaber udtrykkes gennem udsagn og handling i praksis herunder i situationer, hvor patient og sygeplejerske interagerer med hinanden.</p>	Personlige egenskaber, kendetegn, interaktion.	<p><i>1. Kategori A):</i> Sygeplejerskens måde at optræde/være på. <i>Begreber:</i> Personlige egenskaber, kendetegn, interaktion, psykiatrisk sygeplejerske, praksis, hospitaliseret, akut/intensiv, psykiatrisk, patient.</p>	Hvilke personlige egenskaber, forstået som det der kendetegner den sygeplejerskens måde at optræde/være på, gør den psykiatriske sygeplejerske brug af i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis?
<p><u>Formål og afgrænsning:</u> Hvad kendetegner psykiatriske sygeplejerskers væsentlige måde at være/optræde på overfor den akut/intensiv, hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis</p>	Psykiatrisk sygeplejerske, praksis, hospitaliseret, akut/intensiv, psykiatrisk, patient.		
<p><u>2. Antagelse:</u> At sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på ikke forekommer tilfældigt men afhænger af interaktionen, konteksten og af en bagvedliggende mening herunder en terapeutisk intention der knytter sig til sygeplejerskens måde at optræde/være i interaktionen med den akut/intensive, hospitaliserede psykiatriske patient.</p>	Intention, personlige egenskaber, terapeutisk.	<p><i>2. Kategori A):</i> Sygeplejerskens intention. <i>Begreber:</i> Intention, mening, personlige egenskaber, psykiatrisk sygeplejerske, praksis, hospitaliseret, akut/intensiv, psykiatrisk, patient.</p> <p><i>3. Kategori:</i> Terapeutiske sygepleje. <i>Begreber:</i> Terapeutisk, personlige egenskaber, intention, psykiatrisk sygeplejerske, praksis, hospitaliseret, akut/intensiv, psykiatrisk, patient.</p>	<p>Hvilken intenderet betydning/mening tillægger den psykiatriske sygeplejerske at personlige egenskaber, (udledt af kategori 1A), har i forhold til den akut/intensiv hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis?</p> <p>Hvilken betydning har den psykiatriske sygeplejerskes hensigt med anvendelsen af personlige egenskaber i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis (udledt af kategori 2) i forhold til den begrebet terapeutisk?</p>

Fig.8. Oversigt over analyseredskabets konstruktion.

2.2.6. Analyseredskab.

1. Kategori: Sygeplejerskens måde at optræde/være:

A) Fra undersøgelsens formål, afgrænsning samt første antagelse hentes begreberne; hospitaliseret, kendetegn, akut/intensiv, praksis, psykiatrisk, patient og personlige egenskaber. Dette nuancerer problemformuleringen til følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilke personlige egenskaber, forstået som det, der kendetegner sygeplejerskens måde at optræde/være på, gør den psykiatriske sygeplejerske brug af i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis?*

Inklusionskriterier: Udsagn, der beskriver væsentlige egenskaber kendetegnende for den psykiatriske sygeplejerskes måde at være/optræde i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede psykiatriske patient (Becker-Christensen & Olsen 2000:167).

B) Fra samme grundlag og med de samme begreber som 1. kategori A kombineres disse med underkategorierne hentet fra taxonomic analysis: At tvinge, At udtrykke, vise og skabe: sympati, "et tillidsfuldt for hold", "respekt", åbenhed, ro, "Starte en relation", "at vise at jeg er her og at jeg vil bruges", noget positivt, være beskyttende, At "skaffe sig et billede af hvordan pt. har det", "sidde fastvagt", "At hjælpe", "At snakke", humor, konfrontere, motivere, grænsesætning.

Herved er det muligt at udfælde følgende undersøgelsesspørgsmål:

Hvad kendetegner sygeplejerskens væsentlige måde at optræde på i forhold til ovenstående underkategorier?

Inklusionskriterier: Udsagn, der beskriver underkategorierne som kendetegn for den psykiatriske sygeplejerskes måde at være/optræde i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede psykiatriske patient.

2. Kategori: Sygeplejerskens intention:

A) Med begreberne; hospitaliseret, akut/intensiv, praksis, patient, psykiatrisk og intention udledt af specialets formål, afgrænsning samt anden antagelse udfældes følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilken intenderet betydning/mening tillægger den psykiatriske sygeplejerske at personlige egenskaber, (udledt af 1. kategori A), har i forhold til den akut/intensiv hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis?*

Inklusionskriterier: Udsagn, der beskriver sygeplejerskens egen forståelse af hensigt med anvendelsen af personlige egenskaber forstået som måde at

optræde/være på i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede psykiatriske patient (Becker-Christensen & Olsen 2000:344, 167).

B) Fra samme grundlag og med de samme begreber som 2. kategori A) er det muligt at udlede og udfælde følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilken intenderet betydning har personlige egenskaber, udledt af 1. kategori B), for den akut/intensiv hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis?*

Inklusionskriterier: Udsagn, der beskriver sygeplejerskens egen forståelse af hensigt med anvendelsen af personlige egenskaber, forstået som måde at optræde/være på i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede psykiatriske patient og udledt af taxonomic analysis (Becker-Christensen & Olsen 2000:344, 167).

3. Kategori: Terapeutisk sygepleje:

Med begreberne; hospitaliseret, akut/intensiv, praksis, patient, psykiatrisk og terapeutisk udledt af specialets formål, afgrænsning samt anden antagelse udfældes følgende undersøgelsesspørgsmål: *Hvilken betydning har den psykiatriske sygeplejerskes hensigt med anvendelsen af personlige egenskaber i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis (udledt af 2. kategori A+B) i forhold til den begrebet terapeutisk?*

Inklusionskriterier: Udsagn der beskriver anvendelsen af personlige egenskaber, hvis bagvedliggende hensigt er at bedre, hjælpe og støtte patienten i dennes håndtering af egen sygdomssituation herunder at lære patienten selvindsigt og mestrings/problemløsningsstrategier i forhold til dette (Gildberg 2006;Hummelvoll 1998e:475;Peplau 1988:8-16).

2.3. Det empiriske materiale.

For at kunne besvare specialets problemformulering i tråd med formål og afgrænsning bestemmes det empiriske materiale til kun at omfatte udsagn og observationer af psykiatriske sygeplejerskers interaktion med akut/intensive, hospitaliserede, psykiatriske patienter. Denne afgrænsning betyder, at det empiriske materiale ikke kan indeholde direkte observationer eller udsagn omkring eller fra patienterne og dermed ikke besidder udsagnskraft herom, idet dette falder uden for specialets fokus og omdrejningspunkt.

2.3.1. Præsentation af afdeling og aktører.

For at sikre at det empiriske materiale besidder validitet i forhold til specialets problemformulering, opstilles følgende inklusionskriterier på baggrund af afgrænsning, formål og antagelser:

I) Afdelingen, hvor undersøgelsen gennemføres, skal være akut/intensiv psykiatrisk afdeling for at kunne besvare specialets problemformulering. Dette kriterium afgrænser det empiriske materiale til kun at søge besvarelse af problemformuleringen i forhold til den specifikt afgrænsede kontekst.

II) Som en konsekvens af specialets afgrænsning og for at afgrænse mængden af deltagere i forhold til specialets plads- og tidsmæssige begrænsninger skal deltagerne i undersøgelsen skal være uddannede sygeplejersker. Dette kriterium opstilles velvidende, at andre faggrupper på samme måde som sygeplejerskerne er en del af den daglige interaktion og pleje af de akut psykiatriske patienter. På den anden side betyder denne afgrænsning muligheden for at fastholde et tilnærmeligt ensartet uddannelsesmæssigt og dermed sammenligneligt udgangspunkt for aktørerne. III) Deltagerne skal arbejde med akut/intensive, hospitaliserede, psykiatriske patienter. Dette kriterium er nødvendigt for at sikre aktørernes udsagnskraft i forhold til den afgrænsede kontekst og patient gruppe.

	Dage i felten:	Aktører antal/nr.:	Aktører år i psykiatri:	Aktører år i afdeling:	Aktører alder:
Trin I	8*	1	1	1	29
		2	5	0	29
		3	10	1	40
		4	5	1	54
Trin II	11**	1	-	-	-
		2	-	-	-
		3	-	-	-
		4	-	-	-
Trin III	4***	1	-	-	-
		2	-	-	-
		3	-	-	-
		4	-	-	-
	Feltdage i alt: 23	Aktører i alt: 4	Gennemsnit år i psyk.: 5,25	Gennemsnit år i Afd.: 0,75	Gennemsnitsalder: 38

Fig. 9. Præsentation af aktører. (*4 dagvagter, 4 aftenvagter.** 11 dag & aftenvagter fordelt på 4 aktører, 1 afløst feltdag. 8 bandede uformelle samtaler. *** 4 interview a gennemsnitlig 85 min. varighed.)

Afdelingen er efterfølgende udvalgt ved brug af en gatekeeper, dvs. en person der kan give/skabe adgang til felten, i dette tilfælde en afdelingssygeplejerske på et større dansk psykiatrisk hospital (Hammersley & Atkinson 1995a:55-56; Kristiansen & Krogstrup 1999a:139). Det betyder omvendt at afdelingen således ikke er udvalgt på baggrund af et forhåndskendskab til de konkrete forhold eller den eksisterende afdelingskultur, men derimod udvalgt på baggrund af adgangsmuligheden og inklusionskriterierne. Som konsekvens heraf er sammensætningen af deltagere i undersøgelsen opstået ud fra den naturlige forekomst af sygeplejersker i pågældende afsnit, idet alle sygeplejersker, der opfylder ovennævnte kriterier, er inkluderet i undersøgelsen (fig.9.).

Ved at se nærmere på fig. 9 bliver den store variation i forhold til aktørernes alder, antal år i psykiatrien og afdeling tydelig. Denne spændvidde anses i forhold til besvarelsen af specialets problemformulering for at udgøre en mulig fordel idet det empiriske grundlag, således indeholder en naturlig dataspændvidde fra ”den nye sygeplejerske” til den ”erfarende sygeplejerske”. Samtidigt bliver det jf. fig. 9 tydeligt, at ingen af de 4 aktører har været ansat på afdelingen i længere end 1 år, hvilket måske kan siges at indskrænke rækkevidden af det empiriske materiale, idet man kunne fremføre, at sygeplejerskerne, som gruppen, er for ny til at kunne udtrykke en fælles adfærd og intention med sygeplejen. Omvendt peger optegnede refleksioner, jf. specialets notatkategorier, på at det netop lader til at være gruppens relativt korte levetid som fællesskab der tydeliggør de forskellige kontraster og nuancer i sygeplejerskernes måde at optræde på og de forskellige intentioner hermed, idet disse endnu eksplicit forhandles af gruppen.

2.3.2. Feltnoter, båndoptagelser og transskription.

Alle observationer, samtaler, personlige indtryk, metodiske/analytiske overvejelser samt refleksioner over egen for-forståelse og påvirkning af observationerne er nedskrevet i feltnoter. Først i kondenseret form eksempelvis stikords form eller stærkt sammenskrevet form og herefter indtalt på bånd, således at notaterne vha. genkaldelse foldes ud i maksimal detaljegråd. Hvor aktørerne taler, er dette nedskrevet i verbatim⁸ og dermed i aktørernes eget sprog.

⁸ Verbatim: Observationer transskriberes ”ord for ord” (Hårbøl, Schack, & Spang-Hansen 2002:972).

Optagelser af feltnoter, interview og uformelle samtaler er ved afslutningen af hvert trin transskriberet fra bånd til tekst. Transskriptionen er først gennemført verbatim og derefter gennemlyttet for evt. fejl. Personfølsomme oplysninger der vil kunne afsløre aktørernes eller afdelingens identitet, er slettet jf. det efterfølgende afsnit omkring etiske overvejelser (Hammersley & Atkinson 1995b:181,191-192;Kristiansen & Krogstrup 1999a:152-152;Roper & Shapira 2000b:84-85;Spradley 1980f:63,67,69-70).

2.3.3. *Etiske overvejelser.*

I forhold til undersøgelsens problemformulering og formål foreligger væsentlige etiske overvejelser omkring inddragelse af data om afdelingens patienter.

Sammenfattet finder dette speciale, at der ikke bør indhentes personlige data fra patienterne, idet der kan rejses spørgsmål om samtykkeerklæringens gyldighed ved akut psykisksyge patienter. Idet omfang sygeplejersken udtrykker personfølsomme oplysninger om patienten i interview eller uformelle samtaler, er dette således slettet, ligesom observationerne i tråd med specialets problemformulering afgrænses til kun at omfatte sygeplejersken.

Ud fra specialets afgrænsning, formål, metode og problemformulering er der via gatekeeper søgt tilladelse fra afdelings og hospital ledelse, og undersøgelsen er fremlagt på personalemøde for evt. deltagere. Endvidere har undersøgelsen tilladelse fra datatilsynet⁹, hvorved lov nr. 429 og 280 samt datatilsynets vilkår overholdes. Dette betyder bl.a. at alle data er opbevaret under dobbelt password og 126 bits kryptering og at personfølsomme data ved undersøgelsens afslutning er slettet jvf. datatilsynets vilkår om multipel overskrivelse¹⁰.

Efterfølgende er patienter, det øvrige personale samt sygeplejersker i afsnittet informeret om undersøgelsens formål, varighed og er garanteret fuld anonymitet. Endvidere er der indgået skriftlig samtykkeerklæring med deltagere i undersøgelsen, og disse er således indforstået med undersøgelsens konsekvenser, formål, metode, varighed, fortrolighed/tavshedspligt, rettigheder og resultaternes tilgængelighed før under og efter interviewet (bilag 3.). Der ud over er undersøgelsen fremlagt

⁹ Se journalnummer: 2006-41-6100 på www.datatilsynet.dk.

¹⁰ Multipel overskrivelse: Data er slettet og overskrevet 35 gange.

telefonisk for etisk komite og har herfra fået tilladelse, idet undersøgelsen ikke overtræder komitélovens §.7 lov nr. 402 (Kvale 2004a:117,124-125).

2.4. Om datakonstruktion og forskning i eget felt.

Det sværeste ved etnografiske undersøgelser er undersøgelser i egen kultur. En ukendt kultur fremstår i sagens natur fremmed for betragteren, hvorimod undersøgelser i egen kultur sker på baggrund af et kendskab til den eksisterende kultur. Derfor ligger der givetvis et stort stykke arbejde foran den, der undersøger en fremmet kultur, men et endnu større arbejde foreligger således den, der ønsker at undersøge sin egen kultur, idet han må søge at vide, hvad han allerede ved og være villig til at opgive sin indforståethed. Ellers risikerer han at overse eller at tage brugen af adfærd, viden, genstande og den uartikulerede mening for givet (Hastrup 1992a:22;Heggen & Fjell 2003:79-80;Roper & Shapira 2000a:16). Således udgør mit eget arbejde som sygeplejerske på en retspsykiatrisk afdeling en vigtig del af specialets for-forståelse. Især når det som i dette speciale gælder om at beskrive og forstå sygeplejerskens væsentlige måde at optræde/være på og den mening, i hvilken dette sker, vil betydningen af samme grund let kunne foregribes. Observationen af en personlig egenskab som f.eks. at være lyttende kan således under datakonstruktionen let blive en underforstået observation, idet jeg med min for-forståelse kunne sidestille denne observation med begrebet containing og derved overse vigtige forskelle. Det vil kunne medføre cirkelsluttende forklaringer i datakonstruktionen, hvor f.eks. at lytte i datakonstruktionen forklares ved handlingen ”containing” og samme handling forklare egenskaben (Wadel 1991b:66,68-69). Vejen ud af dette er ifølge Wadel at forklare aktørens adfærd ud fra interaktionens gensidige påvirkning, hvilket umiddelbart må problematiseres i forhold til dette speciale, idet observationerne heri udelukkende fokuserer på sygeplejersken og ikke patienten. Specialets vej ud af ovenstående problematik er imidlertid at beskrive observationerne fuldt ud og sådan, som de konkret fremstår i praksis. Det betyder, at ”dækkbegreper” som eksempelvis at lytte bevidst undlades i feltnoterne og i stedet erstattes med konkrete beskrivelser, hvilket efterfølgende sammenholdes med indblikket i aktørernes hensigt og deres egen konstruktion af mening i forhold til brugen af den personlige egenskab. På den måde søger specialet at forklare aktørens adfærd ud fra dennes konkrete adfærd, som den kan iagttages

udefra og aktørens egen konstruktion af mening i forhold til denne adfærd (Wadel 1991b:66,69).

Som tidligere anført betragtes data i dette speciale ikke som noget, der i sin færdige form ligger ”derude” og som kan hentes ind, men i høj grad noget, der konstrueres af undersøgeren gennem iagttagelser og samtaler (Heggen & Fjell 2003:67). Når dette speciale således søger at opnå indsigt i, hvordan aktørerne skaber mening i forhold til egen adfærd, hviler dette på den betingelse, at undersøgeren i et metodisk fastsat omfang interagerer med aktørerne for her ud fra at kunne konstruere og afprøve, hvad der måtte fremstå som den bagvedliggende mening. Undersøgerens interaktion og dermed påvirkning af aktørerne er således en uadskillig del af den i specialet anvendte metode. Frem for ikke at vedkende sig dette må den logiske følge heraf være, at undersøgeren på forhånd opstiller en metodisk fremgangsmåde, der sikrer ensartede rammer for interaktion med feltets aktører. Det vil f.eks. sige, at den passive observation og den dertilhørende rolle som ”fluen på væggen” under trin I er søgt fastholdt i hele perioden overfor alle aktører, og at datakonstruktionen hele tiden er sket ud fra de i metoden fastlagte kategorier. Rollen som ”Fluen på væggen” er aktørernes egen betegnelse og er et resultat af et bevidst metodisk forsøg på at etablere en position med størst mulig distance til aktørerne under trin I. På samme måde er rollen som ”Min skygge” ligeledes et resultat af et bevidst skift i rolle og position som følge af trin II og afspejler rollen som moderat deltagende i feltets sociale situationer.

Undersøgeren er således selv en del af instrumentet til datakonstruktionen, og instrumentets reliabilitet afhænger derfor i høj grad af undersøgerens kritiske opmærksomhed på sig selv ikke kun i forhold til hvilken rolle, der indtages, men i forhold til alle områder af datakonstruktionen. For at imødegå dette gør specialet særligt brug af en konstant kritisk refleksion under datakonstruktionen, som den blev præsenteret i fig.4 (Hastrup 1992b:53-54;Heggen & Fjell 2003:70-71).

Refleksion over egen for-forståelse, påvirkning af aktørerne, roller, udvælgelse af og fokus i observationer og samtaler, metodeanvendelse og gyldighed i forhold til problemformulering er således aktivt inddraget i datakonstruktions og analysearbejdet ved at indsamle og gennemføre refleksion over dette i feltnoter (jf. fig. 4.) mhp. at søge imod en ensartet datakonstruktion under de enkelte trin og dermed gøre op med fejl og skævvridende forhold uden datakonstruktionen (Roper & Shapira 2000b:83).

3. Præsentation og diskussion af undersøgelsesfund.

Som resultat af ovenstående fremgangsmåde vil undersøgelsesresultatet i det efterfølgende blive præsenteret under de overordnede temaer; den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber og temaet; den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber. Under hvert af de to overordnede temaer er specialets problemformulering i de efterfølgende afsnit således besvaret og diskuteret i en række undertemaer, sådan som de er fremkommet ved analyse af det empiriske materiale.

3.1. Den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende & tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber.

Den efterfølgende præsentation og diskussion peger på, at sygeplejerskernes anvendelse af personlige egenskaber i interaktionen med den akut hospitaliserede, psykiatriske patient særligt kendetegnes ved brugen af den uformelle snak, humor, vedholdenhed, imødekommenhed, ærlighed, at turde, at læse, at være forudseende, at lytte og at rumme. Disse måder at optræde/være på ser atter ud til at være kendetegnet ved at finde sted på afdelingens fællesarealer og sprogligt at være fri for sygdom samt at lægge vægt på det uformelle, medmenneskelige, fælles genkendelige og ”normale” i forholdet mellem patient og sygeplejerske. Den bagvedliggende intention og rationale ser ud til at indebære at sygeplejerskerne gennem disse måder at optræde/være på søger at vedligeholde eller vinde patientens tillid ved først og fremmest at distancere sig fra den komplementære rolle som sygeplejerske (hjælper) og i stedet optræde i rollen som medmenneske. Ud fra sygeplejerskernes egen forståelse er dette på den ene side nødvendigt, fordi patienterne pga. sygdomsbetingede tilstande samt tidligere erfaringer har svært ved at fatte tillid til plejepersonalet. På den anden side peger undersøgelsen på, at sygeplejerskerne eksempelvis bruger den uformelle ”snak” og humor til at observere patienten i forhold til, hvad sygeplejerskerne finder ”normalt”, og af denne grund diskuteres spørgsmålet om, hvorvidt sygeplejersken reelt møder patienten som medmenneske eller om dette er udtryk for en konflikt mellem to modsatrettede diskurser med dertilhørende roller.

Undersøgelsen peger samtidigt på, at den manglende italesættelse af sygdom og

deraf egenskabernes uformelle, medmenneskelige karakter ser ud til at være betinget af det fysiske rum, hvori egenskaberne bringes til anvendelse, og at dette yderligere ser ud til at være tilknyttet en parallel brug af to relationsformer herunder den ”connected” og terapeutiske relation.

Den relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber ser således ikke ud til at indeholde muligheden for italesætte sygdom, hvorfor brugen af egenskaberne på ingen måde ser ud til intentionelt at forholde sig til begrebet terapeutisk men derimod, pga. den tillidsskabende hensigt, at være før-terapeutisk, idet denne hensigt fremstår grundlæggende nødvendig for at kunne blive i stand til at hjælpe, støtte, lære og bedre patientens håndtering af egen sygdomssituation og ser dermed ud til at udgøre grundlag for den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber.

3.1.1. Den uformelle ”snak”.

Den uformelle ”snak” eller ”at snakke” er et af specialets mest dominerende og gennemgående temaer hos alle aktører i både observationer og interviews og ser ud til at være tæt knyttet til sygeplejerskernes forsøg på at etablere sig i rollen som medmenneske i interaktionen med den akut/intensivt indlagte psykiatriske patient. Brugen af ”at snakke”, som måde at optræde/være på kendetegnes således ifølge det samlede empiriske materiale ved, at sygeplejerskerne taler med patienterne om hverdagsemner, som eksempelvis vejret, fritidsinteresser, tv, biler osv.

Denne hyppige og særlige måde, at optræde på ser ud til gentagende at finde sted under uformelle forhold på fællesarealer, tv-stue, gåture m.m. og står dermed i kontrast til samtaler omhandlende sygdom eller symptomer, idet disse typisk finder sted på patientens stue eller bag lukkede døre og som hovedregel er kendetegnet ved sygeplejerskernes forsøg på at hjælpe patienten.

At optræde ”snakkende” adskiller sig derimod ved fraværet af sygdom eller sygdomsbetingede oplevelser i samtalen og kendetegnes ved i stedet at omhandle noget fælles tredje f.eks. vejret og dermed noget alment menneskeligt, ”normalt” og genkendeligt for begge parter. Dette fravær af sygdom i samtalen lader samtidigt til at betyde fraværet af sygeplejerskens rolle som hjælper, idet hjælperollen ifølge undersøgelsens empiriske materiale fremstår som den

komplementære rolle til patienten og dennes sygdomssituation (Svabø, Bergland, & Hæreid 1998:86). Ved fraværet af sygdom i den uformelle ”snak” ser således ud til at iscenesætte et møde mellem to mennesker frem for et møde mellem sygeplejerske og patient (hjælper – syg).

”Det kan jo gøre at man skiller sig ud. På en eller anden måde til at at der bliver dannet en anden form for kontakt og derved den der tillid. at ... man er ikke bare er et personale med sit skilt og sin alarm men at de også ser mig som et menneske.”

Ovenstående citat understreger sammen med det samlede empiriske materiale ”bruddet” med den komplementære sygeplejerske – patient rolle og peger samtidig på hensigten med den uformelle ”snak” nemlig, at signalere medmenneskelighed og genkendelighed for derigennem, at vinde eller styrke patientens tillid til sygeplejersken som medmenneske. Det empiriske materiale peger således på det bagvedliggende rationale om, at sygeplejerskerne ved brug af den uformelle ”snak” herunder det uformelle fælles genkendelige i samtalen og fraværet af sygdom søger at tilkendegive sig selv som medmenneske i interaktionen med patienten og derigennem vinde patientens tillid for der ud fra efterfølgende at blive i stand til at etablere sig som hjælper i relationen (Hummelvoll 1998b:421,424,429,432). Denne ”kamp” om at vinde patientens tillid og dermed adgangen til rollen som hjælper finder støtte i en række forskningsresultater inden for samme område og ser ud til at modsvare det i indledningen præsenterede ønske fra regeringens side om særlige personlige egenskaber iblandt sygeplejerskerne. Dette nuanceres imidlertid af specialets fund, idet tilliden her ikke fremstår som en personlig egenskab men i højere grad som en hensigt bag anvendelsen af eksempelvis ”at snakke” (Cleary, Jordan, Horsfall, Mazoudier, & Delaney 1999;Cleary 2003;Heifner 1993;Hummelvoll 1998a:343,349;Jones 2005;Martin & Street 2003;Repper, Ford, & Cooke 1994). Fundet rejser imidlertid spørgsmålet om, hvorfor strategien omkring den uformelle ”snak” overhovedet er nødvendig? - Er det ikke sådan, at tilliden, som Løgstrup fremfører, normalt er grundlæggende i det første møde, med mindre mennesket har særlig grund til andet? Ifølge aktørernes egen forståelse og i overensstemmelse med den i indledningen anførte lærebogslitteratur er kampen om patientens tillid imidlertid betinget af en

væsentlig mistillid som ifølge sygeplejerskerne har sit udspring i patientens manglende sygdomsindsigt og erkendelse, tidligere oplevelser af svigt eller sygdomsrelaterede mistillid eksempelvis som følge af paranoide, psykotiske symptomer m.m. (Gildberg 2006;Hem & Heggen 2004;Hummelvoll 1998a:343, 345, 349;Løgstrup 1962:17;Lublin 1998:126;Strand 1990c:78-79). Man kunne således ud fra sygeplejerskernes egen forståelse fremføre, at patientens grundlæggende tillid til sygeplejersken er sat ud af kraft pga. patientens særlige grund til at tvivle som det er eksemplificeret ovenfor.

På den anden side henviser Løgstrup netop til det normale, hvilket jo er omdrejningspunktet i aktørernes anvendelse af den ”uformelle snak”. Det ser med andre ord ud til, at sygeplejerskerne på trods af deres egen forståelse af forholdene omkring patientens mistillid forsøger at genoprette tilliden ved igennem den uformelle ”snak” om hverdags emner, at være fælles om noget for begge parter genkendeligt/”normalt” med en bagvedliggende hensigt om på sigt, at kunne oprette en terapeutisk alliance, hvori sygeplejersken kan optræde som hjælper (Krogh 2002:199;Løgstrup 1962:17). Temaet og dermed hensigten med denne måde at optræde på ser overraskende ud til at falde sammen med hvad Morse mfl. betegner som ”chatting” forstået som et redskab eller strategi til, at lære hinanden at kende og opbygge relationer, hvilket bekræftes af specialets fund. Ligeledes ser der ud til at være sammenfald mellem temaet ”at snakke”, og hvad Morse betegner som ”connected relationship”, hvori sygeplejersken modsat den terapeutiske relation i første omgang søger at etablere et menneske til menneskeforhold til patienten for derudfra at kunne optræde som hjælper for patienten (Fenwick, Barclay, & Schmied 2001;Morse 1991;Williams & Irurita 2004). Intentionen med den ”uformelle snak” ser således som udgangspunkt ud til at være før-terapeutisk i sin anvendelse, idet sygeplejerskerne ud fra deres egen forståelse om patientens mistillid som udgangspunkt endnu ikke kan optræde som hjælper, idet en sådan relation vil forudsætte, at patienten har tillid til hjælperen, hvorfor sygeplejersken ved anvendelsen af egenskaben ”at snakke” i første omgang søger at vinde patientens tillid med en ikke komplementær rolle som medmenneske (Morse 1991). At egenskaben i forhold til patienten ikke intentionelt anvendes med terapeutisk sigte ser samtidigt ud til at bunde i det forhold, at den uformelle ”snak” som tidligere beskrevet kendetegnes ved sprogligt at være fri for sygdom eller sygdomsrelaterede oplevelser, hvilket derfor

i sagens natur umuliggør, at sygeplejerskerne direkte, verbalt og på terapeutisk vis befatter sig med patientens håndtering af egen sygdomssituation. Fundet bekræfter således de i indledningen anførte antagelser omkring sygeplejerskernes intentionelle anvendelse af personlige egenskaber men nuancerer dog samtidig dette ved at understrege, at ikke alle personlige egenskaber ser ud til at blive fremsat med en terapeutisk intention. Den bagvedliggende hensigt med anvendelsen af personlige egenskaber ser således i høj grad også ud til at kunne rette sig imod etableringen af sygeplejerskens rolle som medmenneske. Et eksempel herpå er brugen af humor som en særlig positiv måde at optræde/være på og som del af den ”uformelle snak”.

3.1.1.1. Humor.

Humor eller at optræde/være humoristisk er ligeledes repræsenteret som tema hos alle aktører i både deltagerobservationer og interviews og kendetegnes i det empiriske materiale ved at tage udgangspunkt i, hvad sygeplejersken og patienten sammen kan opfatte som sjovt og grine af dvs. en handling, et udsagn eller en situation, hvori det sjove kan genkendes af begge parter (Hummelvoll 1998b:421). Brugen af humor repræsenterer, ifølge sygeplejerskernes egen forståelse, samtidig en fare for at blive misforstået, idet patienten er eller kan være ”*konkrettænkende*” og dermed ude af stand til at forstå anvendelsen af humor, hvorfor brugen af humor, ifølge sygeplejerskerne, er kendetegnet ved at tage udgangspunkt i en individuel vurdering og en hensyntagen til patienten. Denne særlige hensyntagen ser ud til at udtrykke en bagvedliggende regel om harmløs anvendelse, dvs. at den anvendte humor ikke latterliggør eller nedværdiger patienten. Vurdering derimod ser ud til at bekræfte specialets antagelse om, at anvendelsen af særlige måder at optræde/være på er situationsbestemt og sker på baggrund af sygeplejerskens kendskab til patienten, patientens reaktion og en slags situationsfornemmelse eller følelse, af hvornår anvendelsen af humor er på sin plads. Dette ser ud til at finde støtte blandt internationale forsknings resultater og kan i denne sammenhæng ses som et udtryk for generaliserbarhed, det vil sige, at fundet ikke kun ser ud til at opstå som resultat af den specifikke kultur og afdeling, hvori undersøgelsen er foretaget, (specialets empiriske grundlag) men derimod ser ud til at række ud over dette (Dunn 1993;Hansen 2001:104;Struthers 1999). Brugen af humor kendetegnes således typisk ved smil og latter og tilskrives endvidere noget fælles

positivt, befriende og livsbekræftende af både specialets aktører og lignende resultater (Dunn 1993).

På samme måde som den ”uformelle snak” er det imidlertid empirisk tydeligt, at brugen af humor fra sygeplejerskens side ser ud til at knytte sig til virkeligheden, det ”normale” og det almen menneskelige ved sprogligt at være fri for sygdom.

” Det er jo ikke fordi at at humor får denne her patient til at stole mere på mig men de mærker mig mere som person og så får man mere tillid [...] Altså at man er menneske og man og også det at at jeg vælger at se vores patienter som er sindssyge, som mennesker. De er ikke bare sindssyge det her det er faktisk et individ, det er et menneske og også.”

Dette tydeliggøres i ovenstående citat, hvor en af aktørerne, sammenstemmende med den øvrige empiri udtrykker, at humor og brugen heraf skal understrege et menneske til menneske-forhold ved fraværet af sygdom. Humor ser således ifølge empirien ud til at være nært beslægtet med den ”uformelle snak”, hvad angår intentionen, idet begge ifølge empirien er nært forbundet med tillid og etableringen af sygeplejersken i rollen som medmenneske med den bagvedliggende hensigt om på sigt at blive hjælper og ressourceperson i patientens netværk. Anvendelsen af humor ser således ud til at understrege en form for tillid, der kommer til udtryk ved, at både sygeplejersken og patient må prøve sig frem og kun kan håbe på at blive forstået rigtigt og imødekommet, ved at den anden viser forståelse i forhold til den anvendte humor. På den måde ser humor ud til at udtrykke en grundlæggende almen menneskelig tillid til, at den anden vil komme een i møde (Hansen 2001:105;Løgstrup 1962:17-40). Det er ifølge empirien med dette almen menneskelige, at den komplementære rolle som sygeplejerske - patient, fra sygeplejerskernes side, søges ophævet og erstattet med tilliden til den ikke-komplementære rolle som medmenneske. Hensigterne ser således ved første øjekast ikke ud til at være terapeutiske, idet brugen af humor ikke direkte anses som et redskab til selvindsigt eller støtte, hjælp og bedring af patientens evne til håndtering af egen sygdomssituation men derimod som redskab til etablering og vedligeholdelse af en tillidsfuld relation mellem sygeplejerske og patient. Hensigten er således ikke at lære patienten tillid til omgivelserne men at skabe en medmenneskelig tillid i forholdet mellem sygeplejerske og patient,

hvilket ser ud til at finde støtte i en række undersøgelser (Gelkopf, Sigal, & Kramer 1994; Struthers 1999; Sumners 1990). Herunder peger Struthers og Sumners undersøgelser imidlertid på, at humor ikke blot kan anvendes med henblik på at skabe relationer men ligeledes kan anvendes til at afvæbne potentielt farlige situationer (Braathen 1994:81; Dunn 1993; Struthers 1999; Sumners 1990; Svebak 2000:125,133-134). Specialets empiriske materiale herunder særligt deltagerobservationen lader til, at dette ved at påpege at humorens fælles medmenneskelige udtryk særligt ser ud til at blive anvendt i sygdomsbetingede og potentielle ”farlige” situationer som f.eks. tvang, grænsesætning og konfrontationer med intentionen om at fungere som en slags ventil eller udvej for patienten. Det bagvedliggende rationale peger på, at humor anvendes til at appellere til noget fælles positivt og medmenneskeligt i situationen, og derved muliggøres en kontakt til patienten. Denne kontakt kan anvendes til at afværge eller bedre potentielle ”farlige” situationer ved at ændre situationens karakter fra at være konfliktfyldt til at være positiv (Dunn 1993; Struthers 1999). Det kan således på den ene side fremføres, at brugen af humor i konfliktfyldte situationer adskiller sig fra den førnævnte tillidsskabende anvendelse af humor ved at hjælpe eller støtte patienten med at håndtere potentielle farlige situationer og således bliver anvendt med et terapeutisk sigte jf. specialets definition. På den anden side kan denne anvendelse ifølge sygeplejerskerne eget udsagn dog kun finde sted ud fra en på forhånd etableret relation, hvori patienten har fattet tillid til sygeplejersken, idet brugen af humor uden en sådan relationel tillid i den konfliktfyldte situation vil kunne misforstås og ifølge sygeplejerskerne føre til en eskalering af konflikten. Dette peger med andre ord på at den relationelle terapeutiske brug af humor er betinget af sygeplejerskens brug af de før-terapeutiske relationelt adgangsgivende og tillidsskabende personlige egenskaber. Billedet af den medmenneskelige og tillidsskabende anvendelse af de to ovennævnte egenskaber nuanceres dog imidlertid kraftigt af et andet ganske væsentligt fund nemlig, at brugen af humor og den uformelle ”snak” ifølge empirien ligeledes sker med intention om at indsamle informationer om patientens psykiske tilstand ved eksempelvis at observere, hvordan patienten opfatter humor eller er i stand til at deltage i uformelle samtaler. Denne observerende hensigt bag egenskaberne er ligeledes at genfinde som resultat hos Struthers og ser ud til at stå i skarp kontrast til intentionen om at oprette en mellemmenneskelig relation

funderet på tillid, fordi den observerende intention bag brugen af humor i interaktionen ser ud til at ske ud fra en implicit klinisk og dermed ”alvorlig” dagsorden for patienten. Alvorlig fordi patientens brug af humor gøres til genstand for kliniske observationer. Hensigten om at observere patienten står med andre ord i skarp kontrast til brugen af humor som frit medmenneskeligt, sygdomsfrit og dermed ikke-klinisk, ufarligt, ualvorligt udtryk (Braathen 1994:73,81;Gijbels 1995;Hansen 2001:114-115;Struthers 1999).

Denne særlige observerende hensigt knytter sig imidlertid både til den ”uformelle snak” og brugen af humor, og man kunne således fremføre, at hele det bagvedliggende rationale om at etablere sig som i rollen som det ikke-alvorlige, ikke-kliniske og dermed sygdomsfri og ”ufarlige”, tillidsværdige medmenneske til hver tid står i modsætning til sygeplejerskernes rolle som den, der vil finde og identificere det syge hos patienten for at blive i stand til at hjælpe patienten. På den ene side kunne dette udlægges i retning af, at sygeplejerskerne reelt håndterer intentionen om at blive medmenneske i interaktionen med patienten ”som om” dvs. en slags påtagethed af rollen som medmenneske med en slet skjult dagsorden om at psykologisere patientens brug af humor. Dette bliver særligt tydeligt ved sygeplejerskernes brug af begreberne ”konkret tænkende” og ”manglende sygdoms erkendelse” som symptom på ikke at være ”normal”. Omvendt: På baggrund af det samlede empiriske materiale og fordi dette modsætningsforhold i høj grad er tydeligt i både observationer, samtaler og interviews, lader det til, at modsætningsforholdet kan være et resultat af en modsatrettet diskurs mellem omsorgens medmenneskelige natur særligt knyttet den ufarlige rolle som medmenneske og psykiatriens diagnostiske/psykologiserende italesættelse af den psykiatriske patient som ikke normalt menneske knyttet til sygeplejerskernes komplementære rolle som hjælper (Braathen 1994:81-83;Martinsen 2003:69-71). Denne modsatrettethed eller konflikt ser imidlertid ikke ud til at ændre sygeplejerskernes væsentlige måde at optræde/være på men derimod at være indeholdt i det bagvedliggende rationale omkring brugen af personlige egenskaber og rejser derfor spørgsmålet om, hvorfor uoverensstemmelsen fastholdes?

3.1.2. At være vedholdende.

”[...] og det kan godt ske at det tager lang tid før jeg får lov til at hjælpe dem og så handler det om at jeg, gang på gang, at jeg er stadig er villig til at hjælpe selvom at du ikke siger ja første gang.. Jamen så mister jeg ikke modet og siger jamen det må hun sku også selv om altså bliver ved med at prøve til..”

Vedholdenhed er, som det fremgår af citaterne, kendetegnet ved, at sygeplejersken gentagende tilbyder patienten en mulighed for samvær og samtale på trods af afvisende udsagn eller adfærd fra patientens side. Vedholdenheden ser således ud til at indeholde en form for passiv stædighed, idet gentagelsen af tilbudet om kontakt fastholdes over tid. Som det fremgår af citaterne og den samlede empiri herunder hos tre ud af fire af specialets aktører, handler vedholdenhed om at sende et klart signal til patienten om at sygeplejersken ønsker, kan og vil kontakten til patienten på trods. Hensigten er ifølge empirien at fastholde rollen som medmenneske dvs. en person, som patienten kan stole på og åbne sig for, hvilket finder støtte i Hummelvolls beskrivelse af sygepleje til patienter med borderline diagnose (Hummelvoll 1998g:277,281;Strand 1990c:78-80). Hvorvidt egenskaben kun bringes til anvendelse overfor en specifik gruppe patienter ligger imidlertid pga. undersøgelsens eksplorerende karakter udenfor specialets afgrænsning. Det betyder således, at ingen af de præsenterede fund, pga. af den i indledningen valgte bredde i problemformuleringen forholder sig til en diagnose specifik anvendelse af personlige egenskaber, hvilket kunne se ud til at begrænse fundenes anvendelighed i forhold hertil. Omvendt tager problemformuleringen særligt højde for dette forhold, idet der gennem problemformuleringen og metodens opbygning særligt konstrueres data i forhold til hensigten med anvendelsen af en bestemt måde at optræde/være på. Det vil sige, at såfremt en personlig egenskab bringes til anvendelse med en diagnose specifik hensigt, vil dette være en del af fundet. Det er med andre ord muligt for sygeplejerskerne selv, at angive diagnostiske forhold såfremt disse spiller en rolle for eller i interaktionen med patienten herunder for anvendelsen af personlige egenskaber. Hvor personlige egenskaber således, ifølge sygeplejerskerne, er tiltænkt at have betydning for bestemte patientgrupper, er disse, som det skal fremgå af denne præsentation og diskussion, anført.

I forhold til at optræde vedholdende ser det bagvedliggende rationale imidlertid

ikke ud til at indeholde en primær hensigt om direkte at hjælpe, støtte, eller bedre patientens håndtering af egen sygdomssituation men derimod at skabe tillid ved, at patienten gentagende oplever, at sygeplejersken vender tilbage og viser, at han/hun ”vil” patienten. Patientens oplevelse af sygeplejerskens vedholdenhed er ifølge sygeplejerskerne selv således endnu een af nøglerne til den tillidsfulde relation, der skal udgøre fundamentet for den alliance, der er nødvendig for at sygeplejersken på sigt kan blive i stand til at hjælpe patienten.

Egenskaben og dele af den bagvedliggende intention med anvendelsen ser endvidere ud til at falde sammen med, hvad Strand kalder regelmæssighed og kontinuitet, idet disse ligeledes indeholder en slags stædig vedholdenhed i tilbudet om kontakt og ligeledes sigter at vække patientens tillid (Strand 1990c:78-80). Dette rejser spørgsmålet om, hvorvidt intentionen om at skabe eller opnå tillid ikke i sig selv er at betragte som terapeutisk?

Ud fra sygeplejerskernes egen forståelse kan man jo fremføre, at den manglende tillid er et resultat af sygdom (feks. et paranoidt symptom), og at brugen af de tillidsskabende egenskaber derfor retter sig imod at hjælpe, støtte og bedre patientens håndtering af egen sygdomssituation ved at støtte patienten i at etablere en tillidsfuld relation til sine omgivelser. Dette lader dog imidlertid ikke til at være tilfældet, idet sygeplejerskerne ifølge det empiriske materiale ikke tilskriver brugen af de tillidsskabende egenskaber intentionen om at modvirke mistillid, men derimod ved at lægge vægt på det medmenneskelige tilskriver anvendelsen af de tillidsskabende egenskaber en relationsskabende og vedligeholdende intention. Omvendt tilskriver en enkelt af undersøgelsens deltagere under det semistrukturerede interview brugen af ”vedholdenhed” en intention om at modvirke sygdomsbetingede følelser af lavt selvværd og ligegyldighed hos patienten og tillægger således egenskaben en støttende funktion i forhold til patientens håndtering af egen sygdomssituation. Det bagvedliggende rationale er således, at sygeplejersken igennem vedholdenheden viser patienten, at denne har værdi og derved er i stand til at øge patientens selvværd og selvtilid. Fundet lider imidlertid, pga. metodens opbygning den svaghed, at interviewresultatet ikke er efterprøvet med yderligere deltagerobservationer, hvilket betyder, at fundet ikke har kunne bekræftes igennem konkrete observationer eller uformelle samtaler modsat den tillidsskabende intention bag vedholdenheden. Denne metodiske svaghed peger derfor på nødvendigheden af yderligere undersøgelser af området.

3.1.3. At være ærlig & imødekommende.

Det empiriske fund af egenskaberne ærlighed og imødekommendehed udgør et centralt tema hos tre ud af fire af specialets aktører i både interviews og observationer. At være ærlig og optræde ærligt kendetegnes ifølge specialets empiriske materiale ved, at sygeplejersken svarer og optræder sandfærdigt overfor patienten. Det vil eksempelvis sige, at han/hun deler sin viden og oplevelser omkring patienten med patienten eller åbent erkender egne fejl for dermed at vise at han/hun er til at stole på. Intentionen bag egenskaben ser således ikke ud til at indeholde et terapeutisk aspekt i forhold til patienten, idet egenskaben i det empiriske materiale forbindes med oprettelsen af en tillidsfuld relation, hvilket finder støtte i en række internationale forskningsresultater. Ærligheden ser således ud til at være grundlæggende og almen menneskelig gældende som vilkår for den tillidsfulde relation modsat uærlighed, løgn og bedrag (Cleary, Jordan, Horsfall, Mazoudier, & Delaney 1999; Cleary 2003; Cleary & Edwards 1999; Heifner 1993; Løgstrup 1962:17-18). Det samme ser umiddelbart ud til at gøre sig gældende for imødekommendeheden.

”At byde patienten velkomme her og vise hvor patienten skal være henne, hvilken stue hun får. Fortælle lidt om afdelingen om de regler der er her.”

” så spørge om de vil ha ... altså om de er tørstige om de er tørstige eller om de har fået noget at drikke eller på en eller anden måde vise en eller anden form for imødekommendehed..”

Imødekommendehed ser ud til at imødegå regeringens ønske om særlige personlige egenskaber fuldt ud, idet specialets deltagerobservationer og ovenstående citater peger på, at egenskaben særligt er fremtrædende ved sygeplejerskens modtagelse af nye patienter i afdelingen og kendetegnes ved, at sygeplejerskerne udviser, at han/hun *”vil det gode”* og er villig til at *”tage sig af patienten”* ved f.eks. at støtte patienten i praktiske gøremål. Den bagvedliggende hensigt, sådan som den fremstår af det empiriske materiale, nuancerer imidlertid regeringens blotte ønske om egenskabens tilstedeværelse i praksis ved umiddelbart at pege på den samme intention bag imødekommendehed, som ligger bag brugen af både humor, den *”uformelle snak”* og ærligheden, nemlig at introducere sygeplejersken som et medmenneske, til hvem patienten kan fatte tillid. Omvendt kendetegnes egenskaben samtidigt ved at blive bragt til anvendelse med en relationelt

vedligeholdende hensigt. Det er således gennem deltagerobservationen tydeligt, at to af undersøgelsens aktører efter anvendelsen af tvang særligt søgte at optræde imødekommende og uformelt ”snakkende”, som det er beskrevet ovenfor med intentionen om at vedligeholde eller restaurere det relationelle tillidsforhold. Den bagvedliggende intention med brugen af imødekommenhed fremstår således på alle måder fri for italesættelsen af sygdommen eller hensigter om jf. specialets definition af begrebet terapeutisk, at lære, støtte, hjælpe eller bedre patientens håndtering af egen sygdomssituation.

Endvidere ser fundet umiddelbart ud til at bekræfte, at sygeplejerskerne i første omgang bevidst søger efter oprettelsen af den førnævnte ”connected” relation frem for den terapeutiske relation (Morse 1991). På den anden side afslører deltagerobservationen, at hvor imødekommenheden bringes til anvendelse på patientens egen stue, kendetegnes denne typisk ved spørgsmål som f.eks.:

”- Hvordan har du det?” ”- Hvordan går det?”

Det vil sige, at imødekommenhed ser ud til at adskille sig fra ”den uformelle snak” og brugen af humor, ved at indeholde muligheden for at italesætte det syge, hvilket dermed åbner op for muligheden om på terapeutisk vis verbalt at hjælpe eller støtte patienten i dennes håndtering af sygdomssituation, vel at mærke inden for rammerne af patientens stue. Det betyder imidlertid ikke, at imødekommenheden hjælper og støtter patientens håndtering af egen sygdomssituation, men der imod, at sygeplejerskernes brug af imødekommenhed muliggør i talesættelsen af det syge. Det overraskende ved imødekommenheden er derfor ikke at sygeplejerskerne spørger om, hvordan patienten har det men derimod, at spørgsmålene kun ser ud til at optræde på patientens egen stue. Særligt gennem de fokuserede observationer bliver denne dualitet i forhold til sygeplejerskernes direkte italesættelse af sygdom tydelig, idet den moderat deltagende observation giver adgang til patientens stue og de mere ”intime” interaktioner, hvilket afslører, at den bagvedliggende hensigt med italesættelsens todelthed, ifølge sygeplejerskerne, er at beskytte patienten mod at udlevere sig overfor andre patienter ved, at sikre at italesættelsen af det syge kun sker, når patienten er alene med sygeplejersken. Empirien peger således på den ene side på en terapeutisk relation og brug af personlige egenskaber, hvori sygdommens tilstedeværelse kan italesættes på patientens stue og på den anden side, hvad der ser ud til at ligne ”connected” relation kendetegnet ved et sprogligt fravær af sygdom med vægt på

medmenneskelighed og det uformelle møde, men hvor det syge forbliver uartikuleret og implicit (Morse 1991).

3.1.4. At turde, at læse og at være forudseende.

*” Altså jeg skal kunne ta’ ansvaret for en patient hvis de ikke kan ta’ ansvaret for sig selv [...] men jeg skal også kunne gi et ansvar tilbage foreksempel.. og der skal jeg også turde stole på patienten”
”går det galt ... så kan det gå rigtig galt..”*

Umiddelbart ser egenskaben ”At turde” ikke ud til at rette sig imod patienten men imod sygeplejersken selv ved at denne må udvise mod til, som det fremgår af citatet, at stole på patienten. Dog ved efterprøvning af dette fund gennem det semistrukturerede interview må ”mod” som tema imidlertid forkastes, idet anvendelsen af ”at turde” ifølge sygeplejerskerne selv ikke kendetegnes ved sygeplejerskens mod men ved, at situationer og interaktioner med patienten kan være potentiel farlig, og at sygeplejersken for at kunne optræde som hjælper må turde interagere med patienten. Omvendt er det tydeligt, jf. ovenstående citat og den samlede empiri, at egenskaben ligeledes kendetegnes ved, at sygeplejersken må overvinde og udholde frygten for det uvisse resultat og patientens utilregnelighed i interaktionen, idet denne kan indebære risikoen for konflikter og vold.

”At turde” er som tema repræsenteret hos alle aktører i både observationer og interviews og ser empirisk ud til at hænge sammen med frygten for, at noget går ”*rigtig galt*” eksempelvis som følge af en forkert individuel situationsbestemt vurdering i forbindelse med ansvarsforvaltning. Som det fremgår af citatet, kræver sygeplejerskens tildeling af ansvar til patienten, at han/hun tør stole på patienten og ikke mindst på sin egen vurdering af patientens evne til selv at forvalte ansvar. ”At turde” ser således ud til at være stærkt knyttet til den relationelle tillid, idet ”at turde” er at udvise tillid til, at patienten ikke svigter (Gildberg 2006;Løgstrup 1962:18). Det farlige heri er, at sygeplejerskens vurdering af patientens evne til at håndtere ansvaret kan være forkert, og at det i værste fald lykkedes patienten at tage livet af sig selv eller på anden måde påføre sig selv eller andre skade. Ifølge sygeplejerskerne er ”at turde” således stærkt knyttet til brugen af egenskaber som grænsesætning og konfrontation samt i situationer som tvang, fiksering eller

konflikter, fordi patienten kan reagere negativt eller endda voldeligt herpå. Hensigten er ifølge sygeplejerskerne at være i stand til at gå ind i potentielt farlige situationer med henblik på at afværge disse uden at blive ”*handlingslammet*” på grund af usikkerhed og frygt. Det springende punkt er her, at egenskaben ”at turde” ser ud til at hænge sammen med sygeplejerskens optræden i rollen som hjælper, her repræsenteret ved brugen af egenskaberne grænsesætning og konfrontation, sådan som disse senere skal præsenteres. Det vil med andre ord sige, at det farlige i empirien kun ser ud til at være forbundet med sygeplejerskernes indtagelse af den komplementære rolle som hjælper. Det forhold, at sygeplejersken tør interagere med patienten, ser således ud til at være grundlæggende og nødvendig for, at sygeplejersken kan blive i stand til at støtte, hjælpe, bedre eller lære patienten måder at håndtere sin sygdomssituation herunder konfliktsituationer, hvilket ser ud til at bekræfte, at anvendelsen af de relationelt tillidsskabende personlige egenskaber er nødvendige for at blive i stand til på terapeutisk vis at hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation. Det overordnede fund bekræftes af egne tidligere undersøgelser af retspsykiatriske forhold og finder støtte i internationale forskningsresultater, dog uden at dette har karakter af egentlige temaer (Beech & Norman 1995; Gildberg 2006; Gunderson 1978; Spokes, Bond, Lowe, Jones, Illingworth, Brimblecombe, & Wellman 2002). Samtidig nuanceres disse, idet egenskaben ”At turde” ser ud til at være betinget af sygeplejerskernes brug af yderligere to egenskaber; ”*at være forudseende*” og ”*at kunne læse patienten*”. Disse egenskaber kendetegnes ifølge det empirien særligt ved på forhånd at vide, hvad patienten er i stand til, eller hvordan patienten vil reagere. Denne viden ser ud til at udspringe af sygeplejerskernes opmærksomhed på og kendskab til patienten. Et eksempel herpå kunne være: *Sygeplejersken giver den fikserede patient et plastikkrus med vand og stiller kanden uden for patientens rækkevidde.* Den efterfølgende uformelle samtale og yderligere efterprøvning via deltagerobservationer afslører, at denne måde at optræde på er et resultat af sygeplejerskens erfaring om, at patienten eksempelvis kan finde på at kaste kanden efter sygeplejersken. At være forudseende og at kunne ”læse” patienten ser således ifølge sygeplejerskerne ud til at være kendetegnet ved, at denne på forhånd har vurderet patientens evne og reaktion ud fra patientens kropssprog, udsagn og samtidigt kan sætte dette i sammenhæng med, hvad man tidligere har set patienter gøre. Specialets fund bekræfter og nuancerer således centrale

resultater i forbindelse med Spokes (et al.) undersøgelse af hvilken adfærd, sygeplejersker anvender til at reducere konflikt og voldsepisoder og peger samtidig i forhold til specialet på, at hensigten bag primært retter sig imod, at sygeplejersken bliver i stand til hurtigt at kunne gribe ind eller forebygge f.eks. selvskadende, voldelig eller sygdomsbetonet adfærd og først sekundært ved sin egentlige indgriben at støtte patientens håndtering af situationen (Spokes, Bond, Lowe, Jones, Illingworth, Brimblecombe, & Wellman 2002).

3.1.5. At lytte og rumme.

”At lytte” ser empirisk ud til at være et gennemgående tema hos alle aktører i både interviews og i deltagerobservationer og handler som selvstændigt tema om, at sygeplejerskerne i samtale med patienten ikke taler men lader patienten komme til orde og kendetegnes således ved pauser i sygeplejerskens udsagn efterfulgt af et relevant svar eller kommentar i forhold til patientens udsagn. Egenskaben har ifølge sygeplejerskerne til hensigt at patienten skal føle sig taget alvorlig og at denne oplever at blive hørt og derved oplever respekt, interesse og vilje til at hjælpe fra sygeplejerskens side, hvilket ifølge sygeplejerskernes egen forståelse har til hensigt, dels at give sygeplejerskerne indsigt i patientens situation, og dels at inspirerer patienten til at fatte tillid til sygeplejersken som medmenneske. Patientens oplevelse af respekt falder sammen med et af regeringen fremsatte ønsker om særlige personlige egenskaber, sådan som dette blev præsenteret i indledningen men ser, som det fremgår af ovenstående, ikke ud til at udgøre en selvstændig måde at optræde eller være på. Derimod lader respekten ifølge empirien i højere grad til at være hensigten bag brugen af egenskaber som eksempelvis ”at lytte”, og som det senere skal fremgå af bag egenskaben ”rimelighed”.

Hvad angår intentionen bag sygeplejerskernes brug af ”at lytte” ser denne på den ene side ikke ud til, i terapeutisk forstand, at sigte på, at bibringe, støtte eller hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation men derimod, ifølge undersøgelsens interviews, at bære intentionen om at oprette en tillidsfuld relation. Dette finder støtte i internationale forskningsresultater og egen tidligere undersøgelse dog med det forbehold, at interviewet pga. metodens opbygning mangler bekræftende observationer omkring egenskabens forhold til etableringen af tillid. Det vil med andre ord sige, at tillid som intention bag ”at lytte” kun er

fremtrædende i specialets interview del og, pga. metodens opbygning, ikke er efterprøvet ved yderligere observationer, hvorfor yderligere undersøgelse af temaet kan siges at være påkrævet. På den anden side fremstår egenskabens terapeutiske aspekt i forhold til forebyggelsen af konflikter og vold tydeligt. Herunder ser ”at lytte” ifølge sygeplejerskerne, ud til at finde anvendelse som ventil for patientens aggressioner og frustrationer og udgør således en vigtig del i forebyggelsen heraf (Beech & Norman 1995; Breeze & Repper 1998; Cleary 2003; Crowe, O'Malley, & Gordon 2001; Gildberg 2006; Hem & Heggen 2004; Jones 2005; Repper, Ford, & Cooke 1994). Det vil sige, at intentionen bag anvendelsen af egenskaben ifølge empirien ligeledes kan siges at sigte på at hjælpe patienten til at håndtere vrede og aggressioner, idet egenskaben, når denne bringes til anvendelse i anspændte, potentielt farlige situationer, har et beroligende og dermed et terapeutisk og forebyggende sigte (Spokes, Bond, Lowe, Jones, Illingworth, Brimblecombe, & Wellman 2002). ”At lytte” ser ifølge empirien imidlertid ud til at indeholde endnu en dimension nemlig ”at rumme” men lader, som det fremgår af nedenstående citat og modsat Strands containingbegreb, til at indeholde en selvpræserverende og dermed en ikke-terapeutisk funktion jf. specialets definition.

”Men men øøh man skal i hvert fald kunne udholde at sidde der inde og nogle gange at kunne rumme denne her dårlige patient som det jo drejer sig om.”

Egenskaben ”at rumme” kendetegnes som en del af egenskaben ”at lytte” således ifølge specialets empiriske materiale ved, at sygeplejerskerne eksempelvis tåler eller udholder patientens verbale og til tider meget personlige angreb, ”*vrede, lidelse og blik*” uden at blive personligt berørt heraf. Dette er ifølge sygeplejerskernes eget rationale nødvendigt for at undgå følelsesmæssig overinvolvering og derved at undgå at blive ”*handlingslammet*”. Egenskaben ”at rumme” kendetegnes således ifølge sygeplejerskerne ved, at denne kan tåle og udholde det ”*sindsyge*” samt den meningsløse lidelse under de lange indlæggelsesforløb. Dette ser ud til at bære fællestræk med Strands ”containing”, dog uden at egenskaben ser ud til at indeholde intentionen om en struktureret tilbagelevering af det containede materiale til patienten, sådan som det fremføres af Strand, hvorfor egenskaben ikke kan siges at indeholde et terapeutisk

sigte om at støtte, hjælpe eller bibringe patienten indsigt i at håndtere egen sygdomssituation men i højere grad et selvpræserverende sigte, nødvendigt ifølge sygeplejerskerne for at kunne "udholde" lidelsen (Strand 1990c:66,107-108).

3.2. Den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber.

Som det skal fremgå af det efterfølgende, kendetegnes sygeplejerskernes relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber, som måde at optræde/være på, i interaktionen med den akut hospitaliserede, psykiatriske patient særligt ved brugen af egenskaberne at: Forvalte ansvar, motivere, konfrontere, at være tydelig, direkte, grænsesættende; beskyttende og forvalter af normer og regler, at være rimelig, have selvindsigt, at ”stå fast”, realitetskorrigerende, at stå til disposition og at informere, forklare og vejlede. Disse måder at optræde/være ser med undtagelse af egenskaben ”at stå til disposition” og i modsætning til ovenstående brug af personlige egenskaber ud til at være kendetegnende ved at indeholde italesættelsen af sygdom samt at lægge vægt på sygeplejerskernes indtagelse af den komplementære rolle som hjælper i relation til patienten med den bagvedliggende intention og rationale om at støtte, vejlede, lære og hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation herunder bl.a. at skabe gennemskuelighed, ro, tryghed og at afværge konflikter, vold, blamering og dehumanisering, selvskadende og manisk adfærd samt at lære patienten hensigtsmæssig adfærd og ”normal”, socialt acceptable omgang med andre mennesker. Denne terapeutiske brug af personlige egenskaber ser imidlertid ud til at være betinget af den relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidskabende anvendelse af personlige egenskaber, idet disse udgør nøglerne til den tillidsfulde relation. Samtidigt peger specialets fund på, at sygeplejerskerne bevidst lader tilliden, der er tilknyttet og oprettet ud fra den ikke-komplementære rolle som medmenneske, krydse over og blive en tillid til sygeplejerskens komplementære rolle som hjælper i en asymmetrisk relation, hvori sygeplejersken tilbyder og indtager i rollen som hjælper med et terapeutisk sigte om gennem italesættelsen af sygdom at hjælpe, lære, bedre patientens evne til at håndtere egen sygdomssituation.

3.2.1. *At stå til disposition.*

”*At være tilgængelig*” eller, som en af sygeplejerskerne udtrykker det overfor en af afdelingens patienter at ”*stå til disposition*”, er tydeligt repræsenteret som tema hos alle aktører i både interviews og deltagerobservationer og ser ud til at være kendetegnet ved, at sygeplejersken giver sig tilkende overfor patienten som resurseperson med ønsket om at blive ”*brugt*” som hjælper. Egenskaben kendetegnes eksempelvis ved, at sygeplejersken forklarer patienten den rolle, hvori han eller hun optræder, f.eks. som den der giver medicin eller som kontaktperson for patienten. Dette skaber ifølge aktørerne en gennemsigtighed for patienterne i forhold til sygeplejerskens rolle og anvendelighed og ved at gentage tilbudet om kontakt ser egenskaben ud til at bære lighedspunkter med Strands udlægning af regelmæssighed og kontinuitet, idet gentagelselementet i henvendelsen fra sygeplejerskens side ifølge specialets aktører bærer en hensigt om at vinde patientens tillid (Strand 1990c78-79). På den anden side nuanceres dette ifølge specialets analyse ved to forskellige udgaver af ”*at stå til disposition*” nemlig en passive og en aktive form.

Den aktive form er således kendetegnet ved, at sygeplejersken opsøger og fysisk opholder sig i nærheden af patienten på afdelingens fællesarealer og repræsenterer dermed muligheden for, at begge parter frit kan henvende sig til hinanden.

Sygeplejerskens brug af denne måde at være tilstede på i afdelingen kendetegnes i deltagerobservationerne ved, at sygeplejersken udviser villighed til at hjælpe og aktivt at gå ind i en hver form for henvendelse fra patienten. Den aktive form af ”*at stå til disposition*” ser således ud til at være en åben invitation til patienten om at begynde en uformel samtale eller henvendelse.

Særligt bemærkelsesværdigt er det imidlertid, at sygdom og håndtering heraf ikke ser ud til at være en del af de mulige samtaleemner under brugen af den aktive form. Sygeplejerskernes valg af samtaleemner og optræden afviger med andre ord ikke fra, hvad man ville kunne forvente i hvilken som helst dagligstue, hvilket lader til at være netop det, der giver situationerne et almindeligt, hverdagsagtigt udtryk. På overfladen og ved sammenligning lader denne måde at optræde på således i høj grad til at bære lighedspunkter med de tidligere beskrevet uformelle måder at optræde på, hvilket ifølge sygeplejerskernes eget udsagn bekræftes ved angivelsen af intentionen om at skabe ro og trykthed for patienten samt tillid til sygeplejersken som medmenneske. Ifølge sygeplejerskernes egen forståelse

skabes ro, idet sygeplejerskerne med deres tilstedeværelse har mulighed for at gribe ind og forebygge uro, konflikter mm. Hvorimod oprettelsen af tryghed og tillid ser ud til at bygge på rationalet om, at patienten ved gentagende at se sygeplejersken i interaktion med andre patienter oplever, at sygeplejersken er til at stole på. Denne tillids skabende virkning af *”at stå til disposition”* bekræftes af egen tidligere undersøgelse samt internationale forskningsresultater og ser på baggrund af ovennævnte hensigt ikke ud til at indeholde nogen intention om på terapeutisk vis at støtte, bedre eller hjælpe patientens håndtering af egen sygdomssituation. Internationale forskningsresultater peger imidlertid på, at både sygeplejersker og patienter vurderer egenskaben som meget vigtige for og i relationen. Eksempelvis finder Cleary samstemmende med specialet at *”Just being there”* tilskrives stor betydning for, hvorvidt patienten fatter tillid til sygeplejersken. Omvendt finder O’Brien, at sygeplejerskens tilgængelighed er en måde at optræde på, hvorved patienten kan ”låne” styrke fra sygeplejersken. Dette peger modsat specialet på, at egenskaben muligvis kan indeholde en støttende funktion i forhold til patientens håndtering af egen sygdomssituation (Beech & Norman 1995; Cleary 2003:141; Cleary & Edwards 1999; Gildberg 2006; O’Brien 2000). Selvom det hos O’Brien langt fra tydeligt, hvori dette lån af styrke består, og hvad der konkret menes hermed, kan en mulig terapeutisk anvendelse af egenskaben imidlertid tydeliggøres ved følgende præsentationen af egenskabens passive udgave.

”altså folk der har det rigtig skidt ik også.. bare at der er nogen der og det er ,måske den eneste kontakt de kan ha.. det er måske bare at de er der eller at de kan se vedkommende ik.”

Som overstående citat illustrerer, adskiller og kendetegnes den passive form af *”at stå til disposition”* ved en langt højere grad af passiv optræden i interaktionen. Sygeplejersken er således forsat tilstede i nærheden af patienten dog med den forskel, at den verbale og handlingsmæssige del af interaktionen begrænses til korte besvarelser af patientens spørgsmål samt en undertrykkelse af egen lyst til videre samtale eller sammenhandling. Dette kan umiddelbart fremstå som en kold og afvisende måde at optræde på i interaktionen med den akut/intensive hospitaliserede patient, men omvendt afslører det bagvedliggende rationale, at sygeplejersken med denne optræden har en klar intention om at dæmpe f.eks.

maniske eller psykotiske udtryk. Hvorvidt dette, som O'Brien fremfører, "låner" patienten styrke, ligger uden for specialets undersøgelsesområde, dog lader intentionen qua egenskabens skærmende og afgrænsende anvendelse i interaktionen til at sigte efter at støtte og hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation ved at reducere mængden af stimuli. Den passive måde "at stå til disposition" adskiller sig således tydeligst i det empiriske materiale ved kun at finde anvendelse i forhold til, hvad sygeplejersken i situationen vurderer som sygdomsbetinget adfærd og adskiller sig fra både fra den aktive udgave og Strands udlægning af regelmæssighed og kontinuitet ved på ingen måde at indeholde invitationen til uformel samtale eller aktivitet (Strand 1990c78-79).

3.2.2. At informere, forklare og vejlede.

Italesættelsen af patientens sygdomsbetingede adfærd ser hos alle specialets aktører som tema ud til at knytte sig til sygeplejerskernes optræden som dem, der informerer, forklarer og vejleder, idet denne optræden overordnet set kendetegnes ved i interaktionen med patienten og i forhold til dennes sygdomssituation at forklare og besvare spørgsmål, om hvad der sker, hvornår, hvorfor eller hvordan. Omvendt begrænser egenskaberne sig ikke udelukkende til italesættelsen af det syge men ser ligeledes ud til at finde anvendelse i en lang række situationer som f.eks. medicingivning, tvang og konflikter og som orientering omkring praktiske gøremål og begivenheder som spisetider, aftaler mm. Empirisk peger den bagvedliggende hensigt således i første omgang på, at sygeplejerskerne søger at gøre situationer forudsigelige og tydelige for patienten sådan, at denne opnår indsigt i, hvad han/hun kan forvente af den aktuelle situation og af sygeplejersken. Dette har ifølge sygeplejerskerne til hensigt at skabe tryghed, struktur samt at berolige og dæmpe angst hos patienten i kaotiske situationer som f.eks. tvang og konflikter. Vigtigheden af, at sygeplejersken optræder informerende/forklarende i sådanne situationer, bekræftes af både litteratur reviews og patient interviews. Gijbels interviewundersøgelser peger således på, at sygeplejerskerne ser det som en del af deres rolle at optræde som dem, der informerer, men at de typisk ikke selv anser dette for terapeutisk (Beech & Norman 1995; Gijbels 1995; Horsfall & Cleary 2003; Hummelvoll 1998a:352; Meehan, Vermeer, & Windsor 2000). Dette nuanceres omvendt af specialets fund, idet aktørerne ifølge deltagerobservationen først og fremmest informerer, forklarer og vejleder med

sigte på at undgå situationer som tvang, konflikter mm. Det er således tydeligt, at egenskaberne ud over at besvare hvad, hvornår og hvorfor ligeledes indeholder en tydelig anvisning til patienten om, hvordan han/hun kan undgå eller komme ud af konfliktfyldte situationer. Dette tyder på, at sygeplejerskerne bevidst søger at undgå konflikter, tvang og tvangsmedicinering ved gennem vejledning og skabelse af forudsigelighed at fungere som støtte for patienten sådan, at en hensigtsmæssig håndtering af situationen bliver muligt for denne. At informere og forklare ser således ud til at være nært forbundet med vejledning, idet egenskaberne kendetegnes ved i forhold til patienten at indeholde aspekter af støtte og hjælp til at se og bruge alternative handlemuligheder. Hensigten ser således ud til at falde ind under, hvad specialet definerer som terapeutisk og ser, som det skal fremgå af det efterfølgende, ud til særligt at være nært knyttet til egenskaberne; at motivere, konfrontere, grænsesætte og realitetskorrigere (Strand 1990a:58-59).

3.2.3. At forvalte ansvar.

Sygeplejerskens optræden som den, der forvalter ansvar i forhold til patienten, ser ud til at være gennemgående og massivt repræsenteret i alle specialets interviews og deltagerobservationer hos alle aktører og kendetegnes ved, at sygeplejersken igennem aftaler forsøger at støtte og hjælpe patienten til at tage ansvar for sig selv, så snart patienten atter er i stand til dette. Det bagvedliggende rationale ser ud til at være kendetegnet ved, at sygeplejerskerne i den akutte indlæggelsesfase overtager det fulde ansvar for patienten. Dette sker særligt, såfremt patienten ved indlæggelsen og pga. sygdom vurderes til fare for sig selv eller andre og derved ikke længere er i stand til at tage ansvaret for sig selv eller egne handlinger. Derved får sygeplejerskerne det fulde ansvar for patienten og dermed opgaven i at sikre, at patienten under den akutte periode i sygdommen fritages for de ansvarsforhold, der under normale omstændigheder påhviler et hvert menneske. I forhold til den samlede empiri er det imidlertid tydeligt, at sygeplejerskerne fra det øjeblik, hvor patienten atter vurderes til at være i bedring vha. aftaler omkring f.eks. udgang, selvskadende adfærd, misbrug m.m., påbegynder tilbageleveringen af ansvaret til patienten. Sygeplejerskernes brug af den ansvarsforvaltende måde at optræde på ser således ud til i den akutte fase at have til hensigt at beskytte patienten mod sig selv og andre for efterfølgende, når patienten er i bedring, at

tilbagelevere selvbestemmelse og autonomi ved at støtte og hjælpe patienten til at genindtage et ansvarsforhold til omverden og ikke mindst sig selv.

For i denne sammenhæng at se nærmere på, hvordan hensigten med egenskaben forholder sig til begrebet terapeutisk, kan det i første omgang være frugtbart at se nærmere på, hvilket ansvarsforhold mennesket grundlæggende befinder sig i. Ifølge Kirkegaard er mennesket krop og sjæl, hvori selvet (ånden) er et forhold, der forholder sig til sig selv, eller sagt på en anden måde er selvet det helt specielle ved forholdet mellem krop og sjæl, der gør, at forholdet forholder sig til sig selv. Mennesket er samtidigt "sat" i verden, i livet og derved placeret i endnu et forhold nemlig et ansvarsforhold til det, der har "sat" mennesket, og det er ud fra dette ansvarsforhold, at mennesket er forpligtet til at tage livet på sig. Det vil sige at vælge og at blive sig selv ved at tage ansvar for sig selv og det ansvarsforhold, mennesket er sat i livet med på sig (Kirkegaard 1976:199-209; Kirkegaard 2006:4). Det modsatte heraf kunne omvendt være ikke at vælge sig selv som et selv og ved at fravælge ansvar for sig selv og dermed ikke at tage livet på sig. Med baggrund heri og i forhold til det empiriske fund kunne det fremføres, at sygeplejerskens opgave er at hjælpe og støtte patienten i at tage livet på sig, idet hensigten med at optræde som forvalter af ansvarlighed i forhold til begrebet terapeutisk jo netop er at støtte og at hjælpe patienten til at håndtere eller mestre det ansvar, mennesket, ifølge Kirkegaard, må tage for sig (eller sit) selv, endda selv om patienten ønsker at tage livet af sig, både i direkte og overført forstand ved ikke at vælge sig selv. Hensigten med den ansvarsforvaltende måde at optræde på er således ifølge empirien, at sygeplejersken som udgangspunkt for den akutte indlæggelse påtager sig ansvaret for patienten og i takt med patientens bedring, ved at lægge ansvaret tilbage til patienten, hjælper, støtter og lærer patienten at forvalte og tage ansvar for sig selv og dermed på terapeutisk vis hjælper og støtter patienten i håndtering af egen sygdomssituation.

Sygeplejerskens optræden som den, der forvalter ansvarlighed er, ifølge internationale forskningsresultater dog samtidigt forbundet med visse risici. Således finder Barker, Jackson og Stevenson at: "*Intimate knowledge of the person And the related exercise of professional control can be disempowering*" (Barker, Jackson, & Stevenson 1999:107). Heri ligger, at den professionelle kontrol fratager patienten ansvarligheden i negativ forstand (ibid), hvilket ifølge Breeze og Repper kan resultere i vrede og konflikter fra patientens side (Breeze &

Repper 1998). Muller og Poggenpoel peger sammenstemmende hermed på faren ved sygeplejerskens ansvarsforvaltning i form af en særlig ”Custodialism”, hvor patienterne sættes helt uden for indflydelse på deres eget liv, uanset evne til forvaltning af ansvarlighed (Muller & Poggenpoel 1996).

- At forvalte ansvaret for et andet menneske fremstår således på ingen måde ukompliceret og ufarligt. Omvendt viser specialets empiriske materiale med stor tydelighed, at ingen af sygeplejerskerne har til hensigt at tilbagelevere ansvaret til patienter i den akutte fase af deres sygdom, idet patienterne ikke anses som ansvarlige, såfremt sygeplejerskerne vurderer dem til fare for sig selv eller andre. Ansvaret lægges derimod først gradvist tilbage til patienten, når denne ud fra sygeplejerskernes egen situationsbestemte vurdering er i stand til at håndtere ansvaret. - Men hvordan det?

Ifølge den samlede empiri lader en væsentlig del af ansvars forvaltningen til at være kendetegnet ved sygeplejerskernes brug af et aftale-ansvarssystem, hvori han/hun søger at indgå aftaler med patienten om alt fra praktiske gøremål til selvskadende adfærd. Hvorvidt en patient er i stand til at indgå aftaler og overholde disse, er ifølge sygeplejerskerne medbestemmende for, hvornår en situation vurderes som potentiel farlig eller ej. Eksempelvis vil en patient, der afviser at indgå aftale om ikke at skære i sig selv eller under indgåelsen af denne aftale ikke ønsker øjenkontakt, blive vurderet som potentiel farlig og psykisk ude af stand til at tage vare på sig selv. Det bagvedliggende rationale er, at såfremt patienten udviser evne til at forvalte det tildelte ansvar, gives der gradvist mere ansvar til patienten og omvendt, såfremt patienten ikke er i stand til at forvalte den tildelte ansvar, inddrages eller reduceres denne igen ved at ændre i aftalemulighederne. Denne ansvarsforvaltning finder støtte hos Hummelvoll, der sammenstemmende med empirien og specialets antagelse dog understreger, at ansvarstildeling altid må ske ud fra en individuel vurdering af patienten og situationen (Gundersen 1978;Hummelvoll 1998i:38).

En del af at få patienten til at tage ansvar for sig selv ser ud til at være forbundet med sygeplejerskens optræden som den, der motiverer patienten eksempelvis til indtagelse af medicin, daglige gøremål, ophør med misbrug eller selvskadende adfærd mm.

3.2.3.1. At motivere.

Sygeplejerskernes motiverende måde at optræde på i interaktionen med afdelingens patienter ser hos alle aktører og på baggrund af det samlede empiriske materiale ud til særligt at være kendetegnet ved tre overordnede strategier eller former af at motivere:

*"Jamen det kan du ikke (løsnest fra bælte) før du tager din medicin [...] du skulle jo gerne blive rask igen så du kan passe dine heste"
"Du sidder bare der og ser helt trist ud. Det er jo slet ikke den samme x som når du har besøg eller taler i telefon.[...] derfor tror jeg at medicinen kan hjælpe dig med at være den anden x hele tiden"*

Den første form for motiverende optræden ser som det fremgår af citaterne ud til at være kendetegnet ved, at sygeplejersken sætter en umiddelbar eller langsigtet belønning i udsigt med en bagvedliggende intention om, at patienten til gengæld indtager en bestemt adfærd. Denne form af "at motivere" fremstår i det empiriske materiale som hyppigt anvendt i situationer, hvor patienten ifølge sygeplejerskernes egen forståelse pga. sygdom ikke er i stand til at gennemskue lange forklaringer. Det bagvedliggende rationale ser ud til at være, at sygeplejersken med udgangspunkt i hans eller hendes kendskab til, hvad der kan motivere den enkelte patient, betinger dette med en bestemt adfærd, dvs. såfremt patienten vil A, så må denne gøre B. Denne meget enkle og tydelige brug af at optræde motiverende anvendes ifølge speciallets aktører som modtræk mod kaos og forvirring eksempelvis hos den psykotiske patient med hensigten om at gøre situationen og den adfærd, der forventes gennemskuelig for patienten.

*"Der er noget jeg ikke kan forstå. Du siger at du vil ha hjælpe men du vil ikke lade os hjælpe."
" [...] det er fordi du er syg og fordi man er syg så skal man også ha medicin så man kan få det bedre"*

To andre yderst anvendte måder at optræde motiverende på er sygeplejerskens brug af paradokser og årsagsforklaringer. Anvendelsen af paradokser ser, som det særligt fremgår af det første citat, ud til at være kendetegnet ved sygeplejerskens undren over det selvmodsigende i patientens udsagn eller adfærd efterfulgt af en konfrontation, hvor sygeplejersken sætter ord på, hvad han/hun oplever som et

paradoks. Det bagvedliggende rationale ser ud til at være, at sygeplejerskerne ved anvendelsen af konfrontation med det paradoksale søger at motivere patienten til at ændre adfærd, idet patienten forholdes og bibringes indsigt i det modsigende og vejen bort fra dette. Sygeplejersken forklarer med andre ord det modsigende eller den manglende sammenhæng i patientens adfærd eller udsagn i håbet om, at dette vil få patienten til at ændre adfærd og dermed ophæve patientens paradoks.

Det andet citat viser, hvordan sygeplejersken gennem årsagsforklaring søger at få patienten til at indtage en bestemt adfærd ved at bibringe patienten indsigt i egne sygdomsforhold for deraf at pege på nødvendigheden eller det hensigtsmæssige i en adfærdsændring eksempelvis af at indtage medicin. Både den paradokse og den årsagsforklarende måde at motivere ser således, ifølge det empiriske materiale ud til at adskille sig fra den belønnende motivation ved dels at knytte sig til den informerende, forklarende og vejledende egenskab og dels udelukkende at finde anvendelse overfor patienter, der er i stand at gennemskue sygeplejerskernes argumentation og forklaring hvilket, ifølge specialets aktører afgrænser anvendelsen til situationer, hvor patienten ikke er forvirret eller psykotisk. Omvendt deler alle måder at optræde motiverende på imidlertid et vigtigt fællestræk nemlig at få patienten til at ændre adfærd og særligt under den paradokse og årsagsforklarende motivation at bibringe patienten sygdoms indsigt og forståelse for nødvendigheden af ændret adfærd f.eks. i forhold til indtagelsen af medicin. Bag dette ser der ud til at ligge et ønsket om, at patienten via sygeplejerskens forklaring gennem indsigt og erkendelse skal tage ansvar for sig selv og egen behandling således at patienten ikke blot bliver rask men ligeledes undgår fremtidige indlæggelser. Brugen af ”at motivere” ser derfor, hvad angår den bagvedliggende intention, ud til umiddelbart at falde ind under, hvad specialet definerer som terapeutisk, fordi denne sigter på at støtte og hjælpe patienten til konstruktive valg (eksempelvis indtagelse af medicin) og derigennem hjælper og støtter patienten i at håndtere egen sygdomssituation (Hummelvoll 1998c:59;Hummelvoll 1998e:475).

På den anden side er dette ikke helt problemfrit. Kernen i patientens manglende forståelse og dermed grundlaget for at motivere består jo ifølge sygeplejerskernes egen forståelse netop i, at patienten kun delvist eller slet ikke besidder sygdomserkendelse og indsigt i egen sygdomssituation. Det vil med andre ord sige, at patientens modstand mod eksempelvis indtagelse af medicin udspringer af

patientens manglende erkendelse og forståelse af det at være syg. Endvidere er dette forhold fastlåst, idet dette ifølge aktørerne er et resultat af sygdommen. Det er denne kerne samt det forhold, at patienten kan være til fare for sig selv eller andre samt svært lidende under sygdomssymptomer, som hallucinationer m.m., der ser ud til at få sygeplejerskerne til at optræde motiverende på en sådan måde, at de, som det fremgår af førstnævnte citat, betinger patientens ønsker med, at denne begynder at genindtage ansvaret for sig selv.

En sådan fremgangsmåde eller strategi ser imidlertid ud til at stå i stærk kontrast til Miller og Rollnicks tanker om motiverende forhold: *"When you find yourself in the role of arguing for change while your client [...] is voicing arguments against it, you're in precisely the wrong role"* (Miller, Rollnick, & et al. 2002a:22).

Den store forskel er ifølge Miller og Rollnick, at ændring af adfærd må starte hos patienten dvs., at motivationen starter og må være tilstede hos patienten som udgangspunkt for at være effektiv og endvidere, at sygeplejersken ikke "går imod" patienten ved f.eks. at betinge adfærd men søger at være på patientens side og støtte ændringer i adfærd (Miller, Rollnick, & et al. 2002b:34, 39-40). En sådan strategi er ifølge sygeplejerskernes egen forståelse imidlertid ikke mulig pga. patientens manglende sygdomserkendelse, hvorfor et andet og vigtigt forhold ser ud til at gøre sig gældende nemlig den tidligere omtalte oprettelse af tillid til sygeplejerskens rolle som medmenneske.

Tillidens centrale betydning i forhold til temaet motivation understøttes af enkelte undersøgelser og særlig McCanns undersøgelse understreger i tråd med Miller og Rollnicks tænkning, at motivation ikke kan påtvinges. Dette ser omvendt heller ikke ud til at være tilfældet blandt specialets aktører, dog ser det gennem deltagerobservationer og interviews samt i modsætning til Miller og Rollnick, ud til, at sygeplejerskerne anvender patientens tillid til deres rolle som medmenneske som det altafgørende for, hvorvidt patienten i situationen kan motiveres til at ændre adfærd. Rationalet bag aktørernes anvendelse af motivation som måde at optræde/være på ser ud til at være, at fordi patienten tilskrives en manglende eller mangelfuld erkendelse og indsigt i at være syg, bliver motivationens virkning betinget af, at det lykkedes sygeplejerskerne ved anvendelsen af de i forrige afsnit beskrevne egenskaber at skabe tillid til rollen som medmenneske. Det vil sige, at den tillids- og relationsskabende anvendelse af personlige egenskaber lader til at være en nødvendig forudsætning for sygeplejerskens relationelle terapeutiske

anvendelse af personlige egenskaber. Det springende og altafgørende punkt bliver da ifølge empirien ganske overraskende, at sygeplejerskerne bruger patientens tillid til sygeplejerskens rolle som medmenneske på en sådan måde, at patienten kommer til at stole mere på sygeplejerskens vurdering og hjælp i forhold til egen sygdomssituation, end patienten stoler på sin egen vurdering. Det lader således til, at sygeplejerskerne bevidst lader tilliden, der oprindeligt er tilknyttet og oprettet ud fra den ikke-komplementære rolle som medmenneske, krydse over og blive en tillid til sygeplejerskens komplementære rolle som hjælper ved det, at sygeplejersken tilbyder og indtager rollen som hjælper med et terapeutisk sigte om at hjælpe, lære, bedre patientens evne til at håndtere egen sygdomssituation (Hummelvoll 1998d:568-569;McCann 2002;Meijel B.V. et al. 2002).

Dette kan muligvis være grunden til, at sygeplejerskernes optræden indeholder den tidligere beskrevet dobbelte og modsatrettede diskurs med de dertilhørende roller, uden at dette føre til et opgør. Ud fra sygeplejerskernes egen forståelse lader det således til at være tillidens grundlæggende nødvendighed i relationen til den akut hospitaliserede psykiatriske patient, der afholder sygeplejerskerne fra at forkaste rollen som medmenneske til fordel for den komplementære rolle som hjælper, idet rollen som hjælper ganske enkelt er uindtagelig uden tillid. Omvendt lader det ikke til, at sygeplejerskerne er i stand til at forkaste rollen som hjælper, fordi denne allerede er skabt og genskabes qua den særlige hospitalskontekst, hvori patientens rolle som patient er skabt og genskabes pga. tilstedeværelsen af sygdom.

3.2.3.2. At konfrontere og at være direkte og tydelig.

Som det fremgår af ovenstående er en del af at motivere patienten også at være/optræde konfronterende herunder at være direkte og tydelig. Brugen af disse egenskaber kendetegnes som tema hos tre ud af fire af specialets aktører ved, at sygeplejersken ud fra egne observationer eller undren verbalt forholder patienten til egen adfærd, udsagn eller sygdomssituation. Det vil f.eks. sige, at sygeplejerskerne verbalt påpeger manglende ansvarsfuldhed omkring problematiske områder hos patienten som f.eks. selvskadende adfærd, urimelig optræden, brud på aftaler eller regler osv. Egenskaben ”at være konfronterende” ser ifølge empirien således ud til som del af egenskaben at informere, forklare og vejlede at være kendetegnet ved intentionen om at lære patienten om sig selv ved

at forholde eller konfrontere patienten med sig selv med den hensigt, at patienten opnår selvindsigt, lærer at tage ansvar for sig selv og lærer at navigere ”normalt” i sociale situationer i forhold til normer, regler og aftaler. Ifølge sygeplejerskerne anvendes konfrontationen således til at italesætte sygdomsbetingede problematikker som f.eks. manglende impuls kontrol og selvskadende adfærd for på den måde at hjælpe eller støtte patienten i at opnå indsigt i egne sygdomsforhold og håndtering heraf. Brugen af denne måde at optræde på ser således ud til at indeholde et terapeutisk sigte, idet intentionen bag anvendelsen af ”at konfrontere” opfylder specialets definition om at lære, støtte og hjælpe patienten til større selvindsigt og nye problemløsnings- og mestringsstrategier i forhold til egen aktuelle sygdomssituation (Hummelvoll 1998e:475).

Dette fund ser ud til at finde støtte i en række internationale undersøgelser men peger dog modsat disse på, at brugen af den konfronterende intervention er en stor og hyppigt anvendt del i interaktionen i den akutte/intensive psykiatri (Ashmore & Banks 2004; Ashmore & Banks 1997; Burnard & Morrison 1991; Rask & Levander 2001). Dette står i kontrast til Burnard og Murrison's undersøgelse, der særligt peger på, at den konfronterende intervention forstået som; ”To be confronting is to challenge the person's behaviours, attitudes or beliefs (Burnard & Morrison 1991:25).” - kun sjældent ser ud til at blive bragt i anvendelse af sygeplejersker. Forklaringen på, at sygeplejerskerne ikke eller kun i begrænset omfang angiver den konfronterende intervention som værende en del af deres interpersonelle redskaber, kan muligvis skyldes, at den slags optræden dels ikke harmonerer med, hvordan sygeplejersker ønsker at se sig selv, idet konfrontation som begreb forbindes med noget negativt, og dels, som Rask og Levander påpeger, at den slags optræden ifølge ”litteraturen” ikke gavner patienten (Ashmore & Banks 2004; Ashmore & Banks 1997; Burnard & Morrison 1991; Rask & Levander 2001). Omvendt understreger specialets fund imidlertid, at konfrontationen i følge sygeplejerskerne i praksis netop anvendes for at gavne patienten eksempelvis ved at sygeplejersken i kombination med egenskaben ”at informere, forklare og vejlede” konfrontere patienten således, at denne opnår indsigt i det uhensigtsmæssige ved egen adfærd.

For at bibringe patienten indsigt er det ifølge specialets aktører imidlertid nødvendigt i forbindelse med anvendelsen af den konfronterende optræden at gøre brug af egenskaberne at være tydelig og direkte. Ifølge det empiriske materiale

udgør disse egenskaber en vigtig del af egenskaberne at informere, forklare og vejlede, forvalte ansvar, motivere, konfrontere, grænsesætte og realitetskorrigerende, idet egenskaberne empirisk ser ud til at være kendetegnede ved, at sygeplejersken taler og optræder på en sådan måde, at budskabet eller handlingen fremsættes så enkelt så muligt. Dette sker eksempelvis ved sygeplejerskens brug af korte, målrettede sætninger uden ironi, sarkasme, metaforer og åbne spørgsmål. Egenskaberne og intentionen bag ser imidlertid ikke ud til at være repræsenteret blandt internationale undersøgelser. Omvendt peger specialets empiriske materiale på den bagvedliggende intention om, at egenskaben i sig selv og i kombination med egenskaberne at informere, forklare, vejlede og konfrontere anvendes med hensigten om at støtte og hjælpe patienterne i at håndtere egen sygdomssituation, idet egenskaberne anvendelse skaber gennemskuelighed for patienten i forhold til, hvad sygeplejersken i situationen søger at opnå, hvilket ifølge specialets aktører er med til at støtte og hjælpe patienten i at navigere i den konkrete sociale situation. Det bagvedliggende rationale ser således ud til at bære hensigten om at gøre sygeplejersken, situationen og omgivelserne gennemskuelige for patienten, hvilket som fund bekræftes af egen tidligere interviewundersøgelse (Gildberg 2006).

3.2.3.3. At være grænsesættende.

Samtidigt ser den konfronterende egenskab ud til at være en vigtig del af sygeplejerskens grænsesættende måde at optræde overfor patienten på, idet grænsesætning indeholder et element heraf og i bredeste forstand kendetegnes ved, at sygeplejersken verbalt eller fysisk stopper, konfronterer, begrænser og korrigerer patientens adfærd eller udsagn. Grænsesætning er således massivt repræsenteret som tema hos alle specialets aktører og finder anvendelse i en lang række situationer og i mange forskellige udgaver, dog rejser der sig to former i specialets fund:

At optræde som beskytter.

Sygeplejerskens optræden som beskytter i interaktionen med patienten ser udover de overordnede træk ud til at være kendetegnet ved to hensigter: For det første at beskytte patienten mod at gøre skade på sig selv ved f.eks. at fjerne nåle, ledninger m.m. samt ved opstilling af regler og rammer for adfærd at skabe ro for

patienten og at lære denne impuls kontrol i forhold til eksempelvis selvskadende, manisk, blamerende og anden sygdomsbetonet adfærd. For det andet at beskytte andre mod patienten ved at hindre/stoppe denne i at skabe konflikter eller gøre fysisk skade på andre patienter og derved forebygge vold, konflikter m.m. Det empiriske materiale ser således ud til at bekræfte Hummelvolls definition af terapeutisk grænsesætning, idet denne indeholder elementerne: Omsorg, dvs. at patienten beskyttes mod nederlag og blamering. Sikkerhed, - at patienten beskyttes mod at gøre skade på sig selv eller andre og struktur, hvilket betyder at der opstilles faste rammer for patienten med henblik på at modvirke kaos. Særlig hensigten om at bedre, støtte eller hjælpe patienten med impuls kontrol ser empirisk ud til at ske ved, at sygeplejersken indskyder refleksion mellem patientens impuls og handling. Dette fremstår empirisk tydeligt ved, at sygeplejersken eksempelvis tillader den selvskadende patient begrænset adgang til genstande, der kan anvendes til selvskade med henblik på gennem konfrontation og korrigerende træning at træne "normal" adfærd, det vil sige, at patienten ifølge sygeplejerskernes egen forståelse lærer at modstå trangen til f.eks. at skære i sig selv. Sygeplejerskernes optræden som beskytter ser således ud til at indeholde en terapeutisk intention, idet denne direkte fremsættes med hensigten om at styrke patientens evne til at håndtere impuls kontrol og ansvarlighed i forhold til sig selv og andre og dermed støtter, hjælper eller bibringer patienten måder at håndtere egen sygdomssituation (Hummelvoll 1998h: 251-254).

At forvalte normer og regler med rimelighed & selvindsigt.

"Nu skal du lige være din mund.[...] Der er ingen grund til at køre det op i nogle højder hvor vi andre ikke kan være med"
"Godt så taler vi lige ordentligt! [...] Ja, men det det der vil vi ikke høre på"

Denne måde at optræde på kendetegnes, som det fremgår af citaterne, ved at sygeplejersken stopper, konfronterer og korrigerer patientens adfærd, såfremt denne overskrider afdelingens regler og normer for hvad, der er acceptabel adfærd. Det kan f.eks. være at stoppe, begrænse eller korrigere patienten i seksualiserende, nedværdigende, vredsladen eller sygdomsbetonet adfærd. Den bagvedliggende hensigten er således ifølge sygeplejerskerne at hjælpe patienten med at "udsætte behov", skabe ro, at forhindre eller stoppe konflikter, aggression,

vrede og truende adfærd ved at korrigere adfærd og håndhæve regler. Ifølge sygeplejerskernes egen forståelse er dette nødvendigt for (jf. specialets definition af begrebet terapeutisk) at lære, hjælpe og at støtte patienten i at overholde afdelingens regler samt lære "normal" omgang med andre mennesker. Som det fremgår af ovenstående, ser denne form for grænsesætning kombineret med forklaringen om hvorfor grænsesætningen sker således ud til at indeholde en terapeutisk intention om at lære patienten hensigtsmæssige måder at håndtere sociale eller konfliktfyldte situationer. Dette ser ud til at være sammenfaldende med Strands brugen af grænsesætning og med, hvad en række undersøgelser anser som terapeutisk og deraf en væsentlig del af sygeplejerskens rolle (Cleary & Edwards 1999:474; Gunderson 1978; Hummelvoll 1998h: 251-253; Muller & Poggenpoel 1996:147; Strand 1990c:89-90).

At patienten må lære "normal" omgang med andre mennesker samt lære at "*udsætte behov*" tegner i forhold til sygeplejerskernes egen forståelse omvendt et billede af patienten som den der, pga. sygdom ikke kan omgås andre mennesker "normalt" og som derfor er henvist til, at sygeplejersken vha. egenskaberne "at informere, forklare og vejlede" opdrager eller lærer patienten, hvad "normal" adfærd er. Anvendelsen af ovenstående måder at optræde på, ser således ud til at skabe relationel asymmetri ved at placere sygeplejersken som eneste gyldig referenceramme for normalitet. Deltagerobservationen peger således på, at sygeplejerskens tilsidesætter den medmenneskelige ikke-komplementære rolle og relation i det øjeblik, sygeplejersken indtager rollen som hjælper og påbegynder den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber. Dette ser ud til at være nødvendigt, idet den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber i modsætning til den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber har til hensigt at italesætte det syge på en sådan måde, at patienten lærer, støttes eller hjælpes i forhold til egen håndtering af sygdomssituation.

På den anden side lader det til, at den succesfulde relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber er betinget af den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber, idet aktørerne gennem interviews og uformelle samtaler bekræfter, at anvendelsen af grænsesætning, motivation, konfrontation og ansvarsforvaltning sker ud fra en vurdering af den konkrete situation samt ud fra den i forvejen

etablerede tillidsfulde relation. Samtidig bekræfter egne tidligere undersøgelser, at sygeplejerskerne bruger sig selv som referencepunkt for normalitet, og at de i deres optræden som forvaltere af normer og regler konstant ser ud til at foretage en vurdering af, hvad der er normalt, hvilket ifølge specialet ser ud til at ske ud fra egne normer kombineret med de på afdelingen eksisterende regler (Gildberg 2006).

Specialets fund finder støtte i Halls undersøgelse men nuanceres samtidigt ved, at specialets aktører lægger vægt på brugen af to yderligere egenskaber som del af den samlede grænsesættende intervention nemlig selvindsigt og rimelighed (Hall 2004). Selvindsigten handler således om, at sygeplejersken må kende egne grænser, og hvad der er alment acceptabel adfærd i forhold til afdelingens regler og normer for derudfra at kunne sætte grænser for patienten. Rimelighed vil derimod sige, at sygeplejersken dels er villig til "at lytte" og tale med patienten om situationen med henblik på at bibringe patienten forståelse, og dels at grænserne sættes ud fra en vurdering, der tilgodeser patienten og dennes behov for grænsesætning. Dette ser ud til at være en særlig modforanstaltning for, hvad Muller og Poggenpoel betegner som dehumanisering af patienten, idet rimeligheden ifølge specialets fund skal sikre, at sygeplejerskerne ikke bruger grænsesætning for egen vindings skyld men for at hjælpe, støtte og lære patienten at fungere sammen med andre mennesker (Muller & Poggenpoel 1996).

Dette forhold mellem anvendelsen af grænsesætning og rimelighed ser imidlertid ud til at knytte sig til en særlig udgave af vedholdenhed nemlig, hvad specialets aktører betegner som "*at stå fast*". Brugen af denne måde at optræde på ser ud til empirisk at være særligt udtalt ved anvendelse af grænsesætning og kendetegnes ved, at sygeplejersken gentager og fastholder en given grænsesætning for derved tydeligt at sende et signal til patienten om, hvor grænsen for adfærd eller udsagn går. Hensigten er ifølge sygeplejerskerne at fastholde struktur og tydelige rammer for patienten og ser umiddelbart ikke ud til i sig selv at indeholde et terapeutisk sigte men derimod sammen med anvendelsen af grænsesætningen at bære intentionen om at fastholde og få patienten til at acceptere grænsesætningen. Fundet bekræftes af Hummelvoll og peger samtidig på sygeplejerskernes bagvedliggende rationale om, at patienterne ikke på samme måde som dem selv er orienterede og i stand til at begå sig indenfor afdelingens normer og regler, hvorfor sygeplejerskernes rolle bliver at støtte og fastholde patienten i en

”normal” social acceptabel adfærd (Hummelvoll 1998f:218). I stærk kontrast til den relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber ser anvendelsen af grænsesætning således ud til at adskille sig ved at gøre brug af en asymmetrisk relation, idet sygeplejersken med autoritet fastholder positionen som den, der kender det ”normale” i forhold til patientens adfærd og udsagn. Hertil fremstår brugen af rimelighed i grænsesætningen som en måde at afbalancere brugen af denne magt og som modtræk mod førnævnte ”Custodialism” og dehumanisering (Muller & Poggenpoel 1996). Omvendt ser rimeligheden ikke ud til at ændre på det asymmetriske forhold, idet egenskaben til stadighed ser ud til at udspringe af, hvad sygeplejersken selv finder rimeligt eller ”normalt”.

Sygeplejerskernes brug af grænsesætning, som den er præsenteret ovenfor, kunne således ved første øjekast fremstå dehumaniserende, såfremt humanisme anskues som respekt for det enkelte menneskes frihed. Dog mere eksakt og ved en nærmere betragtning ser der i stedet ud til at være tale om en konflikt mellem tre af humanismens særlige kendetegn; den grundlæggende respekt for menneskets frihed og den grundlæggende respekt for menneskets liv samt egenværd. Ved anvendelsen af grænsesætningen og de dertilknyttede egenskaber ser dehumanisering ud til at opstå, idet menneskets (patientens) handlefrihed reduceres eller fratages. Eksempelvis kan en patient blive frataget tændstikker og dermed friheden til at anvende og bruge ild. Dette ser dog ifølge empirien kun ud til at forekomme sammen med anvendelsen af den særlige rimelighed, hvilket eksempelvis vil sige, at patienten ikke fratages handlefriheden til at bruge ild, med mindre dette vurderes som en trussel for patientens liv og egenværd. Grænsesætning fremstår således empirisk nødvendigt som en begrænsning af patientens handlefrihed for at beskytte det enkelte menneskes liv og uerstattelighed og udgør dermed en varetagelse af humanisme, nødvendig idet patienten pga. sygdom ikke er i stand til selv at varetage dette selv (Wackerhausen 2002:26, 26-50). Årsagen til den mulige dehumanisering ser således ikke ud til at ligge i selve grænsesætningen men snarere i sygeplejerskernes evne til at vurdere patientens adfærd i forhold til det ”normale” samt patientens evne til egen håndtering af ansvar og handlefrihed. Først, såfremt sygeplejersken fejlvurderer patienten, dvs. at denne reelt ikke er til fare for sig selv eller andre og sygeplejersken, trods dette begrænser patientens handlefrihed, bliver der tale om

en egentlig dehumanisering. Specialets fund nuancerer således Muller og Poggenpoels fund omkring risikoen for dehumanisering ved at pege på, at sygeplejerskernes anvendelse af rimelighed eller fornuft som det, der vægter handling, ser ud til at opretholde humanisme.

3.2.3.4. At realitetskorrigere.

Sygeplejerskernes rolle som referencepunkt for det "normale" er ligeledes at genfinde i sygeplejerskernes realitetskorrigerende optræden og ser hos tre ud af fire aktører ud til at være kendetegnet ved, at sygeplejersken bruger sig selv og sit eget billede af, hvad der er "normalt" til at undre sig over patientens adfærd. En "ikke-normal" adfærd eller udsagn fra patientens side vil således resultere i, at sygeplejersken konfronterer patienten med dette ved at spørge ind til udsagn eller adfærd, og såfremt der er tale om noget, sygeplejersken klassificerer som ikke-normalt f.eks. hallucinationer, eller paranoid adfærd, påbegyndes en verbal korrektion eller grænsesætning af patientens virkelighedsopfattelse gennem brugen af egenskaben at informere, forklare og vejlede som del af realitetskorrigeringen. Denne måde at optræde korrigerende i forhold til det virkelige/"normale" kendetegnes ifølge empirien således ikke blot ved, at sygeplejersken forklarer patienten, at dennes oplevelse ikke er virkelig, men ved sygeplejersken bruger egenskaben "at lytte" og først dernæst forklarer, hvordan patientens oplevelse ikke er virkelig. Sygeplejerskens realitetskorrigering må således ifølge specialets aktører ske på en sådan måde, at patienten får lov til at sætte ord på sine oplevelser over for et andet menneske, der viser forståelse men samtidigt kan pege på det virkelige, uden at patienten føler sig afvist eller utroværdig. Ifølge Hem og Heggen er dette netop ikke problemfrit, idet sygeplejersken i rollen som forvalter af, hvad der er "normalt" risikerer at skabe en uoverkommelig afstand mellem ægtheden af patientens oplevelser og sygeplejerskens egen oplevelse af, hvad der er virkeligt, hvilket kan resultere i, at patienten føler sig afvist og uværdigt behandlet (Hem & Heggen 2004). Omvendt peger specialets empiriske materiale på, at afstanden mellem patient og sygeplejerske kan være resultatet af, at sygeplejerskerne indtager den komplementære rolle som hjælper, idet sygeplejerskerne netop ved den terapeutisk anvendelse af personlige egenskaber bruger sig selv som referencepunkt for det "normale" med intentionen om at italesætte det unormale

eller syge hos patienten. Derved fjerner sygeplejersken sig fra menneske-til-menneskerelationen med henblik på at støtte og hjælpe patienten med at håndtere egen sygdomssituation. På den anden side peger empirien samtidigt på, at sygeplejerskerne direkte søger at undgå afstanden og patientens følelse af afvisthed ved, dels at anvende egenskaben ”at lytte”, og dels ved både at validere den følelsesmæssige del af patientens uvirkelighedsoplevelse og samtidigt pege på oplevelsens forhold til virkeligheden. Det vil med andre ord sige, at sygeplejerskerne i undersøgelsen og under anvendelsen af realitetskorrigerer ser ud til verbalt at anerkende og italesætte f.eks. angst samtidig med, at patientens hallucination verbalt forholdes til virkeligheden, som sygeplejersken oplever denne. Strategien ser ud til at finde støtte hos både Strand og Hummelvoll, der samstemmende med undersøgelsens interviews endvidere peger på, at strategiens succes dels betinges af, hvorvidt sygeplejerskerne dels kan trænge igennem til patienten med budskabet, og dels om patienten kan tro på personalets udsagn om, at oplevelserne er uvirkelige (Hummelvoll 1998a:353; Strand 1990c:109-110). Sidstnævnte forudsætter ifølge sygeplejerskerne, at patienten vha. den tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber, sådan som disse er præsenteret i det foregående afsnit, kan fatte tillid til sygeplejersken. Det bagvedliggende rationale lader til at bestå deri, at sygeplejerskerne overfører den tillid, der blev etableret ved den før-terapeutiske relationelt adgangsgivende & vedligeholdende anvendelse af personlige egenskaber til rollen som hjælper og dermed til den relationelt terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber, hvorved patienten kan fatte tillid til den realitetsorienterede sygeplejerske på en sådan måde, at patienten tør forlade sig på ham eller hende som den, der kender det virkelige/normale. Dette fund finder støtte i Coffey, Higgon og Kinnears undersøgelse af 22 patienters oplevelse af pleje i forhold til hallucinationer ved netop at pege på den relationelle tillid som nødvendig for italesættelsen af patientens oplevelser, sygdom og dermed sygeplejerskernes mulighed for at støtte patienten i håndteringen heraf (Coffey, Higgon, & Kinnear 2004). I interaktionen ser det således ud til at være på baggrund af tillidsforholdet mellem patient og sygeplejerske, at sygeplejerskerne kan italesætte det syge med henblik på jf. specialets definition af begrebet terapeutisk at støtte og hjælpe patienten i at håndtere oplevelsen af det uvirkelige og samtidigt at mindske patientens smerte, angst eller forpintthed forbundet hermed. Intentionen bag sygeplejerskernes måde

at optræde realitetsorienterende på i den undersøgte praksis ser således ud til at indeholde terapeutiske elementer, idet sygeplejersken gennem den adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber kan gøre brug af den relationelle tillid til at hjælpe og støtte patienten i at orientere sig i forhold til virkeligheden og dermed hjælpe denne i at mestre egen sygdomssituation.

4. Konklusion.

Med formålet om at undersøge, hvad der kendetegner de psykiatriske sygeplejerskers væsentlige måde at optræde/være på overfor den akut/intensiv, hospitaliserede, psykiatriske patient i praksis samt at undersøge, med hvilken bagvedliggende intention dette sker, søger specialet at besvare problemformuleringen: - *Hvad kendetegner sygeplejerskens væsentlige måde at være/optræde på i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient i praksis? - Hvilken intention/betydning tillægger sygeplejersken dette at have i forhold til den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient i praksis? Herunder; hvilken betydning har disse intentioner i forhold til begrebet terapeutisk?*

Hertil konkluderes det, at sygeplejerskernes måde at optræde/være på særligt ser ud til at være kendetegnet ved to anvendelsesformer af personlige egenskaber: Den før-terapeutiske, relationelt adgangsgivende, vedligeholdende og tillidsskabende anvendelse af personlige egenskaber kendetegnet ved at finde sted på afdelingens fælles arealer, at være sproglig fri for sygdom og at ligne "connected" relationer ved (gennem anvendelsen af egenskaberne; den uformelle snak, humor, vedholdenhed, imødekommenhed, ærlighed, at turde, at læse, at være forudseende og at lytte og rumme), at lægge vægt på det uformelle, medmenneskelige, fælles genkendelige og "normale" med henblik på at vinde og vedligeholde patientens tillid til sygeplejerskerne som medmennesker. Hensigten og dermed den bagvedliggende intention er således ikke at betragte som terapeutiske, jf. specialets definition og antagelse, men derimod som før-terapeutiske idet anvendelsen sigter mod oprettelsen af tillid til sygeplejerskernes rolle som medmenneske på en sådan måde, at denne efterfølgende ved den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber bliver i stand til at overføre denne tillid til rollen som hjælper.

Sygeplejerskernes optræden/måde at være på i interaktionen med den akut/intensiv hospitaliserede psykiatriske patient kendetegnes omvendt under den relationelle terapeutiske anvendelse af personlige egenskaber (at forvalte ansvar, motivere, konfrontere, være tydelig, direkte, grænsesættende; beskytte og forvalte normer og regler, rimelig, selvindsigt, at ”stå fast”, realitetskorrigere, at stå til disposition og at informere, forklare og vejlede) ved sygeplejerskernes italesættelse af sygdom og indtagelse af den komplementære rolle som hjælper med den bagvedliggende terapeutiske intention om at støtte, vejlede, lære, bedre og hjælpe patienten i at håndtere egen sygdomssituation. Dette forudsætter brugen af de førnævnte tillidsskabende personlige egenskaber, og specialet peger således på den mulige eksistens af to parallelle relationsformer (den ”connected” og den terapeutiske relation.), og at sygeplejerskerne bruger de to relationsformer med den bagvedliggende hensigt om at overføre den erhvervede tillid fra rollen som medmenneske til rollen som hjælper for derved at blive i stand til at hjælpe patienten i håndteringen af egen sygdomssituation.

I forhold til specialets helhed kan det konkluderes, at den anvendte metode herunder den etnografiske datakonstruktion og analyse kombineret med semistrukturerede interview og anvendelsen af content analysis på tilfredsstillende, dvs. stringent vis lader til at indfange besvarelsen af specialets problemformulering og dermed at tjene specialets formål. Særligt har undersøgelsesdesignet qua de opstillede kategorier betydet en stringent, nuanceret besvarelse af problemformuleringen, hvori den anvendte metodiske triangulering har muliggjort efterprøvning af resultater. Således nuancerer og bekræfter specialet de i indledningen anførte antagelser og enkelte egenskaber i regeringens anbefalinger ved at påpege, at brugen af personlige egenskaber ikke alene ser ud til at ske med et terapeutisk relationelt sigte men ligeledes anvendes med en relations- og tillidsskabende intention. Specialet har imidlertid visse begrænsninger, hvorfor den metodiske opbygning imidlertid må kritiseres for at lide af den svaghed, at temaer der udelukkende fremkommer ved interview pga. undersøgelsens metodiske design, ikke nuanceres ved yderligere observationer, hvorfor enkelte fund forbliver ubekræftede som observationer. Dette lader imidlertid til at være et nødvendigt onde pga. omfangsmæssige begrænsninger, hvorfor specialet tager højde for denne kritik ved i diskussionen og

præsentationen af fund at ekspliciterer denne svaghed, hvor dette er aktuelt, og samtidigt pege på nødvendigheden af yderligere undersøgelser.

5. Perspektivering.

Med udgangspunkt i sygeplejerskernes brug af særlige fælles måder at optræde/være på i interaktionerne med patienten, og med udgangspunkt i at denne brug ifølge specialets fund ser ud til at blive fremsat med en bestemt intention, rejser der sig naturligt spørgsmålet om, hvilken betydning brugen af personlige egenskaber har for den akut/intensivt, hospitaliserede, psykiatriske patient og dennes håndtering af egen sygdomssituation?

Som det blev problematiseret i indledningen er undersøgelsen af dette spørgsmål centralt og vigtigt for, om muligt, at kunne udvikle og kvalitetssikre psykiatrisk sygepleje, hvilket er nødvendigt netop fordi psykiatrisk sygepleje er en del af det eksisterende behandlingstilbud, et tilbud hvis indhold vi som sygeplejersker er medansvarlige for. Af samme grund og på baggrund af specialets afgrænsning til kun at undersøge gruppen af sygeplejersker, forekommer det således yderst nødvendigt, at undersøge hvordan sygeplejerskernes brug af personlige egenskaber og den tiltænkte betydning bag reelt påvirker og opleves af patienten i forhold til egen sygdomssituation. – Kan det tænkes, at sygeplejerskernes optræden i to forskellige roller, dels som medmenneske, dels som hjælper, bidrager til forvirring og usikkerhed hos patienten og dermed skaber en selvopfyldende profeti om manglende tillid hos patienten? – Eller forholder det sig sådan, at netop denne strategi imødegår patientens behov i forhold til oprettelsen af den terapeutiske relation?

En ting er sikkert, uden en konkret undersøgelse af praksis er det ikke muligt, at opnå indsigt i hvordan og hvorvidt den terapeutiske og før-terapeutiske anvendelse af sygeplejerskernes måde at optræde/være på påvirker, hjælper, støtter og bedre patientens håndtering af egen sygdomssituation.

6. Litteraturliste.

**

Amtsrådsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk sygeplejeråd, De Samvirkende Invalideorganisationer, Den Almindelige Danske Lægeforening, DSKS, Forbrugerrådet, Hjerteforeningen, H:S, Kræftens bekæmpelse, Landsforeningen af Polio-, T. o. U., Landsforeningen Bedre Psykiatri, Landsforeningen SIND, Patientforeningen Danmark, & Scleroseforeningen 2003, *Patientens møde med sundhedsvæsnet. De mellemmenneskelige relationer - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*, Kvalitetsafdelingen i Århus Amt, Internetkilde: <http://www.patient-relationer.dk> Søgedato: 01.01.06, Århus.

Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, & Fyns Amt 2005, www.Sygeplejerskejob.dk, Internetkilde: www.Sygeplejerskejob.dk. Søgedato: 26.04.05.

Andersen, I. 1997, "Dataindsamlingsmetoder - en oversigt," in *Den skinbarlige virkelighed - Om valg af samfundsvidenskabelige metoder. Del. 3: Data: indsamling, klargøring og bearbejdning*, Samfundslitteratur, Gylling, pp. 189-204.

Ashmore, R. & Banks, D. 1997, "Student nurses perceptions of their interpersonal skills: A re-examination of Burnard and Morrison's findings", *Int.J.Nurs.Stud.*, vol. 34, no. 5, pp. 335-345.

Ashmore, R. & Banks, D. 2004, "Student nurses' use of their interpersonal skills within clinical role-plays", *Nurse Educ.Today*, vol. 24, no. 1, pp. 20-29.

Barker, P., Jackson, S., & Stevenson, C. 1999, "The need for psychiatric nursing: Towards a multidimensional theory of caring", *Nurs.Inq.*, vol. 6, no. 2, pp. 103-111.

Becker-Christensen, C. & Olsen, G. 2000, *Politikens Danskordbog*, Politikens Forlag A/S, Finland.

Beech, P. & Norman, I. J. 1995, "Patients' perceptions of the quality of psychiatric nursing care: findings from a small-scale descriptive study", *J.Clin.Nurs.*, vol. 4, no. 2, pp. 117-123.

Berdal, H. & Risager, A. D. 2000, "Samspil, kontakt, omsorg og pleje," in *Psykisk syge. Samspil og kontakt, Omsorg og pleje*, Cæcilia Forlag, Kbh., pp. 86-102.

Birkler, J. 2005, "Forståelse," in *Videnskabsteori. En grundbog*, Munksgaard, Kbh., pp. 93-116.

- Bjerrum, M. 2005a, "Problemet undersøges," in *Fra problem til færdig opgave*, Akademisk Forlag, Kbh., pp. 83-102.
- Bjerrum, M. 2005b, *Fra problem til færdig opgave*, Akademisk Forlag, Kbh.
- Blumer, H. 1986, "The methodological position of symbolic interactionism," in *Symbolic interactionism. Perspective and method*, University of California Press Berkeley, Los Angeles, London, New Jersey, pp. 1-60.
- Braathen, E. 1994, "Galskap, makt og kropp. Humor i en psykiatrisk institusjon," in *Kroppe*, H. J. Busch et al., eds., Foreningen stofskifte, Kbh., pp. 71-88.
- Breeze, J. A. & Repper, J. 1998, "Struggling for control: The care experiences of 'difficult' patients in mental health services", *J.Adv.Nurs.*, vol. 28, no. 6, pp. 1301-1311.
- Burnard, P. & Morrison, P. 1991, "Nurses' interpersonal skills: A study of nurses' perceptions", *Nurse Educ.Today*, vol. 11, no. 1, pp. 24-29.
- Buus, N. 2001, "Tangled ruptures: Discursive changes in Danish psychiatric nursing 1965-75", *Nurs.Inq.*, vol. 8, no. 4, pp. 246-253.
- Callewaert, S. 2003, "Profession og personlighed," in *Person og profession*, I. Weicher & P. F. Laursen, eds., Billesø & Baltzer, Kbh., pp. 259-277.
- Cleary, M. 2003, "The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control", *Int.J.Ment.Health Nurs.*, vol. 12, no. 2, pp. 139-147.
- Cleary, M. & Edwards, C. 1999, "'Something always comes up': Nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 6, no. 6, pp. 469-477.
- Cleary, M., Edwards, C., & Meehan, T. 1999, "Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: An exploratory investigation", *Aust.N.Z.J.Ment.Health Nurs.*, vol. 8, no. 3, pp. 109-116.
- Cleary, M., Jordan, R., Horsfall, J., Mazoudier, P., & Delaney, J. 1999, "Suicidal patients and special observation", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 6, no. 6, pp. 461-467.
- Coffey, M., Higgon, J., & Kinnear, J. 2004, "'Therapy as well as the tablets': An exploratory study of service users' views of community mental health nurses' (CMHNs) responses to hearing voices", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 11, no. 4, pp. 435-444.
- Crowe, M., O'Malley, J., & Gordon, S. 2001, "Meeting the needs of consumers in the community: A working partnership in mental health in New Zealand", *J.Adv.Nurs.*, vol. 35, no. 1, pp. 88-96.
- Cullberg, J. 1999, "Psykoterapeutisk holdning og jegstøttende psykoterapi," in *Dynamisk psykiatri*, 5 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 413-418.

- Dey, I. 1993a, "What is qualitative analysis?," in *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*, Routledge, London, pp. 30-55.
- Dey, I. 1993b, *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*, Routledge, London.
- Dey, I. 1993c, "What is qualitative data?," in *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*, Routledge, London, pp. 9-29.
- Dunn, B. 1993, "Use of therapeutic humour by psychiatric nurses", *British Journal of Nursing*, vol. 2, no. 9, pp. 468-473.
- Emerson, R. M., Fretz, R. I., & Shaw, L. L. 1995, "Fieldnotes in ethnographic research," in *Writing ethnographic fieldnotes*, The University of Chicago Press, Ltd., London, pp. 1-16.
- Engelund, C. 1999, "Kompetenceudvikling i praksis", *Sygeplejersken* no. 47, pp. 39-41
Internetkilde:
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=3560&menu=195009&strSearchword=Connie%20Engelund>, Søgedato: 04.11.04.
- Feldskov, A. 1998, *Hvordan er en god indlæggelse på et åbent psykiatrisk afsnit med skærmede pladser? Forslag indsamlet gennem fokusgrupper med patienter og pårørende fra Afsnit E2, Psykiatrisk Afdeling i Randers, Service- og kvalitetskontoret i Århus Amt*. Internetkilde:
<http://www.aaa.dk/aaa/amugodindl.pdf>, Søgedato: 01.01.06, Århus.
- Feldskov, A. 2003, *Psykiatribrukerne og deres pårørende har ordet. Koncepter til systematisk indsamling af bruger- og pårørendeoplevelser i voksenpsykiatrien, (Delpublikation nr. 1 i skriftserien om "De mellem menneskelige relationer")* Århus Amt Kvalitetsafdelingen, Internetkilde: <http://www.patient-relationer.dk>
Søgedato: 01.01.06, Århus.
- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. 2001, "'Chatting': An important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries", *J.Adv.Nurs.*, vol. 33, no. 5, pp. 583-593.
- Gadamer, H. G. 1990a, "Ontologische wendung der Hermeneutik am Leitfaden der Sprache," in *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, pp. 387-495.
- Gadamer, H. G. 1990b, "Grundzüge einer Theorie der hermeneutischen Erfahrung," in *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik*, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen, pp. 270-384.
- Gelkopf, M., Sigal, M., & Kramer, R. 1994, "Therapeutic use of humour to improve social support in an institutionalized schizophrenic inpatient community", *J.Soc.Psychol.*, vol. 134, no. 2, pp. 175-182.
- Gijbels, H. 1995, "Mental health nursing skills in an acute admission environment: Perceptions of mental health nurses and other mental health professionals", *J.Adv.Nurs.*, vol. 21, no. 3, pp. 460-465.

Gildberg, F. A. 2004, *Kandidatuddannelsen i sygepleje. Semester opgave i sygepleje historie; Om idealet for sygeplejerskens personlige egenskaber*, Upubliceret, Institut for Folkesundhed, afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Gildberg, F. A. 2006, *Kandidatuddannelsen i sygepleje. Semester C ; Om personlige egenskabers betydning i psykiatriske sygepleje*, Upubliceret, Institut for Folkesundhed, afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Gunderson, J. G. 1978, "Defining the therapeutic processes in psychiatric milieu", *Psychiatry*, vol. 41, no. Nov, pp. 327-335.

Hall, J. E. 2004, "Restriction and control: The perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting", *Mental Health Nursing*, vol. 25, pp. 539-552.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 1995a, "Access," in *Ethnography. Principles in practice*, 2 edn, Hammersley & Atkinson, eds., Routledge, London, pp. 54-79.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 1995b, "Recording and organizing data," in *Ethnography. Principles in practice*, 2 edn, Hammersley & Atkinson, eds., Routledge, London, pp. 175-204.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 1995c, "The process of analysis," in *Ethnography. Principles in practice*, 2 edn, Hammersley & Atkinson, eds., Routledge, London, pp. 205-238.

Hammersley, M. & Atkinson, P. 1995d, "What is ethnography?," in *Ethnography. Principles in practice*, 2 edn, Hammersley & Atkinson, eds., Routledge, London, pp. 1-22.

Hansen, H. P. 2001, "Humor," in *Hvordan har du det? Kommunikation i sundhedssektoren*, Munksgaard, Kbh., pp. 100-120.

Hansen, M. N. 2003, *Omsorg i de mellem menneskelige relationer i sundhedsvæsenet. Et kvalitetsudviklingsperspektiv. (Delpublikation nr. 6 i skriftserien om "De mellem menneskelige relationer")* Århus Amt Kvalitetsafdelingen. Internetkilde: <http://www.patient-relationer.dk>, Søgedato: 01.01.06, Århus.

Hårbøl, K., Schack, J., & Spang-Hansen, H. 2002, *Dansk Fremmedordbog*, 2 edn, Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S, Kbh.

Hastrup, K. 1992a, "Afstand: Det videnskabelige problem," in *Det antropologiske projekt om forbløffelse*, Gyldendal, Kbh., pp. 14-26.

Hastrup, K. 1992b, "Refleksivitet: Én verden," in *Det antropologiske projekt om forbløffelse*, Gyldendal, Kbh., pp. 53-65.

Heggen, K. & Fjell, T. 2003, "Etnografi," in *Spørgsmålet bestemmer metoden*, Lorensen M, ed., Universitets Forlaget, Oslo, pp. 66-86.

- Heifner, C. 1993, "Positive connectedness in the psychiatric nurse-patient relationship", *Arch.Psychiatr.Nurs.*, vol. 7, no. 1, pp. 11-15.
- Hem, M. H. & Heggen, K. 2004, "Rejection- A neglected phenomenon in psychiatric nursing", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 11, no. 1, pp. 55-63.
- Hem, M. H. & Heggen, K. 2003, "Being professional and being human: One nurse's relationship with a psychiatric patient", *J.Adv.Nurs.*, vol. 43, no. 1, pp. 101-108.
- Horsfall, J. & Cleary, M. 2003, "Patient concerns about seclusion: Developing a leaflet", *Issues Ment.Health Nurs.*, vol. 24, no. 5, pp. 575-585.
- Hummelvoll, J. 1998a, "Om at genoprette tilliden til sproget og til andre mennesker," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 326-368.
- Hummelvoll, J. 1998b, "Samtalen," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 419-443.
- Hummelvoll, J. 1998c, "Stykkevis og delt. Om menneskesyn, psykiatrisk sygepleje og behandling," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 52-74.
- Hummelvoll, J. 1998d, "Sygeplejeaspekter knyttet til medikamentel behandling," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 551-571.
- Hummelvoll, J. 1998e, "Et miljø for vækst og udvikling," in *Helt - Ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzel, Kbh., pp. 467-484.
- Hummelvoll, J. 1998f, "Mani som fænomen og lidelse. Om at møde mennesker med hævet stemningsleje og hyperaktivitet," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 198-231.
- Hummelvoll, J. 1998g, "Mennersker i et grænseland. Om fænomenet "borderline"," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 261-292.
- Hummelvoll, J. 1998h, "Om aggression," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 232-260.
- Hummelvoll, J. 1998i, "Psykiatrisk sygepleje som fagområde," in *Helt – ikke stykkevis og delt*, 2 edn, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 19-49.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2005, *Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse. Respekt, faglighed, ansvar*, Socialministeriet, Internetkilde:
<http://www.im.dk/Index/publikationer.asp?s=4&n=0&o=18&t=5>, Søgedato: 01.01.06, Kbh.

- Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet 2004, *Fælles værdigrundlag for den offentlige indsats i social- og sundhedssektoren for mennesker med en sindslidelse* Indenrigs- og Sundhedsministeriet & Socialministeriet, Internetkilde:
[http://www.im.dk//imagesupload/dokument/Værdigrundlag%20\(udkast\)%2006.05.2004.pdf](http://www.im.dk//imagesupload/dokument/Værdigrundlag%20(udkast)%2006.05.2004.pdf), Søgedato: 03.11.05.
- Jones, A. 2005, "Perceptions on individualized approaches to mental health care", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 12, no. 4, pp. 396-404.
- Kirkegaard, S. 2006, *Sygdommen til døden*, Arkiv for dansk litteratur, Digitaliseret 1. udgaven fra 1849, Internetkilde:
http://adl.dk/adl_pub/vaerker/cv/e_vaerk/e_vaerk.xsql?ff_id=75&id=7564&hist=fm&nnoc=adl_pub, Søgedato: 23.10.06, Kbh.
- Kirkegaard, S. 1976, *Enten - Eller. Et livs-fragment*, (Bind 2), 3. edn, Gyldendalske boghandel, Nordisk Forlag, Odense.
- Knizek, B. L. 1998, "Interview - design og perspektiv," in *Spørgsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag*, Lorensen M, ed., Universitetsforlaget, Oslo, pp. 33-65.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. 1999c, "Introduktion," in *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*, Hans Reitzels Forlag, Kbh., pp. 7-23.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. 1999a, "Faser og trin i deltagende observation," in *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*, Hans Reitzels Forlag, Kbh., pp. 131-169.
- Kristiansen, S. & Krogstrup, H. K. 1999b, "Feltroller og feltrelationer," in *Deltagende observation. Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*, Hans Reitzels Forlag, Kbh., pp. 99-130.
- Krogh, G. 2002, "Del 4: Sykepleieintervensjoner," in *Begreper i psykiatrisk sykepleie. - Stkepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, Bergen, pp. 183-252.
- Kvale, S. 2004a, "Etiske spørsmål i interviewundersøgelsen," in *Interview. - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 115-128.
- Kvale, S. 2004b, "Fra tale til tekst," in *Interview. - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 161-175.
- Kvale, S. 2004c, *Interview. - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh.
- Kvale, S. 2004d, "Interviewsituationen," in *Interview. - En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 129-147.

- Laursen, P. F. 2003, "Personlighed på dagsordenen," in *Person og profession. - En udfordring for socialrådgivere, sygeplejersker, lærere og pædagoger*, I. Weicher & P. F. Laursen, eds., Billesø & Baltzer, Værløse, pp. 13-37.
- Løgstrup, K. E. 1962, "Den kendsgerning, hvoraf den tavse fordring udspringer," in *Den etiske fordring*, Gyldendals Forlagstrykkeri, Kbh., pp. 17-40.
- Lublin, H. 1998, "Skizofreni," in *Psykiatri - en grundbog*, H. D. Poulsen, P. Munk-Jørgensen, & T. G. Bolwig, eds., Munksgaard, Kbh., pp. 107-138.
- Martin, T. & Street, A. F. 2003, "Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 10, no. 5, pp. 543-551.
- Martinsen, K. 2003, "Omsorg i sykepleien," in *Omsorg, sykepleie og medicin. Historisk-filosofiske essays*, Universitetsforlaget, Bergen, pp. 67-83.
- McCann, T. V. 2002, "Uncovering hope with clients who have psychotic illness", *J.Holist.Nurs.*, vol. 20, no. 1, pp. 81-99.
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. 2000, "Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation", *J.Adv.Nurs.*, vol. 31, no. 2, pp. 370-377.
- Meijel B.V., van der, G. M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. 2002, "The practice of early recognition and early intervention to prevent psychotic relapse in patients with schizophrenia: an exploratory study. Part 2", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 9, no. 3, pp. 357-363.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & et al. 2002a, "Facilitating change," in *Motivational Interviewing. Preparing people for change*, 2 edn, W. R. Miller & S. Rollnick, eds., The Guilford press, London, pp. 20-29.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & et al. 2002b, "What is motivational interviewing?," in *Motivational Interviewing. Preparing people for change*, 2 edn, W. R. Miller & S. Rollnick, eds., The Guilford press, London, pp. 33-42.
- Morse, J. M. 1991, "Negotiating commitment and involvement in the nurse-patient relationship", *J.Adv.Nurs.*, vol. 16, no. 4, pp. 455-468.
- Muller, A. & Poggenpoel, M. 1996, "Patients' internal world experience of interacting with psychiatric nurses", *Arch.Psychiatr.Nurs.*, vol. 10, no. 3, pp. 143-150.
- Munck, C. 1915, "Sygeplejerske", *Tidsskrift for sygepleje*, vol. 15, no. 1, pp. 344-347.
- Munck, C. 1924, "Standsfølelse", *Tidsskrift for sygepleje*, vol. 24, no. 1, pp. 2-6.
- Munck, C. 1926, "Indledning," in *Lærebog og haandbog i sygepleje*, C. Munck & F. Rydgaard, eds., Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Kbh., pp. 1-14.

- O'Brien, L. 2000, "Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses", *Aust.N.Z.J.Ment.Health Nurs.*, vol. 9, no. 4, pp. 184-194.
- Olesen, A. 1994, *Charlotte Munck: Dansk sygeplejers "første dame"*, Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus universitet, Århus.
- Peplau, H. E. 1988, "A definition of nursing," in *Interpersonal relations in nursing*, Macmillan Education LTD, London, pp. 3-16.
- Psykiatrien i Århus Amt 2004, *Værdier i psykiatrien i Århus Amt*, Psykiatrien i Århus Amt, Internetkilde:
http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1923?_ARTIKEL_ID_=1046041123141409&_ARTIKELGRUPPE_ID_=1046040910163003, Søgedato: 01.01.06, Århus.
- Rask, M. & Levander, S. 2001, "Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A Swedish survey", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 8, no. 4, pp. 323-333.
- Repper, J., Ford, R., & Cooke, A. 1994, "How can nurses build trusting relationships with people who have severe and long-term mental health problems? Experiences of case managers and their clients", *J.Adv.Nurs.*, vol. 19, no. 6, pp. 1096-1104.
- Roper, J. M. & Shapira, J. 2000a, "Ethnography as method," in *Ethnography in nursing research*, Sage Publications Ltd., London, pp. 11-28.
- Roper, J. M. & Shapira, J. 2000b, "Now go do it!," in *Ethnography in nursing research*, Sage Publications Ltd., London, pp. 65-89.
- Roper, J. M. & Shapira, J. 2000c, "What to do with all the data!," in *Ethnography in nursing research*, Sage Publications Ltd., London, pp. 91-112.
- Roper, J. M. & Shapira, J. 2000d, "Overview of ethnography," in *Ethnography in nursing research*, Sage Publications Ltd., London, pp. 1-10.
- Service- og kvalitetskontoret i Århus Amt 2001, *Brugerne har ordet. Hovedrapport: De psykiatriske sengeafsnit i Århus Amt* Service- og kvalitetskontoret i Århus Amt, Internetkilde: <http://www.patient-relationer.dk>, Søgedato: 01.01.06, Århus.
- Spokes, K., Bond, K., Lowe, T., Jones, J., Illingworth, P., Brimblecombe, N., & Wellman, N. 2002, "HOVIS - The Hertfordshire/Oxfordshire Violent Incident Study", *J.Psychiatr.Ment.Health Nurs.*, vol. 9, no. 2, pp. 199-209.
- Spradley, J. P. 1979, *The ethnographic interview*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando.
- Spradley, J. P. 1980a, "Doing participant observation," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 53-62.

Spradley, J. P. 1980b, "Ethnography and culture," in *Participant observation. Part one, Ethnography and culture*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 3-12.

Spradley, J. P. 1980c, "Ethnography for what?," in *Participant observation. Part one, Ethnography and culture*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 13-25.

Spradley, J. P. 1980d, "Making a Domain analysis," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 85-99.

Spradley, J. P. 1980e, "Making a taxonomic analysis," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 111-121.

Spradley, J. P. 1980f, "Making an ethnographic record," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence.*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 63-72.

Spradley, J. P. 1980g, "Making descriptive observations," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 73-84.

Spradley, J. P. 1980h, "Making focused observations," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 100-111.

Spradley, J. P. 1980i, "Making selected observations," in *Participant observation. Part two, The developmental research sequence*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 122-129.

Spradley, J. P. 1980j, *Participant observation*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando.

Spradley, J. P. 1980k, "The ethnographic research cycle," in *Participant observation. Part one, Ethnography and culture*, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, Orlando, pp. 26-36.

Strand, L. 1990a, "Mot samling, mestring og helhet - sykepleietilnærming overfor psykotiske pasienter," in *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Norge, pp. 58-59.

Strand, L. 1990b, "Sykepleieren som person," in *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Norge, pp. 60-66.

Strand, L. 1990c, "Sykepleieholdning og -handling - egostyrkende sykepleie," in *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*, Gyldendal Norsk Forlag A/S, Norge, pp. 74-128.

Struthers, J. 1999, "An investigation into community psychiatric nurses' use of humour during client interactions", *J.Adv.Nurs.*, vol. 29, no. 5, pp. 1197-1204.

- Sumners, A. D. 1990, "Professional nurses' attitudes towards humour", *J.Adv.Nurs.*, vol. 15, no. 2, pp. 196-200.
- Sun, F. K., Long, A., Boore, J., & Tsao, L. I. 2006, "Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients", *J.Clin.Nurs.*, vol. 15, no. 1, pp. 83-92.
- Svabø, A., Bergland, Å., & Hæreid, J. 1998, "Sosiale roller," in *Sosiologi og sosialantropologi*, 3 edn, Universitetsforlaget, Oslo, pp. 84-102.
- Svebak, S. 2000, "Er sans for humor en støtdemper på livets landevei?," in *Forlenger en god latter livet? Humor, stress og helse*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, Bergen, pp. 121-138.
- Sygeplejeskolerne i Randers Silkeborg og Århus 2005, *Studieordning. September 2005. Sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt*, Århus Amt, Internetkilde: <http://www.sygeplejeskolen-aarhus.dk/sw6638.asp>
Søgedato: 25.02.06, Århus.
- Thorgaard, L., Rønnow, E., & Hansen, J. E. 2005, *Relationsbehandling*, Sønderjyllands og Ringkøbings Amt, Herning.
- Wackerhausen, S. 2002, "Det sundhedsprofessionelle felt og humanismen," in *humanisme, professions identitet og uddannelse - i sundhedsområdet*, Hans Reitzels Forlag A/S, Kbh., pp. 26-50.
- Wadel, C. 1991a, "Fra teori via metode til data," in *Feltarbeid i egen kultur: Del III. Kvalitativ metode som runddans mellom teori, metode og data*, 2 edn, Hegland Trykkeri A/S, Flekkefjord, Norge, pp. 129-138.
- Wadel, C. 1991b, "Om å være sosiolog på seg selv," in *Feltarbeid i egen kultur: Del I Feltarbeid som deltakende observasjon*, 2 edn, Hegland Trykkeri A/S, Flekkefjord, Norge, pp. 59-74.
- Williams, A. M. & Irurita, V. F. 2004, "Therapeutic and non-therapeutic interpersonal interactions: The patient's perspective", *J.Clin.Nurs.*, vol. 13, no. 7, pp. 806-815.
- Wind, G. 2001, "'På jagt efter relationen" Et studie af den sociale interaktion mellem patient og sygeplejerske," in *Fokus på sygepleje 2001*, S. U. L. N. R. V. Laustsen, ed., Munksgaard, Kbh., pp. 9-25.
- Zoglowek, H. 1999, "Tematisk analyse. En framgangsmåte for å analysere kvalitative intervju", *Nordisk pedagogik*, vol. 19, no. 3, pp. 156-167.

8. Bilagsfortegnelse.

8.1. Bilag 1: Litteratursøgningsresultater.

Dette bilag fremstiller en stærkt sammenfattet oversigt over litteratursøgningsresultaterne.

Artikel	Formål	Empirisk grundlag	Dataindsamlingsmetode:	Analysemetode:	Relevante resultater for problemområde:	Konklusion:
1) 'something always comes up'. Nurse-patient interaction in an acute setting. Factors influencing nurse-patient interaction in the acute psychiatric setting: An exploratory investigation (Cleary & Edwards 1999), (Cleary, Edwards, & Meehan 1999).	Hvad influere patient – sygeplejerske relationen?	10 interviews med sygeplejersker, 10 interviews med psykiatriske patienter.	Interview	Thematic content analysis.	At sygeplejersken er: Forstående, ikke dømmende, positiv, venlig, ærlig, empatisk og til rådighed påvirker interaktionen.	En lang række faktorer påvirker interaktionen, personlige egenskaber er en af dem.
2) HOVIS – The Hertfordshire /Oxfordshire Violent Incident Study (Spokes et al. 2002).	At få indblik i hvilke faktorer sundhedspersonalet mener har betydning for vold og voldshåndtering.	108 Sundhedspersonaler.	Interview, fokusgruppeinterviews og spørgeskema.	Content analysis.	At sygeplejersken er: rolig, selvkontrol, selvtillid har betydning i en konfliktsituation.	Personlige egenskaber har betydningen for håndteringen af vold.
3) Patients and nurses' perceptions of ward environmental factors and support systems in the care of suicidal patients (Sun et al. 2006).	At undersøge sygeplejerskers og patienters syn på den akutte psykiatriske afdeling og plejen.	15 sygeplejersker.	Interview.	Grounded theory approach. Åben axial selektiv kodning.	At være ikke dømmende, ikke diskriminerende, sympatisk, omsorgsfuld har betydning for plejen.	Sygeplejerskens intervention definerer en kompleks dynamik med betydning for den terapeutiske relation.
4) Positive Connectedness in the Psychiatric Nurse-Patient Relationship (Heifner 1993).	At undersøge sygeplejerskers opfattelse af forbundethed i relationen.	8 sygeplejersker.	Strukturerede interviews	Grounded theory	At være ærlig, ikke dømmende, relatere, tillid, at være til rådighed har betydning for forbundetheden.	En positive forbundethed er vigtig for den terapeutiske relation.
5) Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic Psychiatric nursing (Martin & Street 2003).	At undersøge sygeplejerske – patient relationen i en retspsykiatriske afdeling.	17 patient journaler. 5 sygeplejersker.	Semistruktureret interview. Journal analyse.	Content analysis.	Sygeplejersker angiver i interview at relationen er terapeutisk og at tillid og empati er vigtige for relationen men dette dokumenteres ikke.	Sygeplejersker udnytter ikke relationens terapeutiske muligheder.

6) Perceptions on individualized approaches to mentalhealthcare (Jones 2005).	At undersøge hvordan sundhedspersonalet opfatter psykiatrisk pleje. (At udvikle en plejestandard for skizofrene patienter)	11 Sundhedspersonaler.	Action research Herunder strukturerede interviews og observationer.	Thematic content analysis.	At kende patienten, tillid, ”intimitet”, lytte er vigtige i det relationelle arbejde.	Plejestandarder kan muligvis bedre den psykiatriske pleje.
7) The challenges of mental health care reform for Contemporary mental health nursing practice: Relationships, power and control (Cleary 2003).	At belyse hvordan sygeplejersker konstruerer deres praksis på en akut psykiatrisk afdeling.	5 måneders feltstudie. 10 sygeplejersker.	Etnografisk. Feltobservationer, diskussionsgrupper og fokusinterviews	Morse 1994.	At være, at være til rådighed, lyttende, tillid, ærlighed, respekt, empati, forståelse, informerende, forhandlende har stor betydning i interaktionen.	Elementerne er vigtige i plejen.
8) Being professional and being human: one nurse’s relationship with a psychiatric patient (Hem & Heggen 2003).	At undersøge hvordan sygeplejersker oplever både at være mennesker og behandlere.	2 ½ mdr.’s feltstudie. 6 sygeplejersker.	Etnografisk. Deltagerobservation, narrativ interview	Case beskrivelse, tekstanalyse.	Sygeplejersker ser sig selv som terapeutiske instrumenter. Kendetegnet ved at være stædig, empatisk, forstående, stødabsorberende, sårbar, loyalitet, velvilje, frustration og vrede	Sygeplejersker bør erkende egen sårbarhed.
9) Suicidal patients and special observations (Cleary et al. 1999).	At undersøge sygeplejerskers opfattelse af deres rolle ved pleje af patienter under observation.	10 sygeplejersker.	Interview	Thematic content analysis.	Personlige egenskaber: Tillid, ikke dømmende, støttende, omsorgsfuldhed, plejende, advokerende, åben, ærlig, diplomatisk, taktfuld, empatisk, perciperende, ikke konfronterende, formidle håb og forsikringer bringes alle i anvendelse under observation.	Påpeger modsigelser og dilemmaer omkring sikkerhed, pleje og stres.
10) How can nurses build trusting relationships with long term mental problems? Experiences of case managers and their clients (Repper, Ford, & Cooke 1994).	At undersøge hvordan sygeplejersken bygger tillidsfulde relationer.	13 klienter. 17 case managers.	In depth interview	Content analysis.	Realisme, langsigtet, positiv, empatisk, forstående, lyttende, fleksibilitet, tillid er vigtige for at bygge en tillidsfuld relation og anvendes med dette formål.	Opbyggelsen af relationen er central for at kunne vurdere brugeren.
11) Struggling for control: the care experience of ‘difficult’ patients in mental health service (Breeze & Repper 1998).	At undersøge hvad der karakteriserer den besværlige patient, hvordan dette opleves udvikle forståelse af den besværlige patient.	9 sygeplejersker. 6 patienter.	Etnografisk metode. Fokusgruppe interview Interview	Grounded theory approach	Varme, empati og respekt, at lytte er kendetegnede for den gode relation.	Respekt, tid, god pleje og villighed til at give patienten kontrol reducere vrede.

8.2. Bilag 2: Observationsskema for trin I.

Dette skema fremstiller en redigeret og tilpasset udgave af Spradleys datakonstruktions kategorier (Spradley 1980d:82-83).

	Aktører.	Sted.	Handling, begivenhed/ /aktivitet.	Objekter.	Mål.	Tid.
Aktører.	Detaljeret beskrivelse af aktøren.	Detaljeret beskrivelse af aktørens placering i forhold til sted.	Detaljeret beskrivelse af hvilke handlinger, aktiviteter og begivenheder aktøren udfører og deltager i.	Detaljeret beskrivelse af hvordan aktøren bruger objekter.	Detaljeret beskrivelse af hvordan forskellige mål/intentioner påvirker aktøren.	Detaljeret beskrivelse af tid aktøren bruger på interaktionen.
Sted.	Detaljeret beskrivelse af aktøren i forhold til sted og brug af sted.	Detaljeret beskrivelse af det fysiske rum/sted.	Detaljeret beskrivelse af hvor handlinger, begivenheder og aktiviteter finder sted.	Detaljeret beskrivelse af hvor objekter er placeret	Detaljeret beskrivelse af hvor mål opnås og sættes.	Detaljeret beskrivelse af hvor tidsperioder finder sted.
Handling, begivenhed/ /aktivitet.	Detaljeret beskrivelse af hvilke handlinger, aktiviteter og begivenheder aktøren udfører og deltager i.	Detaljeret beskrivelse af hvor handlinger, begivenheder og aktiviteter finder sted.	Detaljeret beskrivelse af alle handlinger, begivenheder og aktiviteter.	Detaljeret beskrivelse hvilke objekter bruges i handlinger, begivenheder, aktiviteter.	Detaljeret beskrivelse af sammenhæng mellem handlinger, begivenheder og aktiviteter.	Detaljeret beskrivelse hvor lang tid handlinger, begivenheder, aktiviteter tager.
Objekter.	Detaljeret beskrivelse af hvordan aktøren bruger objekter.	Detaljeret beskrivelse af hvor objekter er placeret	Detaljeret beskrivelse af hvilke objekter bruges i handlinger, begivenheder, aktiviteter.	Detaljeret beskrivelse af objekter.	Detaljeret beskrivelse af hvordan objekter indgår for at opnå mål.	Detaljeret beskrivelse af forhold mellem tid og objekter.
Mål.	Detaljeret beskrivelse af hvordan forskellige mål/intentioner påvirker aktøren.	Detaljeret beskrivelse af hvor mål opnås og sættes.	Detaljeret beskrivelse af sammenhæng mellem handlinger, begivenheder og aktiviteter.	Detaljeret beskrivelse af hvordan objekter indgår for at opnå mål.	Detaljeret beskrivelse af alle mål.	Detaljeret beskrivelse af mål i forhold til tid.
Tid.	Detaljeret beskrivelse af tid aktøren bruger på interaktionen.	Detaljeret beskrivelse af hvor tidsperioder finder sted.	Detaljeret beskrivelse hvor lang tid handlinger, begivenheder, aktiviteter tager.	Detaljeret beskrivelse af forhold mellem tid og objekter.	Detaljeret beskrivelse af mål i forhold til tid.	Detaljeret beskrivelse af alle tidsperioder.

8.3. Bilag 3: Samtykkeerklæring.

Samtykkeerklæring.

(Side 1/ 2)

Mit navn er **Frederik A. Gildberg**. Jeg er uddannet sygeplejerske og i gang med at gennemføre en toårig kandidatuddannelse ved det sundhedsvidenskabelige fakultet, Århus universitet, som afsluttes med en specialeafhandling. Til dette formål gennemfører jeg, efter aftale med afdelingsledelsen, en undersøgelse her på afdelingen.

Undersøgelsens formål er at undersøge, hvad der kendetegner sygeplejerskens væsentlige måde at være/optræde på overfor patienten i praksis samt undersøge, hvilken betydning sygeplejersken tillægger dette i interaktionen med den hospitaliserede psykiatriske patient.

Dette er vigtigt af flere grunde: - Dels for at definere, hvad eksisterende psykiatrisksygepleje er og består i. - Dels for at belyse, hvilken betydning den mellem menneskelige relation har i plejen af den psykiatriske patient herunder, hvordan sygeplejersken bruger sig selv til at hjælpe patienten og – Dels for at kunne udvikle den psykiatriske sygepleje.

Metode: Undersøgelsen er en kvalitativ undersøgelse med en etnografisk metodetilgang der består i observation og interview om, hvad sygeplejersken siger og gør i samarbejdet med den indlagte patient. Konkret betyder det at jeg, med din tilladelse, vil følges med dig rundt i afdelingen, lidt på samme måde som en sygeplejestuderende. Det er i den forbindelse vigtigt at understrege, at jeg **ikke** er ude på at evaluere din praksis men, at lære om og af din praksis.

Periode: Jeg regner med at være på afdelingen i forskellige vagter i perioden d. 1/3-06 – 1/5-06. Hertil påregner jeg 1 uge til at interviewe.

(Side 2/ 2)

Rettigheder og fortrolighed:

Det er frivilligt at deltage og du kan til enhver tid sige fra ved mundtlig eller skriftlig henvendelse til mig. Det betyder at du til enhver tid kan trække denne samtykkeerklæring tilbage. Ligeledes kan du i situationer, hvor du skønner det nødvendigt, sige fra med henblik på at fortsætte undersøgelsen senere.

I undersøgelsen vil du til enhver tid være sikret fuld anonymitet. Datatilsynet har givet mig tilladelse til opbevaring af anonymiseret data. Alle data vil blive opbevaret og behandlet efter persondatalovens nr. 429 og 280 samt datatilsynets vilkår. Det betyder, at det kun er mig der har adgang til data og at data opbevares krypteret og under dobbelt password beskyttelse. For at sikre din anonymitet kan der således ikke gives tilladelse til, at enkeltpersoner eller afdelingen/hospitalet ser dataudskrifterne før, under eller efter undersøgelsen. Undtaget er dog selve specialet i dens publicerede form, hvori både du og afdelingen vil være fuldt anonymiseret. Endvidere har jeg tavshedspligt og kan på ingen måde udtale mig om dig som enkelt person. Undersøgelsen er mundtlig fremlagt for etisk komite og har tilladelse herfra. Ved undersøgelsens afslutning vil personfølsomme data blive slettet jf. datatilsynets vilkår. Alle rettigheder i forhold til publikationen forbeholdt mig.

OBS Såfremt du ikke ønsker at deltage vil jeg, af praktiske grunde, opfordre dig til at henvende dig til mig således at jeg er klar over, hvem der ikke ønsker at medvirke.

- Yderligere information om undersøgelsen, datatilsynets vilkår mm. kan du få ved at henvende dig til mig eller ringe 86231741. Endvidere kan du finde information på www.datatilsynet.dk.

Venlig hilsen

Frederik A. Gildberg

Ovenstående gælder ved din underskrift som informeret, skriftligt samtykke og skal afleveres til mig.

Dato: _____

Underskrift: _____

8.4. Bilag 4: Interviewguide.

Bilaget er en kopi af det arbejdsredskab og de interview temaer der er anvendt i undersøgelsen.

A) Egenskaber - måder at optræde/være:

Fortæl noget om hvad det kræver af dig som person at arbejde med akut/intensive patienter?

(Hvilke personlige egenskaber mener du arbejdet med akut/intensive patienter kræver af dig?)

Fortæl hvordan du bruger dig selv i forhold til akut/intensive psykiatriske patienter?

(Fortæl hvordan du bruger bestemte måder at optræde på i dit arbejde med patienterne)

Fortæl hvordan du bruger din optræden (x)?

Hvad betyder den måde at optræde/være på (x) for patienten?

Hvad var hensigten med den måde at optræde/være på (x) i forhold til patienten?

Hvad vil der ske hvis man ikke besidder eller bruger (x) måde at optræde på?

Hvordan afgør du hvilke måder at optræde/være på du skal gøre brug af?

(X= Den personlige egenskab udledt af ovenstående.)

B) Domæner fra taxonomic analysis:

At tvinge, At udtrykke, vise og skabe: sympati, "et tillidsfuldt forhold", "respekt", åbenhed, ro, "Starte en relation", "at vise at jeg er her og at jeg vil bruges", noget positivt, være beskyttende, At "skaffe sig et billede af hvordan pt. har det", "sidde fastvagt", "At hjælpe", "At snakke", humor, konfrontere, motivere, grænsesætning.

Hvad kendetegner din optræden/at være? (y = at tvinge, at udtrykke, vise og skabe: sympati osv..)

Fortæl hvordan du bruger din optræden/at være (y)?

Hvad er hensigten med den måde at optræde/være på (y) i forhold til patienten?