



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

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

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 21.02.14 kl. 14.00

Kandidatnr.: 19

Antall ord: 8994

Se meg!



Bildet er hentet fra:

<http://www.colourbox.com/image/a-sad-girl-looking-down-with-her-eyes-unseen-in-image-7553228>

**Bacheloroppgave i sykepleie utført ved
Høgskolen Stord/Haugesund,
avdeling Haugesund – Kull 2011**

Antall ord: 8994

TRENGER ET MENNESKE

Jeg trenger et menneske.
Et menneske som ser meg som jeg er.
Et menneske som tåler min styrke.
Et menneske som tåler mine svakheter.
Et menneske som ikke svikter.
Jeg trenger en å lene meg mot.
Jeg trenger en å rase mot.
Jeg trenger en å være god mot.
Jeg trenger en som er der for meg.
Jeg trenger et menneske.

-Rita Anne Berntsen

(Berntsen, 2006, s. 13)

SAMMENDRAG

Tittel: Se meg!

Bakgrunn og hensikt: Psykiske lidelser hører med blant de mest utbredte folkesykdommene. Statistikken viser at minst 25 % av alle kvinner og 15 % av alle menn vil rammes av en psykotisk lidelse som krever behandling en eller annen gang i livet. Studien har til hensikt å gi økt kunnskap om relasjonsbygging med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse.

Problemstilling: Hvordan bygge relasjoner med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse i en psykiatrisk døgnavdeling?

Metode: Oppgaven er bygget på en litteraturstudie hvor forskning og faglitteratur er benyttet for å svare på problemstillingen.

Resultat: Oppsummert viser hovedfunnene at respekt og anerkjennelse av pasientens grunnleggende menneskelige verdi danner grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Gjensidighet i relasjonen er nødvendig for at pasient og sykepleier skal kunne påvirke hverandre, og for at sykepleier skal kunne åpne opp for å forstå pasienten. Det kommer frem at sykepleier kan påvirke pasientens mentale helse ved sin atferd i relasjonen. Sykepleierne i en av studiene mener at målet med å skape en hjelpende relasjon, i møte med det psykotiske mennesket, er å forstå det enkelte mennesket.

Oppsummering: Bygging av relasjoner med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse handler om væremåte. Som sykepleier må man være klar over at væremåten vår påvirker kvaliteten i relasjonen. I alle mellommenneskelige relasjoner er ønsket om å bli sett av andre og å kunne forstå selv, et grunnleggende trekk. Essensielle holdninger i relasjonen er respekt, anerkjennelse, verdighet, gjensidighet, tillit og åpenhet. Brukermedvirkning og recovery må tas hensyn til når relasjonen mellom sykepleier og pasient skal bygges.

ABSTRACT

Title: See me!

Background and purpose: Mental disorders are among the most prevalent national diseases in Norway. Statistics show that at least 25 % of women and 15 % of men will be affected by a psychotic disorder that requires treatment at some time in their lives. The study aims to increase knowledge about building relationships with patients diagnosed with a psychotic disorder.

Research question: How to build relationships with patients diagnosed with a psychotic disorder in a psychiatric ward?

Method: The thesis is based on a study of literature where relevant research and literature was used to answer the issue.

Result: The key findings show that respect and recognition of the patient's basic human values are the basis for the relationship between nurse and patient. If the nurse and the patient should be able to interact in the relationship reciprocity is required. This will affect the nurse to be able to open up in order to understand the patient. It appears that the nurse can affect the patient's mental health by his or her behavior in the relationship. The nurses in one of the studies believe that you need to understand the individual human being to build a helping relationship with the psychotic person.

Summary: Building relationships with patients diagnosed with a psychotic disorder depends on the nurse's behavior. As nurses, we have to be aware that our way of being affects the quality in the relationship. In all human relationships, the desire to be seen by others and to understand itself, is a basic feature. Essential terms in the relationship are respect, recognition, dignity, reciprocity, trust and openness. User participation and recovery must be taken into account in the building of the relationship between nurse and patient.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering	2
1.4	Begrepsavklaring	2
2	TEORI	4
2.1	Sykepleieteoretisk tilnærming	4
2.2	Psykotisk lidelse.....	5
2.3	Rammer rundt relasjonsbygging med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse i en psykiatrisk døgnavdeling	6
2.3.1	Rammer og statlige føringer.....	7
2.3.2	Brukermedvirkning og recovery	8
2.3.3	Miljøterapi.....	9
3	METODE.....	11
3.1	Hva er metode.....	11
3.2	Litteraturstudie som metode	11
3.3	Litteratursøk.....	12
3.4	Kildekritikk	12
3.5	Etiske aspekter	13
4	RESULTAT.....	15
4.1	Presentasjon av forskningsartikler	15
4.1.1	Artikkel 1	15
4.1.2	Artikkel 2	16
4.1.3	Artikkel 3	17
4.1.4	Artikkel 4	17
4.2	Oppsummering av hovedfunn.....	18

5	DRØFTING.....	19
5.1	Å se mennesket.....	19
5.1.1	Det unike mennesket.....	19
5.1.2	Diagnose.....	20
5.1.3	Mennesket i en recoveryprosess.....	22
5.2	Å bygge relasjoner.....	23
6	AVSLUTNING.....	27
	REFERANSELISTE.....	28
	VEDLEGG.....	31
	Vedlegg I.....	1
	Vedlegg II.....	1
	Vedlegg III.....	1

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser hører med blant de mest utbredte folkesykdommene. Schizofreni alene koster for eksempel samfunnet mer enn hjerte-kar-lidelsene. Sinnslidelser kan ramme alle, og statistikken viser at minst 25 % av alle kvinner og 15 % av alle menn vil rammes av en psykotisk lidelse som krever behandling en eller annen gang i livet (SinnetsHelse, 2010).

I 1998 la regjeringen fram forslag til en opptrappingsplan for perioden 1999 - 2006 med konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern. Målet var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skulle stå i fokus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Verdigrunnlaget for opptrappingsplanen for psykisk helse er basert på et varmere og mer menneskelig samfunn, der medmenneskelighet og omsorg for de svakeste er en viktig faktor. Tjenestetilbudene skal utvikles slik at de fremmer uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Disse målene er grunnlaget for god praksis i tjenesten (Helsedirektoratet, 2013). Helsedirektoratets veileder for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) fremhever *en god relasjon mellom pasient/bruker og fagperson* som en av flere forutsetninger for god praksis i tjenesten.

Hos meg har interessen for mennesker og å bygge relasjoner alltid vært tilstede. Etter å ha gjennomført forrige praksisperiode, hvor jeg var utplassert på en psykiatrisk døgnavdeling, har denne interessen vokst seg enda større. Der lærte jeg å samtale med personer som hadde andre virkelighetsforståelser enn hva jeg hadde. Det vekket mange følelser i meg; det opplevdes nytt, skremmende, utfordrende, spennende og ikke minst givende. Praksisen har vekket iveren etter å lære mer innen fagfeltet psykiatri. Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om relasjonsbygging med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det vil være nyttig kunnskap i arbeidet innenfor fagområdet psykisk helsevern, samtidig vil kunnskapen også være nyttig innenfor de andre fagfeltene i sykepleie.

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan bygge relasjoner med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse i en psykiatrisk døgnavdeling»

1.3 Avgrensing og presisering

Psykotiske lidelser er et vidt begrep. Grunnet oppgavens omfang velger jeg å avgrense oppgaven til å gjelde funksjonelle psykoser, det vil si de psykoser som ikke har noen påviselig organisk årsak eller noen tydelig forandring av hjernens funksjon. Avdelinger hvor psykose er relatert til disse årsakssammenhengene havner utenfor dette tema.

Pasientgruppen er begrenset i alder til å gjelde voksne, det vil si pasienter over 18 år.

Fokuset i denne oppgaven vil være mens pasienten er innlagt på en psykiatrisk døgnavdeling og omhandler derfor ikke arbeidet videre i kommunehelsetjenesten.

1.4 Begrepsavklaring

Psykiatrisk døgnavdeling:

De psykiske helse- og omsorgstjenestene til voksne som er innenfor spesialisthelsetjenesten, består av distriktpsikiatriske sentre og spesialiserte og sentraliserte sykehusavdelinger. De regionale helseforetakene innbefatter tjenester som døgn- og daginstitusjoner, poliklinikker, ambulante tjenester, dagsenter, ettervernshjem, bo- og behandlingssentre og psykiatriske sykehjem (Karlsson & Borg, 2013, s.124). En psykiatrisk døgnavdeling kan være i et distriktpsikiatrisk senter eller i en spesialisert sykehusavdeling.

Psykotisk lidelse:

Wilson og Kneisl, (sitert i Hummelvoll, 2012, s.337) har en kortfattet og forståelig definisjon på hva en psykose er:

En psykose er en tilstand hvor personens mentale kapasitet til å oppfatte «virkeligheten», kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller. Mer om psykotisk lidelse i kapittel 2.2.

Relasjon:

Sykepleieteorier har vært viktige for utviklingen av et sykepleiefaglig perspektiv på relasjoner. Felles for teoriene er at de forsøker å utvikle begreper for analyse og forståelse av kommunikasjonen mellom sykepleieren på den ene siden og pasienten, pårørende og andre involverte på den andre (Eide & Eide, 2012, s.129). Joyce Travelbee og hennes teori omtales videre i kapittel 2.1. Karlsson & Borg (2013, s.58) hevder at den erfaringsbaserte kunnskapen viser til et grunnleggende trekk i alle mellommenneskelige relasjoner: ønsket om å bli sett av andre og for selv å kunne se.

2 TEORI

I teoridelen blir det presentert teori som er ment å belyse oppgavens tema. Først presenteres valgt sykepleieteoretisk tilnærming. Deretter utdypes det videre hva en psykotisk lidelse innebærer, før siste kapittel tar for seg rammer som er til stede ved relasjonsbygging med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse i en psykiatrisk døgnavdeling.

2.1 Sykepleieteoretisk tilnærming

Kari Ottvik Jensen skriver i forordet (Travelbee, 1999, s.5) at Joyce Travelbee (1926-1973) i sin teori er opptatt av at mennesker er et unikt individ, likt, men også ulikt alle andre. Hun minner om at sykepleie alltid dreier seg om mennesker; om pasient, sykepleier og familie. Sykepleie skal ikke ha handlinger som et mål, men som et middel til å hjelpe et annet menneske.

Travelbee (1999, s.171) påpeker i sin relasjonsteori at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Travelbee mener at en «sykepleier» og en «pasient» ikke kan nå helt fram til hverandre. Det er først når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at en reell kontakt oppstår. Menneske-til-menneske-forholdet innbefatter alle elementene som er nødvendig for at den skal oppstå og kjennetegnes av gjensidighet i kontakten.

En av Travelbee (1999, s.172 og s. 186-218) sine grunntanker er at menneske-til-menneske-forholdet etableres etter at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire faser. Disse fasene er: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Den første fasen, *det innledende møtet*, er når sykepleieren møter en person for første gang. Da vil begge parter observere, bygge opp antakelser og gjøre seg opp meninger om hverandre. Ved dette innledende møtet blir som regel begge parter stereotypisert og kategorisert, og sykepleiers oppgave vil være å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i «pasienten». Dette er avgjørende for at sykepleier skal være i stand til å komme videre i forholdet. Forholdet mellom sykepleieren og den syke går inn i en ny fase først når sykepleieren begynner å oppleve den syke som unikt individ, og den syke begynner å respondere deretter. I denne fasen, *fremvekst av identiteter*, begynner begge identitet å tre fram. Fasen kjennetegnes ved evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sam-

men med evnen til å etablere tilknytning til den andre. Både sykepleieren og den syke begynner nå å knytte seg til hverandre og betrakte hverandre mer som individer fremfor å kategorisere. Sitert fra Travelbee (1999, s.192) er sykepleierens oppgaver «å bli seg bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det unikt individuelle ved dette andre mennesket». *Empati*, som er den tredje fasen, er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. I denne prosessen er den enkelte i stand til å se forbi ytre atferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelser på et gitt tidspunkt. Det er en følelse av å være sammen om noe samtidig som en er to ulike personer. Resultatet er at en er i stand til å forutsi den andres atferd. Den fjerde og siste fasen er *sympati og medfølelse*. Gjennom sympati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå den andres plager. Det er ikke mulig både å ha medfølelse med noen og samtidig ha distanse til vedkommende. Den profesjonelle sykepleierens oppgave i denne fasen er å omsette medfølelsen til konstruktive sykepleiehandlinger. Det er ikke nok at sykepleieren ønsker å hjelpe, hun må også vite hva hun kan gjøre, og ha de kunnskaper og ferdigheter som trengs i sykepleieprosessen.

Etablering av et menneske-til-menneske-forhold, og opplevelsen av gjensidig forståelse av kontakt, er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 1999, s.211). For at dette skal være mulig å oppnå må sykepleieren og den syke ha gjennomgått de fire fasene som er utdypet i avsnittet over. Disse grunntankene mener jeg er riktig å bygge videre på i min oppgave som omhandler relasjonsbygging. Travelbees sykepleieteori vil derfor ha stor betydning for denne oppgaves uttrykk.

2.2 Psykotisk lidelse

Psykotiske tilstander er en stor, viktig og uensartet gruppe psykiske lidelser. Mens noen former for psykose er kortvarige og forbigående, er andre preget av et langvarig forløp, ofte med sterkt fall i sosial funksjon. Det karakteristiske ved å være psykotisk er at en har en forandret virkelighetsoppfatning, det vil si en realitetsbrist. Ved en realitetsbrist oppfatter ikke den psykotiske personen lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin rolle på samme måte som andre gjør. Deres private forståelse kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s.302). Hummelvoll (2012, s.337) påpeker i sin bok at en psykose virker inn på personens evne til å møte de krav livet stiller. Han poengterer

også at den psykotiske erfaring er genuint personlig for den enkelte. For de som skal arbeide med psykotiske mennesker, vil en av utfordringene være å bli kjent med personens virkelighetsoppfatning. I den sammenheng vil tålmodighet og interesse være essensielle nøkkelord. Skårderud et al., (2010, s.317) skriver at psykotiske tilstander kan arte seg svært forskjellig og få svært forskjellige utløp. I 150 år har det vært arbeidet med å skille dem i diagnostiske grupper. I dag følger vi ICD-10 ved diagnostisering. Innenfor psykosekapitlet skilles det mellom seks grupper: schizofreni, schizotyp lidelse, vedvarende vrangforestillinger, akutte og forbigående psykotiske lidelser, induisert vrangforestillingslidelse og schizoaffektiv lidelse. I tillegg kommer stoffutløst psykose og psykose utløst av somatisk lidelse under andre kapitler.

Diagnosene er nødvendig for å ha en terminologi som letter kommunikasjonen innad i fagmiljøer og mellom ulike aktører i helse- og sosialtjenestene. Diagnostisering bærer også ulemper med seg, og innen psykisk helsevern er det utrolig viktig å være bevisst de uheldige sidene. Det er en fare for at en kan redusere mennesket til diagnosen, slik at en glemmer å se det hele mennesket bak diagnosen. Diagnoser kan virke overforenkende i forhold til å se hele den kompleksiteten som skjuler seg bak dette. Diagnoser kan også virke stigmatiserende, og de kan føre til selvstigma. Da ser pasienten på seg selv som sin sykdom fremfor å se seg selv som et fullt og helt menneske med muligheter for utvikling. Diagnostisering ved psykoselidelser kan også være spesielt utfordrende på grunn av potensielt kompliserte differensialdiagnostiske vurderinger og mange samtidige lidelser (Psykopp, 2013).

2.3 Rammer rundt relasjonsbygging med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse i en psykiatrisk døgnavdeling

Det er flere faktorer som påvirker relasjonsbyggingen mellom pasient og sykepleier. I relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient diagnostisert med en psykotisk lidelse, i en psykiatrisk døgnavdeling, mener jeg det er viktig å trekke frem:

- Rammer og statlige føringer
- Brukermedvirkning og recovery
- Miljøterapi

2.3.1 Rammer og statlige føringer

Psykisk helsevernloven (1999) regulerer det psykiske helsevernet i Norge. § 1-1 i loven lyder som følger:

Formålet med loven er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.

Syse (2010, s.250) påpeker at både rettsstillinger til pasienter som er frivillig innlagt og pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern reguleres av denne loven. Det vil til enhver tid være 1000 personer i psykiatriske institusjoner uten eget samtykke med hjemmel i lovens bestemmelser. Tallene har imidlertid gått sterkt ned de siste tiårene. Hartvig (2010, s.490) utdyper at hovedinnholdet i psykisk helsevernloven er regulering av samfunnets rett til tvangsinnleggelse overfor sinnslidende enkeltmennesker. Et grunnvilkår ved innleggelse mot pasientens vilje i psykisk helsevern, er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. I praksis er dette en psykotisk tilstand. Vatne (2009, s.25) presiserer at en begrunnelse for tvangsinnleggelse er at pasienter utgjør en fare for seg selv eller andre. Som Syse (2010, s.251) skriver, skiller psykiatrien seg fra alle øvrige sykehusspesialiteter ved bruken av tvang overfor pasienter.

I følge Syse (2010, s.251) var det lovendringer i 2006. Særregler i Psykisk helsevernloven som bare gjelder for pasienter som er underlagt psykisk helsevernloven ble flyttet til Pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven (1999) skal sørge for å gi pasienten rettigheter, deriblant rett til nødvendig helsehjelp, til journalinnsyn og til informasjon og samtykke. Kravene til helsepersonell etter Helsepersonelloven (1999) gjelder også fullt ut i psykisk helsevern.

I 1990-årene ble det tatt flere viktige politiske beslutninger som hadde til hensikt å bedre behandlings- og levevilkårene for mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmelding nr. 25, «Åpenhet og helhet» (1996-1997), og Odelstingsproposisjon nr. 63, «Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006» (1997-98) er de viktigste dokumentene i den anledning. Tjenestene skulle gjennomgå en gjennomgripende endring som omfattet både kvalitet og kvantitet. Alle tilbud, uansett nivå, skulle gjennomgås av empowerment-tenkning og brukervedvirkning (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2006, s.25).

2.3.2 Brukermedvirkning og recovery

Grunnlaget for brukermedvirkning er hjemlet både i lov om pasientrettigheter (1999) og i psykisk helsevernloven (1999). Storm og Rennesund (2009, s.11) peker på to viktige intensjoner ved brukermedvirkning; For det første antas det at pasienter som tar en aktiv del i sin egen behandling, lærer seg å mestre sin egen livssituasjon og dermed blir mindre avhengig av helsetjenesten. For det andre skal helsetjenestens utvikling preges av erfaringer og perspektiver til tjenestebrukerne. Dette åpner for at brukere av helse- og sosialtjenester skal ha muligheter til å påvirke utformingen av tjenestene på organisasjonsnivå og politisk nivå i tillegg til individnivå. I følge Skårderud et al. (2010, s.45) handler brukermedvirkning og empowerment om makt over eget liv, gjennom konkret makt over de hjelpetiltakene en er bruker av. Det handler videre om å endre patriarkalske hjelperelasjoner. Sett i et makt-, verdighets- og demokratiperspektiv er dette en svært betydningsfull bevegelse. Volden (2011, s.44) presiserer at myndighetene nå stiller klare krav til tjenestene om å legge til rette for og etterspørre brukermedvirkning, og dermed skal ikke brukerne behøve å vise takknemlighet for brukermedvirkning; retten til å medvirke er en selvfølge.

For å kunne etablere en opplevelse av gjensidig forståelse av kontakt mellom sykepleier og pasient, er det avgjørende at sykepleieren møter pasienten der han eller hun er. Da må sykepleieren kjenne til begrepet recovery. I følge Helsedirektoratet (2013) kan recovery beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse. Karlsson og Borg (2013, s.64) kan fortelle at begrepet recovery for alvor har kommet på dagsordenen først de siste femten årene i Norge. Det unike med recovery er at kunnskapen om den har sine røtter i menneskers egne erfaringer med hva som hjelper og hva som er viktig i slike livsprosesser. Videre kommer det frem at recovery dreier seg om en grunnleggende holdning om at vi er alle en del av den samme menneskeheten. Recovery handler om å jakte på ressurser i seg selv, alene eller sammen med andre. Det handler om å bygge håp og tro om et bedre liv og finne frem til omgivelser som gir næring til og styrker den psykiske helsen og troen på en meningsfull fremtid. Borg og Topor (2007, s.18) fremhever betydningen av den enkeltes egne aktive rolle. De skriver at bedring handler om aktive, handlende mennesker i en livsprosess. Det handler om personer som prøver å forstå hva som skjer, og som prøver å finne veien videre på sin egen måte. Dette foregår i samspill med alt rundt, både de materielle forhold og andre mennesker.

Tidligere har ofte synet på mulighetene for bedring hos personer med alvorlige og langvarige psykoselidelser vært preget av pessimisme. Forskning viser derimot det motsatte, mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever mestring (Helsedirektoratet, 2013). Erfaringene viser et behov for å befri både pasienter, pårørende og fagfolk fra det «kronisk»-stempelet¹ som har dominert gjennom det meste av det 20. århundret. Å komme seg gjennom en alvorlig psykisk lidelse handler om menneskelig utvikling over år, alene og ved hjelp av andre. Det er snakk om en prosess der ulike forhold kan spille inn (Borg & Topor, s.18).

2.3.3 Miljøterapi

Ansatte med behandlingsoppgaver som omfatter dagliglivet på en psykiatrisk enhet eller behandlingspost har fellesbetegnelsen miljøarbeidere. Dagliglivet dreier seg om søvn, hvile og ulike hverdagsaktiviteter som måltider, personlig hygiene, stell av rom, handling, fritidsaktiviteter, friluftsliv og liknende. Mens miljøarbeidere har sin virksomhet i en post, har staben ofte kontor utenfor posten, hvor pasientene får individuell behandling. Staben består av psykiatere, psykologer og sosionomer (Vatne, 2009, s.26).

Som Henriksen et al. (2011, s.10) skriver er miljøterapi en av flere viktige behandlingsformer i en psykiatrisk avdeling. Det finnes mange definisjoner på miljøterapi i norsk faglitteratur. En presisering innenfor John Gundersons definisjon av miljøterapi er formulert slik av Henriksen et al.:

Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor psykiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid.

¹ Begrepet kronisk betyr *det som hører til tiden*. Personer med alvorlige psykiske lidelser omtales fremdeles gjerne som «kronisk syke» på tross av nyere forskning som viser grunn til optimisme. Manglende engasjement fra fagfolks side, fravær av tro på at det vil gå bra, og ensidig fokusering på symptomer og medisiner, kan oppleves som svært krenkende.

Sykepleiere har funnet denne definisjonen klinisk og pedagogisk anvendelig, det er derfor en nyttig formulering (Henriksen et al., 2011, s.10). Den norske psykiatriske sykepleieren og høgskolelektoren Anders Johan Andersen har utarbeidet en definisjon som tydeliggjør at miljøterapi er ressursfokusert (siteret i Vatne, 2009, s.28):

Miljøterapi er en reflektert aktiv, kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon. Hensikten er å tilrettelegge for utvikling, vekst og modning, og gi gode og overførbare relasjonserfaringer, og derigjennom fremme og tydeliggjøre mer hensiktsmessige samhandlingsmønstre.

Hensikten med miljøterapi er her beskrevet som det å oppnå utvikling, vekst og modning hos pasientene, noe som skjer gjennom relasjonserfaringer. Ingeberg et al. (2006, s.174) ser likheter mellom behandlingsformen miljøterapi og empowerment (og brukermedvirkning) da de trekker frem at tenkemåten bygges på samme grunnlag. Tenkemåten går ut på at brukeren skal bevare sin myndighet. De mener det er viktig for hjelperen å stille seg spørsmålet: «Hvordan styrke selvtillit og pågangsmot, og svekke selvforakt og resignasjon?»

Erfaring tilsier at miljøterapien er forskjellig omkring psykotiske og ikke-psykotiske pasienter. Psykotiske pasienter har behov for et miljø som er velstrukturert, relativt stimulusbegrenset og praktisk orientert. Men det er viktig å merke seg at psykotiske pasienter også kan ha ulike behov (Henriksen et al., 2011, s.10).

3 METODE

3.1 Hva er metode

I følge Dalland (2007, s.83) forteller metoden oss noe om hvordan man bør gå frem når kunnskap skal fremskaffes eller etterprøves. Metoden velges på bakgrunn av hvilken metode som vil gi gode data og belyse spørsmålet som stilles på en faglig interessant måte. Det finnes flere definisjoner på metode. Jeg velger å trekke frem Vilhelm Aubert sin formulering (sitert i Dalland, 2007, s.83):

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.

Metoden er altså et redskap som tas i bruk når noe vil undersøkes, og den hjelper oss til å samle inn den informasjonen som trengs til undersøkelsen (Dalland, 2007, s.83).

Både kvalitativt og kvantitativt orienterte metoder har som felles mål å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Videre er forskjellene ganske store. De kvantitative metodene former informasjonen om til målbare enheter som igjen kan benyttes i regneoperasjoner. Da kan man for eksempel finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. De kvalitative metodene fanger opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. (Dalland, 2007, s.84).

3.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier er en vanlig metode ved utarbeidelse av hovedoppgaver. Oppgaveskriveren henter litteraturdata for resultatredegjørelsen fra vitenskapelige artikler eller andre vitenskapelige rapporter. Videre settes «innsamlingsdata fra litteraturen» i dialog med «bakgrunns litteraturen» i drøftingsdelen. Drøftingen gjennomføres på bakgrunn av formål og spørsmålsstillinger (Olsson og Sørensen, 2009, s.91).

Litteraturstudie som metode har både sterke og svake sider i bruk. Fordelen er at man kan fordype seg i litteratur med god bredde innenfor valgt tema. Man får god oversikt over tidligere forskning, og man lærer mye på kort tid om det valgte emnet. Ulemper ved metoden er at

man gjør et selektivt utvalg. Ved å velge etter egne kriterier kan utvalget av litteratur ikke være representativt. Derfor må litteraturen analyseres kritisk, og man må forsikre seg om at studiene er kvalitetssikret. (Forsberg og Wengström, 2013, s.26 og s.30).

3.3 Litteratursøk

Litteratursøk er arbeidet som utføres ved å søke frem beste tilgjengelig kunnskap i tilgjengelig databaser. Søket bør gjennomføres i en database som er tilpasset den informasjon en er på jakt etter (Kunnskapsbasert praksis, 2012a). For å finne artikler til denne oppgaven er det foretatt søk i søkemotorene Svemed+, Cinahl og Pubmed. Søket startet i Svemed+ hvor søkeordene «sykepleier-pasient relasjon», «psykose» og «psykiatrisk døgnavdeling» ble anvendt. Disse søkeordene ble brukt hver for seg. I kombinasjoner med hverandre fikk jeg ingen treff. De 69 treffene på «psykose», 46 treffene på «sykepleier-pasient relasjon» og det ene treffet på «psykiatrisk døgnavdeling» ble gjennomgått. Dette ledet til to artikler som var aktuelle for min problemstilling. Ved videre søk i databasene Cinahl og PubMed ble det benyttet engelske søkeord jeg fant som engelske MeSh-termer i de to aktuelle artiklene i Svemed+: «Nurse-patient relations», «Community Mental Health Services», «Psychotic patients» og «Relationships». I det ene søket ble «Norway» også benyttet som søkeord for å begrense søket. Se vedlegg 1 for systematisk oversikt over søkeprosessen. I litteratursøket prøvde jeg å finne artikler som var dagsaktuelle og kunne relateres til dagens praksis. Den ene artikkelen er fra 2004, det vil si ikke av helt ny forskning. Den er allikevel innenfor en grense på 10 år, og innholdet synes jeg var aktuelt og nødvendig for å svare på min problemstilling. Det var også viktig at artiklene var fra Norge eller andre land som har samme grunnfilosofi i måten å drive psykisk helsevern på. Det var avgjørende for valget at de aktuelle artiklene fikk frem både sykepleierperspektivet og brukerperspektivet på hvordan det er å være i sykepleier-pasient relasjoner.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2007, s.66) kan fortelle at kildekritikk er de metodene som blir brukt for å stadfeste om en kilde er sann. Kildene som benyttes må altså vurderes og karakteriseres. På den måten vil forfatteren av oppgaven vise at han eller hun er i stand til å forholde seg kritisk til det kil-

dematerialet som blir brukt i oppgaven, og hvilke kriterier en har benyttet ved utvelgelsen. Dalland forteller videre at det er to sider ved kildekritikk. Den første er litteratursøking, som er omtalt i ovenstående kapittel. Den andre siden ved kildekritikk er å gjøre rede for den litteraturen en har anvendt i oppgaven.

Selv om artikler er publisert i velrenommerte tidsskrifter, må en likevel vurdere artikkelens gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Det er utarbeidet sjekklister som kan være et hjelpemiddel i arbeidet med å vurdere de vitenskapelige artiklene kritisk. Det eksisterer ulike typer sjekklister, og en må velge den sjekklisten som passer forskningsmetoden i den enkelte artikkelen (Kunnskapsbasert praksis, 2012b). I denne oppgaven følges anbefalingen fra Kunnskapsbasert praksis om å bruke sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklistene er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering. Ved å benytte sjekklisten har jeg vurdert de valgte artiklenes gyldighet, metodiske kvalitet, resultater og overførbarhet. Se vedlegg 3 for valgt sjekkliste. Artiklene har funn som er relevante for min problemstilling. Jeg mener de kan overføres til praksis på grunnlag av at det er forskning av nyere dato. Artiklene kommer opp med forslag til endring av den nåværende måten å arbeide på i en psykiatrisk avdeling som jeg mener vil føre til bedre opplevelser for pasientene når de får hjelp innenfor psykisk helsevern. Til syvende og sist er det nettopp dette det handler om; at pasienten opplever hjelpen de får som god.

3.5 Ethiske aspekter

Etikk er teori om moral og har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt og varhet, evne til å se, til å tie og til å lytte. Etikk kan deles inn i områdeetikk og grunnlagsetikk eller teoretisk etikk. Forskningsetikk kommer inn under områdeetikk. Forskningsetiske spørsmål er av betydning både for forskere og ansatte i helsevesenet (Brinchmann, 2010, s.17 og s.208). Videre fremhever hun de mest sentrale eksterne forskningsetiske normene: hensynet til forsøkspersonen, informert og frivillig samtykke, konfidensialitet og ivaretagelse av personopplysninger, forskerkompetansen og nødvendige tillatelser. Dalland (2007, s.235) poengterer at forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt ikke må skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Det er utarbeidet retningslinjer for å ivareta etiske dilemma i

tilknytning til forsøk med mennesker. De viktigste retningslinjene er Nürnbergkoden² og Helsinkideklarasjonen³. De regionale forskningsetiske komiteene, som ble opprettet i 1985, er også til hjelp ved forskningsetiske spørsmål. Komiteenes oppgave er å veilede og gi råd ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet.

Etiske overveielser ble utført i denne litteraturstudien da valg av forskningsartikler ble tatt. Alle de fire funnene i studien viser til at de har fått godkjenning av en regionaletisk komite. På grunnlag av den presenterte teorien mener jeg det er et kvalitetsstempel.

Et annet etisk aspekt ved forskningsetikk er forholdet til opphavsmannen. Plagiat kan tolkes som tekstrov. Sitater og referanser må være korrekt gjengitt, og en forfatter kan ikke gjøre seg til eier av en annens persons tekst (Olsson og Sörensen, 2009, s.61). For at leseren kan finne tilbake til litteraturen som er brukt, har jeg benyttet biblioteket på HSH sine retningslinjer ved kildehenvisninger.

² Nürnbergprinsippet innebærer at en ikke kan løpe fra sitt personlige ansvar for sine egne handlinger ved å påberope seg ordre eller instruks.

³ Helsinkideklarasjonen fra 1964 bygger på Nürnbergkoden. Her vektlegges at hensynet til forsøkspersonens helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn.

4 RESULTAT

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

4.1.1 Artikkel 1

An encounter between two realities – What kind of experiences do psychiatric nurses gain from their efforts to create a helping relationship with psychotic patients?

Hensikten til Tofthagen (2004) sin studie er å synliggjøre hva det innebærer for sykepleieren å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket i en akuttpsykiatrisk sammenheng. Problemstillingen studien har utgangspunkt i er: Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? Studien har et utforskende kvalitativt design hvor ni sykepleiere fra tre akuttpsykiatriske avdelinger ble valgt ut til å delta i intervjustudiet. Funnene blir presentert under temaene *å se, å skape en tillitsrelasjon* og *å skape en fellesmenneskelig relasjon*.

I følge sykepleierne som ble intervjuet trenger det psykotiske mennesket ofte flere reinnlegelser over tid, derfor trer ikke avslutningsfasen i relasjonen med det psykotiske mennesket frem som sentralt i datagrunnlaget som i teorien.

Både sykepleierne i studien og sykepleieteoretikerne gir til kjenne et menneskesyn som ser det psykotiske mennesket som et subjekt og medmenneske som kan uttrykke sin historie. Men på bakgrunn av at mange blir tvangsinnlagt, stiller Tofthagen spørsmålstegn til om det psykotiske menneskets initiativ og aktiv deltakelse i forhold til sin sykehistorie ikke er et perspektiv som fremmes i dagens praksis.

Sykepleierne uttrykker at de savner et sykepleiespråk som synliggjør sykepleie til psykotiske mennesker, hvordan de over tid lærer å se det psykotiske menneskets problem og ressurser mer helhetlig via pasientens fortellinger om sin erfaring med ulike faser i en psykose.

I følge sykepleierne i studien er det sykepleieren som må ta ansvar for å etablere en trygg en til en relasjon med det psykotiske mennesket da det er redd for nære relasjoner. Sykepleierne synes å være konsentrert om nødvendigheten av å leve seg inn i pasientens situasjon, forstå dem og å forebygge at pasienten mister kontrollen ved tidlig intervensjon. Sykepleierne i studien er opptatt av å holde ut relasjonen med det psykotiske mennesket, og anser det å trekke seg som kontaktperson som et svik.

Sykepleierne i studien har erfaring med at sykepleier-pasient relasjoner i form av formelle og uformelle grupper gir gode resultater når pasienten ikke lenger er i den mest akutte fasen.

4.1.2 Artikkel 2

Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie

Hensikten med studien til Sæterstrand (2009) er å beskrive samhandling og brukermedvirkning slik helsepersonell og brukere i Distriktpsikiatrisk senter erfarer det. Studien har et kvalitativt design og har utgangspunkt i en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming til det empiriske materialet. Datainnsamlingen besto av semistrukturerte intervjuer med ansatte i distriktpsikiatrien og fokusgruppe intervju med brukere. Utvalget består av elleve informanter totalt, seks ansatte og fem brukere som har/har hatt tilknytning til Distriktpsikiatrisk senter. Resultatene deles i tre hovedtemaer: å bygge tillitsfulle relasjoner, å styrke brukerens sterke sider, og å lære å bli handlekraftig i eget liv.

Det kom frem at første bud ved innleggelse i et distriktpsikiatrisk senter er å oppnå tillit i relasjonen. Ansatte ønsker videre at brukeren i første rekke skal få anerkjennelse av seg selv og få hjelp til å gjøre noe med sine livsproblemer.

Ansatte bruker sine egne personlige erfaringer, noe som bidrar til at de kan hjelpe brukeren. Ansatte må våge å slippe pasienten til og ha evne til å stole på at pasienten kan klare å ta kontroll. Fokus er på fremtiden etter innleggelsen.

Brukerne opplevde at deres meninger ble mer lyttet til på Brukersenteret enn under innleggelsen. Sykerollen hos dem selv var også mer fremtredende mens de var innlagt.

Sæterstrand sin konklusjon er at fokuset i den akutte innleggelsesfasen er å få til å bygge tillitsfulle relasjoner med brukerne. Neste steg er å styrke brukerens sterke side. Til sist har brukerne behov for å bli handlekraftige i eget liv. For at brukerne skal bli i stand til å kunne mestre livets utfordringer i hverdagen, er samhandlingen med de ansatte etter innleggelsen viktig.

4.1.3 Artikkel 3

We are all Fellow Human Beings: Mental health workers' Perspectives of being in Relationships with Clients in Community-Based Mental Health Services

Studien av Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør og Karlsson (2013a) tar sikte på å avdekke og uttrykke kunnskap om betydningen om anerkjennelse av pasientenes verdi som menneske og egenverd, basert på psykisk helsearbeideres erfaringer med langsiktige relasjoner med pasientene. Spørsmål forskningsstudien stiller er: Hvordan forstår helsearbeidere sin egen tilstedeværelse i et forhold som en mulighet til å akseptere og anerkjenne pasienten? Hvordan imøtekommer de pasientene de er i en relasjon med? Studien har et kvalitativt design med fokusgrupper basert på deltakende filosofi som metode. Forskningsspørsmålene ble besvart i samarbeid med erfarne psykisk helsearbeidere, og hensikten var å bygge ny kunnskap og se andre perspektiver. Åtte psykisk helsearbeidere fra fire kommuner deltok i fokusgruppene. Det ble funnet at anerkjennelse av personlighet og iboende menneskeverd handler om å være aksepterende og inkluderende, å være emosjonelt involvert, og søken etter hver enkelt pasients perspektiv. Helsearbeiderne syntes å være klar over at deres væremåte kunne fremme eller hemme pasientens muligheter til å delta i åpne og tillitsfulle relasjoner.

Anerkjennelse viser seg å være en bekreftelse på det menneskelige, en opplevelse av å være et menneske som andre mennesker.

Helsearbeidere så seg selv som motkrefter til pasienters negative erfaringer med fornedrelse og avvising. Det er foreslått at anerkjennende relasjoner avhenger av gjensidige prosesser i relasjonen der en påvirker og blir påvirket. Å være menneske i en relasjon, på en måte som inviterer den andre personen til deltakelse og påvirkning i relasjonen, gir muligheter for vekst og utvikling i pasienten så vel som i helsearbeideren.

4.1.4 Artikkel 4

Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness.

Studien av Eriksen, Arman, Davidson, Sundfør & Karlsson (2013b) har til hensikt å få frem brukerperspektivet ved å beskrive brukere med en alvorlig psykisk lidelse sin forståelse av å være i relasjoner med fagfolk, og hvordan disse relasjonene kan begrense eller øke brukerens

recovery. Studien er av kvalitativ forskning hvor syv kvinner og fire menn mellom 20 og 60 år deltok i dybdeintervju. Fortolkende fenomenologisk analyse ble brukt for å analysere data fra dybdeintervjuene. Studien viser at betydningen av å være i relasjoner med fagpersoner er preget av «nivåer av tilknytning» fra å være alene og snakke om "jeg" og "de", til opplevelser av å være i et team med profesjonelle og si "vi". Temaene illustrerer nivåer av samhörighet, og indikerer deltakernes opplevelser av å bli anerkjent i relasjonene: "å være uten tilknytning", "å være på vakt", og "å være åpen og tillitsfull". Fortellingene illustrerer konsekvensene av disse relasjonene med tanke på deltakernes recovery.

Denne artikkelen bidrar til å fortsatt ha oppmerksomhet på anerkjennelse av grunnleggende menneskelig verdi, og argumenterer for at det å være i relasjoner preget av anerkjennelse og intersubjektivitet kan være en betingelse for å bli frisk fra alvorlige psykiske lidelser. Helsepersonell utfordres til å anerkjenne den psykiske helsetjenestebrukeren ved å akseptere og verdsette personen i hans eller hennes nåværende tilstand, da dette kan gi muligheter for å styrke hans eller hennes følelse av «selvet» (sin identitet), og ta "førersetet" i hans eller hennes bedringsprosess og generelle liv.

4.2 Oppsummering av hovedfunn

Oppsummert viser hovedfunnene at respekt og anerkjennelse av pasientens grunnleggende menneskelige verdi danner grunnlaget for relasjonen mellom sykepleier og pasient. Samtidig gir det muligheter for vekst og utvikling i både pasient og sykepleier. Gjensidighet i relasjonen er nødvendig for at pasient og sykepleier skal kunne påvirke hverandre, og for at sykepleier skal kunne åpne opp for å forstå pasienten. Det kommer frem at sykepleier kan påvirke pasientens mentale helse ved sin adferd i relasjonen. Sykepleierne i den ene studien mener at målet med å skape en hjelpende relasjon, i møte med det psykotiske mennesket, er å forstå det enkelte mennesket.

5 DRØFTING

Drøftingen er delt inn i to hoveddeler basert på funnene i resultatdelen. I første del drøfter jeg betydningen av å se mennesket når relasjoner skal bygges, og i andre del drøfter jeg videre hvordan man bygger en relasjon.

5.1 *Å se mennesket*

5.1.1 Det unike mennesket

I begge studiene til Eriksen et al. (2013a) og (2013b) fremheves betydningen av at vi er en del av den samme menneskeheten. Viktigheten av relasjoner kommer frem i den første studien med det fokuset at relasjoner mellom pasienter og helsearbeidere kan gi pasientene en opplevelse av samhörighet med andre mennesker. Som det fremkommer i resultatdelen er anerkjennelse, respekt og gjensidighet viktige moment i relasjonen. Det kommer også frem at Eriksen et al. (2013b) utfordrer helsepersonell til å anerkjenne pasienten ved å akseptere og verdsette personen i hans eller hennes nåværende tilstand. Ved å bli møtt med anerkjennelse og verdighet kan identitetsfølelsen styrkes. Det kan igjen føre til at pasienten kan ta førersetet i livet sitt og sin bedringsprosess. Sykepleierne i Tofthagen (2004) sin studie gir også til kjennet et menneskesyn med de samme verdiene. Samtidig er Tofthagen kritisk til at mange pasienter blir tvangsinnlagt, og hun er derfor undrende til om det psykotiske menneskets initiativ og aktiv deltakelse i forhold til sin sykehistorie ikke fremmes i dagens praksis. I følge Skårderud et al. (2010, s. 491) er det mange perspektiver på dette dilemmaet. Det kan også avspeiles i dagens samfunnsdebatt om bruk av tvang i psykiatrien.

Travelbee (199, s.188) deler menneskesynet som kommer frem i studiene til Eriksen et al. (2013) og Tofthagen (2004). Hun sier at sykepleier skal se på hver pasient som menneskelig individ. Videre gjør hun oss oppmerksom på at det trolig er lettest å oppleve den syke som menneskelig individ hvis det er en person vi finner tiltrekkende, eller en som oppfyller våre egne behov. Men sykepleiers oppgave er å respondere på alle hun har omsorg for, som menneskelige individer. Dette ansvaret endres ikke av hvor tiltrekkende eller frastøtende hun synes hver enkelt er. Den som er «lite tiltrekkende», er i realiteten den som har størst behov for anerkjennelse og for å bli behandlet som et menneske av sykepleier og andre helsearbeidere

(Travelbee, 1999, s.188). Skårderud et al. (2010, s.313) belyser sykepleiers utfordringer i sitt arbeid ved langvarige, tillitbyggende relasjoner. De som ikke får noen bedring, selv om kontaktarbeidet er langvarig og tålmodig, kan utfordre sykepleierens selvfølelse og engasjement. Det samme gjelder når pasienter får tilbakefall gang på gang, og ikke greier å opprettholde en stabil, normal funksjon. I slike tilfeller ser jeg for meg at pasientene lett kan bli oppfattet som «lite tiltrekkende» eller «vanskelige» i perioder. Da er vår oppgave som sykepleier å verdsette det unike mennesket og tenke som Travelbee; denne pasienten kan ha ekstra behov for anerkjennelse fremfor å bli avvist.

5.1.2 Diagnose

I Studien til Eriksen et al. (2013b) forteller pasienter opplevelser av å være i relasjoner med fagfolk. Fortellinger om manglende anerkjennelse i relasjoner var vanlig i materialet. Opplevelsene var relatert til episoder der deltakerne hadde erfarne fagfolk som ikke var interessert i å forstå dem, eller episoder der deltakeren var i krise og kjempet for å uttrykke hva han eller hun opplevde. Noen relasjoner var preget av å måtte være på vakt, hvilket medførte at tilknytningen til fagfolkene var betinget. Personens muligheter for selvbestemmelse var begrenset, da han eller hun var forventet å oppfylle forventningene til de profesjonelle. En av informantene forteller at hun opplevde at fagfolk hadde et forhåndsbestemt bilde av hvem hun var eller skulle være. Hennes erfaring var at det var fagfolkene som ledet an i forholdet uten at hun hadde rom for å bidra. Disse erfaringene stemmer overens med Hummelvoll (2012, s.61) sin kritikk mot den tradisjonelle psykiatrisk-medisinske modellen. Hummelvoll skriver at diagnoser er en enkel og smal forståelse av pasientenes liv. Ved å forholde seg til symptomer som er karakteristiske for diagnosen ser man bort fra pasientens egenopplevelse. Positive aspekter som personens ressurser står i fare for å bli ignorert, og resultatet kan bli en godkjent dehumanisering av personen gjennom den diagnostiske prosess. Sykepleier og andre profesjonelle kan motvirke de negative virkningene av den medisinsk-psykiatriske modellen ved å ikke se symptomer som indikatorer på sykdom, men heller som problemløsningsstrategier som har en spesiell mening og hensikt for personen. Travelbee (1999, s.187) mener at begge parter som regel blir stereotypisert og kategorisert i det innledende møtet. Her har sykepleier som oppgave å bryte ned kategoriseringen for å kunne oppfatte mennesket i pasienten. Dette er avgjørende for at sykepleier skal være i stand til å komme videre i forholdet. Det er først i andre fase i utviklingen av et menneske-til-menneskeforhold at stereotypene sprenges.

I Stortingsmelding nr. 25 har Helse- og sosialtjenesten, psykisk helsearbeid inkludert, fått sin «Pasienten først»-plakat. Plakaten definerer et sett med normer og holdninger som det er forventet at enhver som arbeider med personer med psykiske lidelser, innehar og etterlever. Flere av punktene mener jeg er med å påvirke relasjonsbyggingen med pasienten. Ingeberg et al. (2006, s.34) lister opp innholdet i punktene. En av grunnholdningene er definert i plakats punkt 9, som minner om at brukerne har krav på å bli møtt med vennlighet. Mange steder i behandlingssystemet har det rådet en paternalistisk og arrogant «vi vet best»-holdning. Denne holdningen passer ikke overens med de rette holdningene når en tillitsfull relasjon skal skapes. Kolstad (2011, s.152) forteller om positive vendepunktshistorier hos mennesker med psykiske lidelser. Historiene fremhever terapeuter som ikke fokuserer på sykdom og patologisering, medisiner og terapi, men på dagligliv, jobb og ressurser, som har tålmodighet og tid, som hjelper å løse hverdagens små problemer og som stiller opp. I følge Kolstad handler profesjonalitet på relasjonsbygging mer om refleksjon, tid og ønske om å forstå den andre, av kunnskap om psyke og sjelsliv, menneskers fantasier, tankemønstre, impulser og reaksjoner, og mindre om spesifikke behandlingsteknikker.

Fortellingene av pasientenes opplevelser av å være i relasjoner med fagfolk vitner om hvor stor betydning sykepleiers rolle i møte med pasienten er. Ved å være forutinntatt i hvordan pasienten er som person ut i fra en diagnosenkning, kan sykepleier bidra til å stenge dører som når inn til pasienten. Så lenge pasienten har en opplevelse av å ikke bli hørt og at sykepleier allerede har en oppfatning av hvordan situasjonen er, synes jeg det er forståelig at pasienten er på vakt og ikke deler sine tanker og følelser. Det kan være krevende for sykepleier å motvirke de negative virkningene av den medisinsk-psykiatriske modellen alene, men alle, uansett profesjon, har et ansvar å møte personen fremfor diagnosen i sitt møte med pasienten. Min erfaring fra praksis ved en psykiatrisk døgnavdeling er at det å nå inn til pasienten slik at han eller hun kan åpne seg for behandler, er en av de store utfordringene i arbeidshverdagen. Flere av pasientene ble beskrevet som «en hard nøtt» eller «umulig å nå inn til». Spørsmålet jeg stiller meg er om disse pasientene kan ha erfart det samme som informantene i Eriksen et al. (2013b) sin studie; at fagfolk hadde et forhåndsbestemt bilde av hvem de var eller skulle være?

5.1.3 Mennesket i en recoveryprosess

I følge studien til Sæterstrand (2009) viser forskning at relasjonen mellom ansatte og pasienter kan igangsette bedringsprosesser hos den enkelte. Sæterstrand trekker en konklusjon i sin studie at innleggelsesfasen, som ofte er akutt, har et fokus på å bygge tillitsfulle relasjoner. Deretter må det fokuseres på å styrke de sterke sidene til pasienten. Til sist trenger pasientene å bli handlekraftige i eget liv. For at pasientene skal bli i stand til å mestre livets utfordringer i hverdagen, er samhandlingene med de ansatte etter innleggelsen viktige. Karlsson & Borg (2013, s.71) fremhever noen forhold ved recovery som de mener er sentrale for psykisk helsearbeid. De skriver at personen settes i sentrum som et helt menneske med sine sterke og svake sider. Det handler om å finne frem til og utvikle omgivelser som støtter bedringsprosessen. Videre legges det vekt på håp i det daglige og håp for fremtiden. Recovery er ikke et personlig ansvar, de som er rundt, skal fungere som rådgivere, støttespillere, kartlesere og veivisere. Dette samsvarer godt med Sæterstrand (2009) sine påstander i sin studie.

Som nevnt tidligere utfordrer Eriksen et al. (2013b) helsepersonell til å anerkjenne den psykiske helsetjenestebrukere ved å akseptere og verdsette personen i hans eller hennes nåværende tilstand. De mener det kan gi muligheter til å styrke identitetsfølelsen, slik at han eller hun kan ta "førersetet" i sin bedringsprosess og livet generelt, som innebærer håp og optimisme. I følge Helsedirektoratet (2013) viser nyere forskningslitteratur at mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever bedring. Det er motsatt av tidligere tenkning, hvor prognosene for bedring hos personer med alvorlige og langvarige psykoselidelser var preget av et pessimistisk syn. Ved å ha en holdning preget av recovery fremmer man håp og tro på at det er mulig å leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse. Travelbee (1999, s.123) sier noe om sykepleierens rolle med tanke på håp hos pasienten. Hun mener det er sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Dersom en pasient opplever håpløshet, er det sykepleiers oppgave å gjenvinne håp. Et viktig kriterium for å opprettholde håp og unngå håpløshet er å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe. Å lytte til pasienten er et stikkord her. Det er ikke mulig å hjelpe pasienten med mindre sykepleieren er tilgjengelig og villig til å snakke med pasienten om det som opptar ham eller henne, og av problemene slik pasienten selv oppfatter dem.

På grunnlag av funn i oppgaven og aktuell litteratur, mener jeg å se det slik at recoverytenkning er en motsetning til diagnosenetnkning. Som sykepleier har vi en mulighet til å påvirke pasientens bedringsprosess i både positiv og negativ retning. Med et så stort ansvar er det vik-

tig å være bevisst på dette og arbeide for å være bidragsyttere til en positiv retning. I dette arbeidet er en god relasjon helt avgjørende. Helsedirektoratet (2013) mener at en god relasjon er preget av behandlerens empati, respekt, engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme. Haram (2004) skriver at helsepersonell som får gode resultater i behandlingen beskrives som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive.

5.2 Å bygge relasjoner

Ut i fra studien til Tofthagen (2004) kan det å skape en tillitsfull relasjon synes å handle om å skape en allianse hvor målet er å gi det psykotiske mennesket en opplevelse med økt trygghet og tillit til seg selv og menneskene han eller hun er i relasjon til. For å skape denne alliansen finner Tofthagen flere faktorer som er av betydning; Sykepleier må gi pasienten en trygghet på at han blir tatt imot som den han eller hun er, og sykepleier må se det psykotiske menneskets ressurser like mye som symptomer på en psykose og hva det fører med seg. Drøftingen i de to foregående kapitlene støtter opp om disse punktene. Videre finner Tofthagen at sykepleier må kunne bære den psykotiske smerten for å være en god hjelper. Hummelvoll (2012, s.352) har samme påstand når han sier at det kan være krevende både medmenneskelig og faglig å være en god hjelper for pasienter som opplever psykose. Mange pasienter som behandles i institusjon for kortere eller middels lang tid, vil ganske raskt bedres symptomatisk, blant annet med støtte av medikamentell behandling. Allikevel vil utfallet av behandlingen i stor grad være avhengig av miljøpersonalets innsats.

Ansvar for å etablere en til en relasjon legger Tofthagen (2004) på sykepleieren. Hun begrunner det med at det psykotiske mennesket er redd for nære relasjoner. Hummelvoll (2011, s.356) henviser til en svensk studie som delvis støtter påstanden. I studien ble personer som var innlagt på institusjon med schizofrenidiagnose spurt hvordan de opplevde livet på avdelingen. Det som var slående var at pasientene fremsto alene i sine fortellinger. Det kom frem at pasientene fryktet kontakt, men samtidig lengtet de etter den samme kontakten. Eriksen et al. (2013b) mener de kan se at å være isolert og alene utgjør trusler mot personens identitet. Den nødvendige erkjennelsen av seg selv i andre mangler, og det fører til at personens identitet og mulighet til å finne mening og gi mening til sine egne opplevelser står på spill. Dette er tankevekkende, og i møte med pasientene mener jeg det er viktig å ha i bakhodet at de ofte lengter like mye etter kontakten som de frykter den. På bakgrunn av studien kan man anta at å

være i relasjoner med andre mennesker er en livsnødvendighet. Dessverre er det en mangelvare hos flere av pasientene som er innlagt med alvorlige psykiske lidelser. Jeg erfarte flere ganger at personalet på avdelingen jeg var utplassert i lot pasientene være i fred med en begrunnelse om at «han ønsker å være for seg selv». Jeg skal ikke påstå at begrunnelsene i de tilfellene ikke var korrekt. Poenget mitt er at vi må være bevisst hvilken betydning relasjonsbyggingen har for pasienten, og ikke la pasienten automatisk være alene på rommet fordi han eller hun trekker seg vekk.

Det kommer frem i studien til Tofthagen (2004) at det antas å være avgjørende å redusere sensorisk stimuli for å beskytte mennesker med psykotiske lidelser. Det vil øke pasientens indre samling gjennom å redusere ytre inntrykk som sykepleierne beskriver som alt fra krav og påkjenninger som det psykotiske mennesket må mestre i sitt hverdagsliv, til avdelingens og rommets fysiske utforming og utseende. Henriksen et al. (2011, s.13) ser også nødvendigheten av ekstra beskyttelse til personer med psykotiske lidelser i en avdeling. De skriver at beskyttelse innebærer å trygge, skjerme eller ta hånd om. Hos pasienter med utilstrekkelig selvkontroll eller allmaktsfølelser vil pasientens indre kontroll kunne styrkes ved å lette belastningen. Det er viktig å merke seg at det skal gjøres vedtak etter Lov om psykisk helsevern når beskyttelsestiltakene hindrer kontakt med omverdenen og ved bruk av mekaniske og kjemiske tvangsmidler.

I studien til Sæterstrand (2009) opplever ansatte at pasientene er i en vanskelig livssituasjon i forbindelse med innleggelse. Ved å finne frem til pasientens interesser mener sykepleierne i studien at de kan oppnå tillit. De har en forståelse for at pasientene har det vanskelig på grunn av sin lidelse, og de fokuserer på å etablere gode relasjoner til pasientene. Å bygge tillit er ekstra utfordrende i en akutt psykisk krise. I slike situasjoner er det avgjørende at helsepersonellet ser pasientens behov, er lyttende og viser sin omsorgsfullhet igjennom praktisk handling. I faser hvor pasienten ikke mestrer å takle problemene sine selv, hjelper de pasienten med det han trenger, men kanskje ikke ser. Travelbee (1999, s.125) underbygger Sæterstrand sine funn i sin teori der hun sier at sykepleieren, gjennom sin atferd, forsøker å vise at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår. Sykepleierens rolle er å gi den hjelp det er behov for uten å måtte bli bedt om det. En profesjonell sykepleier bør forutse disse behovene. Ansvaret for at hjelpen tilbys og blir gitt ligger hos sykepleieren, ikke hos pasienten. Skårderud et al. (2010, s.306) ser også på arbeidet med å skape et tillitsforhold, og dermed en behandlingsallianse, som den største utfordringen når det gjelder akutte psykoser. De skriver at det er

nødvendig med ro, tålmodighet og vennlighet. Det kan hjelpe at en forstår at det er en fornuftig kjerne i forestillingene pasienten har. Det er av stor betydning å bli kjent med personens tankeverden og livssituasjon. Å merke at andre mennesker ikke tar ens tanker og bekymringer på alvor og behandler en som sinnssyk, er en veldig stor tilleggsbelastning for pasienten.

Ingeberg et al. (2006, s.32) mener at gjensidig tillit mellom de som behandler og den som får behandling er en forutsetning for at behandlingen skal være mulig. Tilliten må etableres først, deretter kan åpenheten få utvikle seg. Hummelvoll (2012, s.42) påpeker at åpenhet ikke kan framtvinges. Åpenhet er både en holdning, det vil si at man kommer den andre i møte med en vilje til å forstå, og en konsekvens av kvaliteten i relasjonen. Da må den bygge på gjensidig tillit. Ingeberg et al. (2006, s.32) konkluderer med at det ikke er nok at god vilje ligger som et bakteppe hos sykepleieren. Han eller hun må være villig til å åpne sitt eget sinn. Dette gjøres ved å skape mentale rom hvor en kan ta i mot og gi av sin egen personlighet. I følge Travelbee (1999, s.195) blir tillit aktuelt i empatifasen ved utviklingen av et menneske-til-menneskeforhold. For å føle empati for noen er det nødvendig med en viss tillit. Derfor er det en viss risiko for at tilliten kan ødelegges, alt etter hva en får vite om den andre, og hvordan denne kunnskapen brukes. Et dilemma i denne sammenhengen kan være taushetsplikten. Som Ingeberg et al. (2006, s.33) sier, må sykepleier overveie hva som er private og hva som er personlige opplysninger. I tilfeller der pasienten ikke ønsker at pårørende skal ha bestemt informasjon vedrørende hans eller hennes situasjon, har pasienten retten på sin side. Går en allikevel videre med informasjon vil pasienten kunne føle seg krenket, og grunnlaget for å bygge en relasjon kan være svekket. Samtidig kan det å være pårørende til en pasient med psykiske lidelser være svært belastende, og det er viktig å også komme dem i møte. Det er derfor et aktuelt dilemma man ikke skal ta lett på.

Sykepleierne i studien til Tofthagen (2004) etterlyser et enda større fokus på hvordan man over tid lærer å se det psykotiske menneskets problem og ressurser mer helhetlig, ved at pasientens fortellinger om sine erfaringer blir mer synlige. Slik jeg tolker denne etterlysningen ønsker de å lære mer om hvordan de kan hjelpe pasientene på grunnlag av pasientenes egne erfaringer. I følge Helsedirektoratet (2013) ble rapporten for «Brukermedvirkning – psykisk helsefeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptreppingsplanen for psykisk helse» utgitt i 2006. Det vil si at tjenestene innenfor psykisk helsevern har vært i endring siden studien til Tofthagen ble publisert. Jeg vil anta at tjenestene har større fokus på brukermedvirkning i dag enn i 2004. Samtidig forteller pasienter, blant annet i studien til Eriksen et al. (2013b), om opple-

velser hvor de har møtt fagfolk som ikke er interessert i å forstå dem. Dette vitner om at det fortsatt er et stykke igjen før pasientene føler at erfaringskompetansen deres blir tatt på alvor. Selv om målsettingen er at alle tilbud innenfor psykisk helsevern skal preges av brukermedvirkning, påpeker Sæterstrand (2009) at det kan være utfordrende å gjennomføre når en pasient er i en psykotisk fase. Da er ikke han eller hun i like stor stand til å ta vare på seg selv. Det fremkommer av studien at pasienten først og fremst trenger omsorg og ivaretagelse av sine grunnleggende behov i denne situasjonen. Sæterstrand mener det er behov for å tenke svak paternalisme slik at pasienten får råd og hjelp. Å bygge tillit i slike situasjoner krever at helsepersonellet ser pasientens behov, er lyttende og viser sin omsorgsfullhet gjennom praktisk handling. Slik jeg ser det er dette noe man absolutt bør ta hensyn til. Samtidig fremkommer det av presentert teori og funn at vi alle er individuelle mennesker med individuelle behov. Man kan aldri vite med sikkerhet hva som er best for den aktuelle pasienten uten at pasienten selv er involvert.

6 AVSLUTNING

Hensikten med denne oppgaven var å få økt kunnskap om relasjonsbygging med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse. For å finne svar på problemstillingen viser det seg at store tema som omhandler det eksistensielle må trekkes inn. Denne kompleksiteten medfører at det ikke finnes et enkelt svar man kan sette to streker under.

Som en konklusjon mener jeg å se at bygging av relasjoner med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse først og fremst handler om væremåte. Som sykepleier må man være klar over at væremåten vår påvirker kvaliteten i relasjonen. I alle mellommenneskelige relasjoner er ønsket om å bli sett av andre og å kunne forstå selv, et grunnleggende trekk. Det innebærer at man må være oppriktig tilstede i relasjonen. Essensielle holdninger i relasjonen er respekt, anerkjennelse, verdighet, gjensidighet, tillit og åpenhet.

Som sykepleier må man være ydmyk overfor den uunnværlige erfaringskunnskapen pasienten innehar ved å ha levd sitt liv. Å involvere pasienten er nødvendig for at pasienten kan føle at han eller hun blir tatt på alvor, og for at maktfordelingen i relasjonen blir mer balansert. Dagens system er fortsatt preget av en psykiatrisk-medisinsk modell. Sett i fra flere ulike holdningsperspektiv er brukermedvirkning riktig vei å gå for å endre patriarkalske relasjoner.

I relasjoner med pasienter diagnostisert med en psykotisk lidelse viser det seg at sykepleier må ha et ekstra fokus på å bruke god tid, vise tålmodighet og interesse, være lyttende og gi håp. Avslutningsvis ønsker jeg å presisere at det viktigste i hele prosessen er at pasienten får en opplevelse av å bli sett som et unikt menneske.

REFERANSELISTE

- Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virkksomme relasjoner* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2010). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2013a). «We are all Fellow Human Beings»: Mental health Workers' Perspectives of Being in Relationships with Clients in Community-Based Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(12), 883-91. doi: 10.3109/01612840.2013.814735.
- Eriksen, K. Å., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B. (2013b). Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12024.
- Forsberg, C. & Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Vårdning, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Haram, A. (2004). *Dialogens kraft: Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hartvig, P. (2010). Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (s. 487-494). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2013, 12. juni). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet 10. januar 2014 fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser/Sider/default.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007, 30. juni). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Hentet 10. januar 2014 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-199.html?id=274864

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 03. februar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, S., ..., Thorsen, G-R. B. (2011). *Miljøterapi: En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon* (6. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ingeberg, M. H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe AS.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kolstad, A. (2011). Psykisk helsearbeid – behovet for ny kunnskap. I A. J. W. Andersen & B. E. Karlsson (red.) (2010), *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid* (s. 143-155). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsbasertpraksis.(2012a). *Litteratursøk*. Hentet 10. januar 2014 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/litteratursok/>
- Kunnskapsbasertpraksis.(2012b). *Kritisk vurdering*. Hentet 10. januar 2014 fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 03. februar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykiskhelsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62*. Hentet 03. februar 2014 fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Psykopp. (2013). *Om diagnoser, diagnoseforståelse, og om diagnosene som inngår i VUP-indikatoren*. Hentet 10. januar 2014 fra <http://www.psykopp.no/elearning/>

SinnettsHelse. (2010). *Psykose – hvilke lidelser dreier det seg om?* Hentet 10. januar 2014 fra <http://www.sinnettselse.no/artikler/psykoser.htm>

Storm, M. & Rennesund, Å. (2009). Innledning. I M. Storm (Red.), *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid* (s.11-17). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Syse, A. (2010). Psykisk helsevernloven. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke, *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn* (s. 250-265). Oslo: Gyldendal akademisk.

Sæterstrand, T. (2009). Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie. *Klinisk sykepleje*, 23 (3), 4-11.

Toftthagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? *Vård i Norden*, 24(2), 4-9.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Vatne, S. (2009). Korrigere og anerkjenne: Relasjonens betydning i miljøterapi. Oslo: Gyldendal akademisk.

Volden, O. (2011). Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten». I A. J. W. Andersson & B. E. Karlsson (Red.), *Variasjon og dialog: Perspektiver på psykisk helsearbeid* (s.38-51). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bilde på forside er hentet fra:

<http://www.colourbox.com/image/a-sad-girl-looking-down-with-her-eyes-unseen-in-image-7553228>

Dikt på forside:

Berntsen, R. A. (2006). Trenger et menneske. I A. Almvik & L. Borge (red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko* (s. 13). Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG

Vedlegg I

Tabeller med oversikt over søkeord og antall treff ved søk i databasene Svemed+, Cinahl og PubMed.

Søk i Svemed+ Database 13.01.2014			
Nummer	Søkeord	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Sykepleier-pasient relasjon*	Peer reviewed	46
2	Psykose	Peer reviewed	69
3	Psykiatrisk døgnavdeling	Peer reviewed	1
4	1 and 2	Peer reviewed	0
5	1 and 3	Peer reviewed	0
6	2 and 3	Peer reviewed	0

Søk i Cinahl Database 13.01.2014			
Nummer	Søkeord	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Nurse-patient Relations*		18022
2	Community Mental Health service		10126
3	Psychotic patient*		2374
4	1 and 4		47
5	1 and 4 and 2		3
6	1 and 4	Publisert >2003	28

Søk i PubMed Database 13.01.2014			
Nummer	Søkeord	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	Nurse-patient Relations*		30129
2	Community Mental Health service		27227
3	Psychotic patient*		2732
4	1 and 2		128
5	1 and 2	Publisert <10 år siden	49
6	1 and 2 and 3		0
7	5	Not «medicine»	39
8	1 and 3		22

Søk i PubMed Database 13.01.2014			
Nummer	Søkeord	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
1	“Mental health services”		96731
2	“Relationships”		235698
3	1 and 2		2740
4	1 and 2	Publisert <10 år	1569
5	4 and «Norway»		22

Vedlegg II

Resultattabell

Tittel/ Forfatter	Hensikt	Metode og data-samling	Utvalg	Resultat
Toftthagen, R. <i>«Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?»</i>	Hensikten med studien er å synliggjøre hva det innebærer for sykepleieren å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket i en akuttpsykiatrisk setting.	Studien har et utforskende kvalitativt design. Respondentene ble intervjuet med forskningsspørsmål utarbeidet under gjennomgang av valgt litteratur.	Ni respondenter ble intervjuet.	Sykepleierne i studien ser det psykotiske mennesket som et subjekt og medmenneske som kan uttrykke sin historie. Sykepleierne savner et sykepleiespråk som synliggjør sykepleie til psykotiske mennesker, hvordan de over tid lærer å se det psykotiske menneskets problem og ressurser via pasientens fortellinger om sin erfaring med ulike faser i en psykose. Sykepleieren må ta ansvar for å etablere en trygg en til en relasjon med det psykotiske mennesket da det er redd for nære

				relasjoner.
<p>Sæterstrand, T.</p> <p><i>«Virksomme relasjoner i psykiatrisk sykepleie»</i></p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive samhandling og brukermedvirkning slik det erfarer av helsepersonell og brukere i Distriktpspsykiatrisk senter.</p>	<p>Studien har et kvalitativt design og har utgangspunkt i en fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming til det empiriske materialet. Datainnsamlingen bestod av semistrukturerte intervjuer med ansatte i distriktpspsykiatrien og fokusgruppeintervju med brukere.</p>	<p>Utvalget består av elleve informanter totalt, seks ansatte og fem brukere som har/har hatt tilknytning til Distriktpspsykiatrisk senter. Problematikken hos brukerne dreide seg om angst, depresjon, psykose og rus.</p>	<p>Funnene peker i retning av at både ansatte og brukere retter fokus på brukernes situasjon her og nå, samtidig som de retter blikket mot brukernes muligheter for fremtiden. De tok utgangspunkt i pasientens ressurser og guidet ham videre. Forståelsen av pasientenes livsverden var et styrende begrep for samarbeidet med pasientene.</p>
<p>Eriksen, K. Å., Arman, M. Davidson, L. & Karlsson, B.</p> <p><i>«"We are All Fellow Human Beings": Mental Health Workers' Perspectives of being in</i></p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke psykisk helsearbeidere sine erfaringer med å bygge relasjoner med klienter.</p>	<p>Kvalitativ metode er anvendt i studien. Flertrinnsfokusgrupper basert på deltakende filosofi ble anvendt som design for denne studien.</p>	<p>I alt åtte psykisk helsearbeidere, arbeidende i fire forskjellige psykiske helsetjenester, ble rekruttert via lederen for hver tjeneste. De jobbet alle med å gi individuell støtte til individuelle brukere av tjenestene i deres</p>	<p>Anerkjent personlighet og iboende menneskelige verdier ble funnet til å være: aksepterende og inkluderende, å være emosjonelt involvert, og søke etter hver klients perspektiv. Helsearbeider-</p>

<p>Relationships with Clients in Community-Based Mental Health Services”</p>			<p>hverdag.</p>	<p>ne syntes å være klar over at deres måter å være på kunne fremme eller hemme pasientens muligheter til å delta i åpne og tillitsfulle relasjoner.</p>
<p>Eriksen, K., Arman, M., Davidson, L., Sundfør, B. & Karlsson, B.</p> <p>«Challenges in relating to mental health professionals: Perspectives of persons with severe mental illness»</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive brukere med en alvorlig psykisk lidelse sin forståelse av å være i relasjoner med fagfolk, og hvordan disse relasjonene kan begrense eller øke brukerens recovery.</p>	<p>Kvalitativ metode er anvendt i studien. Fortolkende fenomenologisk analyse ble brukt for å analysere data fra dybdeintervjuer.</p>	<p>Syv kvinner og fire menn mellom 20 og 60 år ble intervjuet. Hvert intervju varte i 40-90 minutt. De ble tatt opp på bånd og deretter transkribert. En foreløpig analyse ble gjort for å få de første intervjuene, og et andre intervju ga forskerne en mulighet til å gå dypere inn i personens erfaringer og samtidig dra nytte av tilbakemeldinger fra personen på hvordan forskerne hadde forstått det første intervjuet.</p>	<p>Betydningen av å være i relasjoner med fagpersoner blir presentert som varierende nivå av tilknytning. Temaene illustrerer nivåene av samhörighet, og indikerer deltakernes opplevelser av å bli anerkjent i relasjonene: "å være uten tilknytning", "å være forsiktede", og "å være åpen og tillitsfull".</p>

Vedlegg III

Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.phru.org.uk/~casp
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien tydelig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hva som blir studert? • Er dette en interessant eller relevant problemstilling? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har problemstillingen som mål å forstå og forstå, eller beskrive fenomenet eller subjektive erfaringer eller synspunkter? 	<p>Ja</p> <p>O</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke ansvar relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kunne lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finnes det en beskrivelse og en overbevisende legitimering av utvalget som blir gjort? • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? • Er det gjort rede for hvor mange som ble valgt og hvorfor? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? 	<p>Kommentar:</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne møte og generere forståelser.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semi-strukturerede dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. • Er metoden som ble valgt den beste for å belyse problemstillingen? 	<p>Kommentar:</p>

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sin teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Kommentar:</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>En vanlig tilnærmingstype ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Kommentar:</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige sluttninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge data? 	<p>Kommentar:</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert ?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble studien forklart for deltagerne? • Ble studien forlagt Etsik komité? 	<p>Kommentar:</p>

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i>• <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i>	<p>Kommentar:</p>
---	--------------------------

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomener.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p>
--	--------------------------