



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	13-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	27-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	307
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	84
Andre medlemmer i gruppen:	417

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleierens rolle i møte med pasienter som erfarer psykose

The nurse's role encountering patients experiencing psychosis

Kandidatnummer: 307, 417

Sykepleie Bachelor

Institutt for Helse – og omsorgsvitenskap

Fakultet for Helse – og sosialvitenskap

27.05.2022

Summary

This essay addresses how nurses can offer help and support to patients in active psychosis, especially emphasizing therapeutic and bearing relationships. Interwoven with professional literature and research, examples from clinical practice and work experience will be used as a foundation for the essay and presented as «Morten» - a male patient diagnosed with schizophrenia. In line with the duty of confidentiality all clinical examples are stated with fictitious names and anonymized in such a way that it is not possible to recognize or identify any patients. Due to the scope of the thesis, my focus will be limited to nurses' encounter with patients who have primary psychotic disorders, in an inpatient setting. A therapeutic relationship is characterized by a healing, growth-promoting and disease-preventing dimension. A bearing relationship entails that it withstands challenges, disappointments and misunderstandings from both parties.

In the matter of illuminating what I consider as some key points in developing therapeutic and bearing relationships, I will incorporate several principles based on ego-strengthening nursing. I will discuss the inevitable in establishing trust, and the importance of continuity and regularity in this process. Further on, I will be discussing the issue of when our patients' perceived reality collides with our own, and how a humanistic-existential approach could not only strengthen the therapeutic relationship, but also help patients rebuild their fragile and disrupted selves. The essay will also discuss psychotic communication, as knowledge and understanding of psychotic communication is not only crucial to establish contact, and a prerequisite to be able to understand and provide the psychotic patient with needed care and facilitation. Conversations as an environmental therapeutic measure and a gateway to establish contact will also be presented. Finally, I will reflect on the use of coercion, and consequences it may have for the nurse-patient-relationship. The importance of appearing with respect will be greatly emphasized not only in the discussion of this topic particularly, but through the whole essay in general.

A thesis of this magnitude could not have covered the controversial topic of coercion alone, and I will only be discussing forced admission and seclusion. Mechanical compulsion and dealing with aggressive behavior will not be addressed. The different stages of relationship development, nonverbal communication, and cooperation with relatives, are among several other relevant aspects that I unfortunately have had to exclude.

Forord

Siste studieår går mot en ende, og plutselig sitter vi her og skal runde av tre ganske intense, lærerike, givende, krevende og travle år som sykepleierstudenter med denne bacheloroppgaven. I løpet av tre knappe år har vi vel bare så vidt begynt å utforske spekteret av dette omfattende yrket. Kanskje det er nettopp derfor det er så spennende å nå skulle ta fatt på bacheloroppgaven, og få mulighet til å fordype seg enda mer i noe av det som har fanget interessen vår i løpet av studietiden. På samme tid er det kanskje omfanget av, og mangfoldigheten i sykepleiefaget som gjør det så vanskelig å skulle lande på *ett* tema. Alle pasienter vi har fått møte i løpet av disse tre årene, alt fra 18 år gamle Sandra som fikk livet snudd opp-ned etter en alvorlig ryggmargsskade, til demente Øystein som vi fikk være med og feire 100-årsdagen til på sykehjemmet - de har alle på sin måte vekket både engasjement og nysgjerrighet, med sine utfordringer og problemstillinger. Likevel har én pasientgruppe gjort litt ekstra inntrykk på oss, og vekket både engasjement og nysgjerrighet; pasienter med psykoselidelse.

Selv om vi er to som har samarbeidet i utformingen av denne oppgaven, har vi valgt å skrive essayet i jeg-form, da det har gitt teksten en mer naturlig flyt. Det er nesten litt vemodig å skulle trå ut av skriveboksen, og avslutte disse tre årene med å ønske deg som leser velkommen til en vandring gjennom dette spennende emnet. Aller helst skulle vi invitert deg med på en hel safari, og utforsket enda mer av et omfattende og viktig tema, men den opplevelsen får vi ha til gode. Det er en tid for alt, og nå er tiden kommet for å runde av tre år i studentrollen, og trå inn i en helt ny og spennende rolle som sykepleier. Vi er dypt takknemlig overfor alle - både pasienter, lærere, forelesere, praksisveiledere, medstudenter, og andre - som har beriket utdanningen vår med sin kunnskap og sine erfaringer. Vi tar med oss en rekke erfaringer, som både på godt og vondt, har lært oss noe om hvem vi vil være i dette yrket, og formet oss på veien mot sykepleiere. Spesielt takknemlige og ydmyke er vi overfor alle pasienter som har sluppet oss inn på sitt mest sårbare, og gitt oss verdifulle læringsmuligheter. Vi gleder oss til nye pasientmøter, nye inntrykk, og enda mer læring. Som en kjørelærer en gang sa - å lære å kjøre, det begynner du med først når du får førerkortet.

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Morten og meg i skuespill foran TV-skjermen	4
«Jeg har ingen kjerne lenger, jeg flyter ut»	4
Tillit og allianse – et uunnværlig fundament	7
Å forstå det uforståelige	8
Realitetsorientering – å finne en felles realitet	10
Gode relasjonserfaringer og samtale som miljøterapi	12
Relasjonsarbeid i asymmetriske roller	15
Avrunding	18
Referanseliste	20

Vedlegg 1 – Beskrivelse av metode, inkludert PICO-skjema

Vedlegg 2 – Litteraturmatrise

Innledning

Bakgrunn for valg av tema

Pasienten i psykotisk krise. Kanskje er det de lukkede dørene, disse avdelingene som står ganske så skjermet og isolert fra samfunnet ellers, som gjør det litt ekstra spennende? Kanskje er det samfunnets stigmatisering av den psykotiske pasient, fordommene jeg opplever som mer eller mindre innprentet i store deler av samfunnet, som vekker et ekstra lite engasjement i meg? Aller mest, handler det nok om sårbarheten og lidelsen jeg har fått møte i blikket til den psykotiske pasient. Det inderlige ønsket om å kunne hjelpe, si og gjøre de riktige tingene som på magisk vis kan trylle bort all smerte og lidelse - og fortvilelsen i å vite at jeg faktisk ikke har de overnaturlige evnene som trengs, for å kunne gjøre nettopp det. Ved flere anledninger har jeg tvert imot fryktet at mine ord eller handlinger skulle tolkes eller oppleves feil, og føre til mer smerte og lidelse. Det er vel kanskje en ekstra usikkerhet knyttet til hva som blir riktig å si eller gjøre, når jeg og pasienten har to forskjellige virkelighetsoppfatninger. Hvilke forutsetninger har jeg for å vite hvordan det jeg sier og gjør blir tolket, når pasienten opplever en annen virkelighet enn jeg selv opplever? Hvordan forholder jeg meg til den virkeligheten pasienten uttrykker, når den ikke stemmer over ens med min egen? Hvordan kan man hjelpe pasienter som kanskje mangler tillit til oss som hjelpere, grunnet sine vrangforestillinger?

Camilla B. Hartberg redegjør for begrepet psykose på følgende måte, i boken *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (Gyldendal Norsk Forlag AS, 2020):

Psykose er en betegnelse som brukes om symptomer og tilstander som innebærer at en person har opplevelser og oppfatninger som kjennetegnes av «realitetsbrist», det vil si at de ikke er i tråd med virkeligheten slik andre mennesker oppfatter den. (Hartberg, 2020, s. 121).

Psykose er med andre ord et vidt begrep, og det er vel bokstavelig talt kun fantasien som setter grenser for hva en psykose kan innebære. Livstidsforekomsten av såkalte psykoselidelser er omtrent 2%, og gjennomsnittlig debutalder er sen ungdomstid/ tidlig voksen-alder (Oslo universitetssykehus, 2022). Primære psykoselidelser er psykisk betingede tilstander, og er vanligvis langvarige psykiske lidelser karakterisert av perioder med positive og/eller negative psykotiske symptomer. Den alvorligste, og kanskje mest kjente av disse, er schizofreni (Malt, 2022). Psykoser kan også oppstå sekundært, eksempelvis ved inntak av

rusmidler, eller sekundært til somatisk sykdom. I slike tilfeller er det ofte snakk om akutte forbigående psykoser (Hartberg, 2020, s. 121). Den psykotiske pasient kan med andre ord være så mangt, og det å finne frem til en fasit på hvordan en skal gå den psykotiske pasient i møte vil jeg derfor tørre å påstå at er en umulig oppgave. Det finnes dog terapeutiske prinsipper og strategier som legger føringer for hvordan sykepleieren kan komme i posisjon til å hjelpe denne sårbare pasientgruppen.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har en forventet levealder på hele 15-20 år kortere enn normalbefolkningen (ROP, 2018). En urovekkende statistikk, som forteller oss om en pasientgruppe som trenger å bli sett, og møtt av helsepersonell som kan gi dem den hjelpen og veiledningen de trenger. Årsakene bak denne statistikken er naturligvis flere og sammensatte, men en kan jo undre seg over om vi kanskje begynner å se oss litt blinde på farmakologiske fremskritt og antipsykotiske piller, som for øvrig ikke sjelden medfører både rask og stor vektøkning, og dermed øker risikoen for hjerte- og karsykdommer? (ROP, 2018). Det er klart at antipsykotiske legemidler kan være både nødvendig og hjelpsomt - men kan det hende de farmakologiske fremskrittene begynner å gå på bekostning av det gode gamle relasjonsarbeidet?

Dette er store og komplekse spørsmål, som får bli stående åpne i denne omgang. Selv om det åpenbart ikke finnes noen «quick fix» som kan redusere dette markante gapet i forventet levealder, tror jeg i likhet med hva forskning peker på, at vi gjør klokt i å vie mer oppmerksomhet til verdien av de terapeutiske relasjonene. Harris & Panozzo (2019) konkluderer med nettopp dette i sin forskning, omhandlende utvikling av terapeutiske relasjoner og kommunikasjon med pasienter som lider av schizofreni: «Pharmacological advances and changes in psychiatric treatment diminish the therapeutic nurse-patient relationship even though clients value it.» (Harris & Panozzo, 2019). Jeg tror gode sykepleier-pasient-relasjoner er nøkkelen til å kunne gi disse pasientene den hjelpen og veiledningen de trenger for å mestre tilværelsen - både på kort sikt, og lang sikt. Til tross for at oppgaven min hovedsakelig tar for seg sykepleierens møte med den psykotiske pasient i en mer akutt fase, er jeg overbevist om at det å utvikle gode og terapeutiske relasjoner i denne fasen også vil være av betydning i et langsiktig perspektiv.

Utviklingen av en relasjon er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykisk helsearbeid. (...) De terapeutiske mulighetene ligger både i selve relasjonsutviklingen, men også i de mulighetene som ligger i et godt sykepleier-pasient-forhold. (Gonzalez, s. 57, 2020).

Essayet som sjanger

Prosjektrapporter, IMROD-struktur, analyse og syntese - joda, det kan for all del være spennende å ta et dypdykk i den verdenen også, misforstå meg rett. Likevel er det ikke til å legge skjul på at essayet som sjanger appellerer til meg på en helt annen måte. Ikke minst anser jeg essayets utforskende skrivemåte å kle temaet mitt best. Ved å ta i bruk av essaysjangeren får jeg muligheten å diskutere, reflektere og drøfte et tema som representerer komplekse mellommenneskelige fenomener, uten at målet skal være å sitte igjen med klare konklusjoner og resultater. I frykt for å tråkke på tær, drister jeg meg til å påstå at psykiatrisk sykepleie kan være noe mer komplekst og diffust, enn den somatiske sykepleien. Man kan ikke påvise schizofreni med røntgenbilder, eller behandle en psykotisk pasient ved å legge inn et urinkateter. En vil aldri kunne utforme en «fasit» på riktig tilnærming til psykisk sykdom, som en gjerne har bedre forutsetninger for i somatikken. Jeg kommer til å ta i bruk et skjønnlitterært kasus som baserer seg på erfaringer og pasientmøter fra «klinikkens gulv», og vil gjennom essayet bli presentert som «Morten». Alle kliniske eksempler er naturligvis anonymisert på en slik måte at det ikke er mulig å identifisere pasienter. Hånd i hånd med Morten og utfordringene som gjenspeiles i hans symptombylde, diagnose og aktuelle situasjon, vil jeg flette inn aktuell faglitteratur og forskning. Målet er å knytte teori opp mot praktiske eksempler på en måte som vekker nysgjerrighet og engasjement, og inviterer deg som leser til å ta del i mine undringer og refleksjoner.

Essayet er basert på litteraturstudium som metode, og vedlagt ligger litteraturmatrise, samt en presentasjon av litteratur og forskning som har blitt brukt. Sammenvevd med kliniske eksempler og egne refleksjoner, har jeg utarbeidet dette essayet som tar for seg et spennende og omfattende tema; *sykepleieren i møte med den psykotiske pasient*.

Morten og meg i skuespill foran TV-skjermen

Morten sitter i sofaen ovenfor meg, og fikler urolig med ermet på sykehus-skjorten. På TV-en går en fotballkamp som jeg er rimelig sikker på at vi begge later som om vi følger med på. Jeg prøver forsiktig å spørre om han interesserer seg for fotball, og han kikker skeptisk bort på meg. Han møter så vidt blikket mitt, før han kikker ned på bordet mellom oss. «Ja, litt kanskje», svarer han nølende. Vi fortsetter begge å late som om vi følger med på fotballkampen, men jeg merker at Morten jevnlig kaster korte blikk i min retning, for så å ta et kjapt blikk rundt resten av rommet. Som om han er redd jeg skal gå i angrep på han når som helst. Jeg holder nesten pusten der jeg sitter. Hvordan vil han reagere om jeg reiser meg for å hente avisen nå? Tror han jeg gjør meg klar for angrep? Jeg kjenner det knytter seg litt i magen når jeg ser han sitte der i sofaen og utstråle en slik utrygghet. Den voksne mannen som sitter ovenfor meg og ser så hjelpeløs, redd og fortvilet ut, vekker noe i meg som gjør at jeg aller helst bare vil gi han en klem, skal jeg være ærlig. Om ikke annet skulle jeg så inderlig ønske jeg klarte å formidle at han trenger ikke å være redd for meg. At vi som er her er til å stole på, det er ingen av oss som vil han noe vondt. Hvordan skal jeg klare å nå inn til han?

Morten har diagnosen schizofreni, som ble stilt under hans første innleggelse tidlig i 20-årene. Han har hatt et par innleggelser opp gjennom årene, men har i stor grad lært å mestre lidelsen sin, og hatt hva jeg vil omtale som et relativt høyt funksjonsnivå i hverdagen på tross av schizofreni-diagnosen. Han har jobbet flere år som tømrer, og hadde frem til nylig en samboer som han hadde vært sammen med i flere år. Samlivsbruddet ble en stor belastning, og var en av hovedfaktorene som ledet opp til denne forverringen av schizofrenilidelsen hans. Han ble innlagt etter at legevakten mottok en bekymringsmelding fra denne tidligere samboeren. I telefonsamtale med henne hadde Morten opplevdes svært forvirret, blant annet uttrykt noe om å bli overvåket, og pratet om å fjerne en chip PST hadde plassert i hodet hans. Han visste ikke hvorfor, eller hva han hadde gjort galt, men han var overbevist om at han hadde gjort noe så forferdelig at tankene hans ble overvåket av PST, og at myndighetene var ute etter han.

«Jeg har ingen kjerne lenger, jeg flyter ut»

Etter hvert som ukene gikk, fikk jeg se skuldrene til Morten senke seg, millimeter for millimeter. Plutselig var det kommet et aldri så lite glimt tilbake i blikket hans, og i takt med

at frykten og de feilaktige overbevisningene virket til å avta, fikk jeg muligheten til å bli litt bedre kjent med personen *Morten*. Mennesket bak lidelsen. En av mine siste vakter fikk jeg med meg Morten på en runde biljard. Når vi ruslet tilbake til avdelingen, fortalte han; «Det er så rart, jeg har ingen kjerne lenger. (...) Jeg flyter liksom ut». Jeg stilte meg undrende til hva han mente, og han utdypet videre at «Nei, bare at alt føles fremmed.. Jeg mister meg selv i det». Han uttrykte ved en senere anledning følelsen av å mangle en barriere: «Jeg vet ikke hvor jeg slutter, og du begynner. Eller stolen.. jeg vet ikke om jeg sitter i den, eller om jeg synker gjennom».

Schizofreni er en kompleks lidelse, og mennesker med schizofreni er like forskjellige som mennesker ellers. Derfor må relasjonsarbeidet og tilnærmingen i møte med den schizofrene pasient tilrettelegges og individualiseres ut fra hvordan lidelsen oppleves, og hvilke utfordringer den medfører for den enkelte (Hummelvoll, 2012, s. 371). Et symptom som dog ofte går igjen hos pasienter med schizofreni er det en kaller selvforstyrrelser. Til tross for at dette ofte er noe som preger pasienter i den såkalte prodromale fasen, opplevde jeg Morten å være tidvis sterkt preget av nettopp dette også på veien ut av psykosen. Selvforstyrrelser kan oppleves på forskjellige måter, men i bunn og grunn handler det om en følelse av å «miste seg selv». Noen kan føle seg avflatet, fjerne, mekaniske, begynne å tvile på om de egentlig eksisterer, eller miste evnen til å skille mellom seg selv og omverdenen (Møller, 2018, s. 77-86).

I situasjonene med Morten kjente jeg på usikkerhet knyttet til hvordan jeg skulle respondere. Hva trenger han å høre fra meg? Trenger han å høre noe i det hele tatt, eller trenger han bare at jeg lytter?

Ego regulerer selvbildet, vedlikeholder balansen mellom impulser og verdier og tar vare på integriteten i vår personlige identitet. Ego-funksjonene tjener nettopp dette formålet. (...) Når disse funksjonene ikke lenger virker etter sin hensikt, vil det være vanskelig å orientere seg i forhold til de indre og ytre krav som personen møter. I psykosen er ego-funksjonene rammet i varierende grad - og derfor produseres symptomer. Man snakker da om at personen er ego-svak. (Hummelvoll, 2012, s. 343).

Basert på sitatet ovenfor er det logisk å tenke at sykepleie basert på egostyrkende prinsipper vil være hensiktsmessig i møte med den psykotiske pasient. Som en av pasientene med schizofreni uttrykte i en fenomenologisk undersøkelse av selvforstyrrelser: «She suggests that psychiatrists should help patients reconstruct their «selves» within the world that

surrounds them» (de Vries et. al., 2013). Uavhengig av om en er psykiater eller sykepleier, tolker jeg essensen i utsagnet som at den psykotiske har behov for hjelp til å finne tilbake til, og styrke *selvet* - mennesket bak psykosen.

Derfor vil jeg videre presentere den såkalte egostyrkende sykepleien, og se litt på hvordan disse terapeutiske prinsippene kan brukes i møte med denne pasientgruppen. I boken *Fra kaos mot samling, mestring og helhet* (Gyldendal Norsk Forlag AS, 1990), skriver Liv Strand følgende om egostyrkende sykepleie: «Egostyrkende terapi er en måte å hjelpe mennesker som i øyeblikket eller varig har sviktende egofungering, at jeg-grensene er svake og derved jeg-ressursene lite tilgjengelige.» (Strand, 1990, s. 74). Hun presenterer tolv prinsipper, hvorav jeg kommer til å gå i dybden på de jeg anser som mest aktuelle i lys av relasjonsarbeidet. Likevel er det verdt å nevne at disse prinsippene ikke er ment å stå som separate punkter, som tas i bruk hver for seg: «De er som trådene i en vev; først sammen skaper de et meningsfullt mønster.» (Strand, 1990, s. 78).

De første prinsippene Strand presenterer er det moderlige og det faderlige, som to overordnede prinsipper i egostyrkende sykepleie. I 2022 vil det kanskje ikke lenger være like politisk korrekt å bruke disse benevnelsene, men vi får gjøre et unntak og legge nymotens ideal om et kjønnsnøytralt samfunn til sides. I denne sammenheng representerer nemlig det moderlige prinsipp en base for omsorg, trygghet og kravløshet. Det faderlige prinsipp representerer på den andre siden et slags «spark bak», krav til å møte utfordringer, og å ta ansvar i bedringsprosessen (Strand, 1990, s. 78). Det moderlige representerer med andre ord tillitsskapende signaler, og sykepleie som er sterkt preget av det moderlige, vil det da være logisk å tenke at fungerer styrkende i sykepleier-pasient-relasjonen (Gonzalez, 2020, s.60). De faderlige prinsippene derimot, kan en kanskje tenke seg innebærer større risiko for konflikt? Å stille krav og utfordre pasienten tror jeg er noe som kommer mindre naturlig for mange av oss i helsesektoren, fordi det medfører naturlig nok en risiko for å trå feil. Det å evaluere og vurdere hva pasienten har behov for og er i stand til å mestre av krav og utfordringer i aktuell sykdomsfase, og balansere nærhet og avstand, er en utfordrende oppgave (Hummelvoll, 2012, s. 355).

Menneskelig som alle andre kan sykepleieren gjøre feilvurderinger, og plutselig har man kastet pasienten ut på litt for dypt vann. Dette understreker viktigheten av å utvikle

bærende relasjoner, som tåler slike feilsteg. En forutsetning for å oppnå relasjoner av en slik karakter, er at pasienten har tillit til sykepleieren og hans/hennes intensjoner (Gonzalez, 2020, s. 60).

Tillit og allianse – et uunnværlig fundament

Tillit er essensielt for enhver fremdrift i relasjonsutviklingen, og en forutsetning å oppnå en allianse - et samarbeid mellom sykepleier og pasient, mot et felles mål. Når jeg først møtte Morten var han preget av stor mistillit til alt og alle omgivelsene, noe jeg antar hovedsakelig skyldtes den paranoide karakteren av psykosen han befant seg i. Samtidig var han innlagt mot sin vilje, og samme hvor gode intensjonene er, er det vel ikke helt urimelig å tenke at en slik inngripen vil få konsekvenser for relasjonen og tilliten til helsevesenet? Hvor begynner man når Morten ikke har tillit til oss som hjelpere - som er selve fundamentet for en god terapeutisk relasjon? (Gonzalez, 2020, s. 60).

I det tillitsskapende arbeidet er kontinuitet og regelmessighet to viktige stikkord, som er prinsipper innen egostyrkende sykepleie. Kontinuitet og regelmessighet er avgjørende for å etablere en relasjon som pasienten opplever som stødig og stabil over tid, og faktisk til og med omtalt som en betingelse for å kunne ta i bruk andre egostyrkende prinsipper (Gonzalez, 2020, s.369). Hva skal så til, for at Morten opplever relasjonen som stødig og stabil over tid? Basert på egne erfaringer er vanlig praksis at pasienter på psykiatrisk sengepost får et «team» bestående av tre eller fire i personalgruppen, og at en forsøker å tilstrebe kontinuitet ved at disse følger pasienten opp i størst mulig grad. Dette gir «teamet» tid og mulighet til å bli kjent med Morten, og vice versa. Klarer man å etterfølge en slik ordning, sier det seg selv at det legger til rette for relasjonsutvikling i mye større grad enn dersom Morten stadig må forholde seg til nye ansikt. Eldal et. al. (2019) intervjuer i sin studie pasienter under psykiatrisk døgnbehandling, og deltakerne uttrykker her at kontinuitet er viktig for å oppleve at en som pasient blir tatt på alvor, og at det å stadig måtte forholde seg til nye ansikt ble en barriere for å utvikle den tilliten som trengs for å eksponere sitt mest sårbare selv (Eldal et. al., 2019). Samtidig viser de Vries & McClusky (2020) i sin studie til at kontinuitet også er avgjørende fra sykepleieren sitt ståsted, for å i det hele tatt kunne ta i bruk sin relasjonskompetanse:

Most participants vented these frustrations, fueled also their emphasis on the importance of a solid therapeutic relationship. It was evident from the responses that inconsistency in the attention given to each person and the difficulties in developing enduring and in-depth relationships were not a matter of professional inabilities, but of organizational limitations. (de Vries & McClusky, 2020).

Strand skriver også om det å møte opp og være tilgjengelig, igjen og igjen. Selv om en kanskje får døren slengt i trynet hundre-og-ti ganger, gjelder det å banke på døren igjen den hundre-og-ellefte gangen. Uten å si et ord signaliserer man trofasthet og pålitelighet, at tilbudet «holder vann» til tross for gjentakende avvisning (Strand, 1990, s. 79). Kanskje er det nettopp det Morten trenger - å erfare at sykepleieren møter opp og er tilgjengelig hundre-og-elleve ganger, for at han skal oppleve relasjonen som stødig og stabil over tid? Kanskje er det det som skal til for å gjøre seg fortjent til hans tillit? Nå skal det sies at Morten ikke var den som smalt mest med dørene, men i metaforisk forstand mener jeg å poengtere at den psykotiske pasient ha behov for å erfare at sykepleieren møter opp og er tilgjengelig gang på gang, på tross av avvisning og «utprøving» (Hummelvoll, 2012, s. 355).

Å forstå det uforståelige

En ting er å møte opp gang på gang - en annen ting er hva man gjør, sier og formidler etter å ha banket på døra til Morten. Stikker man hodet inn i døra uten å si noe, eller sier «jeg kommer bare på tilsyn», for så å lukke døra og gå igjen? Jeg tror jeg kunne gjort det der rimelig mange ganger uten at det ville formidlet noe særlig av verken interesse, eller ønske om å være tilgjengelig. Kommunikasjon er alfa-omega i alt relasjonsarbeid, og kan være et særlig utfordrende område i møte med den psykotiske (Hummelvoll, 2012, s. 249). En stor del av kommunikasjonen mellom to mennesker handler nemlig om forståelse av det den andre uttrykker, og psykosens verden setter ofte grenser for hva som kan uttrykkes på en forståelig måte (Lorem, 2014, s.214). I boken *Psykisk helse - forståelse, kommunikasjon og samspill* (Cappelen Damm AS, 2014) skriver Geir Lorem, professor ved Institutt for psykologi tilknyttet Universitetet i Tromsø, følgende:

Innlevende forståelse er å kunne leve seg inn i den andres livsverden og at den andre føler seg forstått gjennom det. Det er en empatisk, innlevende prosess som innebærer at man er sensitiv for mange forhold i situasjonen og for oppfatningene til pasienten. (Lorem, 2014, s. 161).

Hummelvoll skriver om persepsjonsforstyrrelser, affektforstyrrelser, motivasjonsforstyrrelser og tankeforstyrrelser som de viktigste forstyrrelser i ego-funksjonene ved psykose, og det er disse forstyrrelsene som kan gjøre det utfordrende å forstå og kommunisere med den psykotiske pasient (Hummelvoll, 2012, s. 345-348). Derfor er man helt avhengig av grunnleggende kunnskap om psykoselidelser, og innblikk i hvordan psykosen kan oppleves. Det er dette som legger føringer for hvordan man tolker og forstår den psykotiske sitt uttrykk (Lorem, 2014, s. 161). Pasienter i Eldal et. al. (2019) sin studie forteller også om verdien av de ansatte på psykiatriske sengeposter sin kunnskap og kompetanse: «Knowledgeable professionals were important to many participants, and this led to increased trust in staff who had a formal education; this enabled closer patient–professional relationships.» (Eldal et. al., 2019).

Mange psykotiske pasienter uttrykker seg ikke så mye verbalt, mens andre kan snakke usammenhengende, og kanskje med et vokabular bestående av egenlagde og uforståelige ord. Nettopp fordi de opplever en verden og virkelighet så ulik den vi andre kjenner til. Selv om det som blir sagt kan virke tilsynelatende meningsløst, har ofte pasienten et budskap å formidle. Med grunnleggende kunnskap om psykotisk kommunikasjon, og gjennom å stille seg åpen og undrende til innholdet i det som blir sagt, har man forutsetninger for å få tak i dette budskapet. «Jeg kan ikke være med på kjøkkenet.. Det var hyggelig når jeg og mor spiste middag sammen den gangen. Jeg lurer på hvordan det går med søsteren hennes, det var fryktelig mye folk sist jeg så henne.. Nei.. Det går ikke, du forstår det.», var svaret til Morten en kveld når jeg spurte om han ville være med ut å spise middag. Trodde Morten jeg allerede visste eller forsto hvorfor han ikke kunne være med? At jeg bare var undercover som sykepleiestudent - egentlig jobbet jeg i PST, og kunne lese tankene hans? Hadde jeg da sagt «Okay, helt i orden», uten å stille meg spørrende til hva han mente med at «jeg forsto», kunne Morten tolket det som en bekreftelse på at jeg faktisk kunne lese tankene hans (Hummelvoll, 2012, s. 350).

Det er ikke uvanlig at pasienter med schizofreni er preget av såkalt tankeflukt og hopper fra det ene temaet til det andre, som kan gjøre det utfordrende å tolke budskapet i det som blir fortalt. Andre ganger kan det være vanskelig å få fatt i det fordi det blir uttrykt indirekte, eller innpakket i detaljer og irrelevante opplysninger (Hummelvoll, 2012, s. 350-351). Jeg tolket det dithen at han opplevde det som hyggelig å spise sammen med andre, og «den

hyggelige middagen med mor» kanskje dukket opp som en assosiasjon til det? Videre spurte jeg om han synes det var ubehagelig med for mye folk på kjøkkenet, noe han bekreftet. Gjennom å gjøre et alvorlig forsøk på å forstå Morten, fant vi altså på kort tid frem til en løsning, ved at vi to gikk ut for å spise sammen etter de andre pasientene hadde spist.

Psykiater og fenomenolog Karl Jaspers (1963) hevder at de virkelige vrangforestillinger er hinsides forståelse og empati. Poenget hans er imidlertid at det å ikke forstå dem derfor er en passende respons fra klinikerens på en situasjon som også for pasienten fremstår som uforståelig. (Lorem, 2014, s. 164).

Av og til kollapser dog evnen til å forstå uansett hvor hardt en forsøker, og man må forsone seg med at en ikke klarer å henge med. Da kan det å være nok å møte pasienten med en åpen, anerkjennende og lyttende holdning, og være ærlig om at en ikke forstår. Fremfor å kjøre seg fast i forsøk på å forstå og potensielt fyre opp frustrasjonsnivået, kan det i slike tilfeller være mer hensiktsmessig å søke arbeidsfellesskap og samspill gjennom å utføre praktiske gjøremål sammen (Hummelvoll, 2012, s. 363). Ved siden av å fungere allianseskapende, kan praktiske gjøremål benyttes som en realitetsorienterende strategi (Strand, 1990, s.113).

Realitetsorientering – å finne en felles realitet

En kan jo bare prøve å forestille seg hvor skremmende, frustrerende og ensom psykosens verden kan oppleves. Ingen forstår deg, og du forstår kanskje ikke helt selv engang hva som skjer. Kanskje opplever du det som høyst reelt at du blir overvåket og forfulgt, ja - kanskje frykter du til og med for livet ditt, men ingen bryr seg. Ingen hører på deg, ingen virker til å engang gidde å prøve å forstå. I stedet blir du møtt av folk som avfeier og motsier alt du sier, i forsøk på «realitetsorientere» deg. Du aner kanskje ikke hvem du kan stole på lenger, om noen i det hele tatt, og må til enhver tid gå og kikke deg over skulderen. Jeg vet ikke med deg, men jeg tror jeg hadde begynt å gråte av lettelse, om noen omsider hadde satt seg ned og vist interesse for situasjonen min. *Endelig* noen som hører på meg, og tar meg på alvor.

Hvis man ønsker å realitetsorientere, vil det være rimelig å møte personen med motforestillinger eller motargumenter på en skånsom måte. I ett tilfelle blir en pasient plutselig redd for at vedkommende hun snakker med er ute etter å skade henne, og opplever det betryggende at samtalepartneren hele tiden motsier og beroliger henne med at det ikke er tilfelle. Da har man en kommunikasjon. Hva skjer når situasjonen låser seg? Hvis vedkommende går inn i en forsvarsposisjon, vanskeliggjøres dialog. En oppfatning vil neppe endres som følge av motargumenter

med mindre vedkommende har grunn til å tvile på den - det er ingen grunn til å tro at han eller hun vil oppgi sine meninger ut fra motargumenter alene. (Lorem, 2014, s.74).

I eksempelet ovenfor, ser vi at enkelte pasienter kan dra nytte av å bli møtt med realitetsorientering i «bokstavelig forstand» - å informere om virkeligheten med motargumenter til vrangforestillingene. Basert på hvordan jeg lærte Morten å kjenne, tror jeg det med større sannsynlighet ville resultert i konflikt og tillitsbrudd, dersom jeg motsa hans opplevelse av å bli forfulgt og overvåket - eller følelse av å synke gjennom stolen, for den saks skyld. Som folk flest, stolte Morten på sin virkelighetsoppfatning og sine sanseintrykk. Nok en gang kommer det fundamentale i å etablere tillit frem: Med mindre han har tillit til meg, er det lite sannsynlig at han vil betvile sin realitet på bakgrunn av mine motargumenter (Lorem, 2014, s. 74).

I en fenomenologisk undersøkelse av selvforstyrrelser hos pasienter med schizofreni, konkluderes det: «By understanding their narratives, we can improve treatment alliance and help patients to regain parts of their selves.» (de Vries et. al., 2013). Dette viser hvordan vi gjennom å forsøke å forstå Morten og hans virkelighetsoppfatning, ikke bare kan oppnå en styrket terapeutisk allianse, men også styrke han i å «finne tilbake til seg selv». Ved å påta meg en spørrende holdning, og vise interesse og nysgjerrighet for hans opplevde virkelighet, får jeg muligheten til å utvide min forståelse - uten at det trenger å verken avkrefte eller bekrefte vrangforestillingene. Hvis jeg ikke viser interesse og ønske om å forstå Morten sitt perspektiv, kan jeg vel ikke heller forvente at han forsøker å forstå mitt? I tråd med en humanistisk-eksistensiell tilnærming, kan realitetsorientering også foregå gjennom en slags utveksling av virkelighetsoppfatninger - «jeg har ikke inntrykk av at noen er ute etter deg, *men det er bare min oppfatning*. Hva gjør at du har inntrykk av det?» (Hummelvoll, 2012, s. 359). Ikke minst innbiller jeg meg at en slik nysgjerrig og utforskende holdning vil være mye mer tillitsskapende, enn å begynne å motargumentere. Først når en har etablert tillit, er det vel mer sannsynlig at Morten er villig til å lytte til mine motargumenter i det hele tatt?

Realitetsorientering trenger ikke nødvendigvis å foregå verbalt. Liv Strand skriver følgende om praktiske gjøremål innen egostyrkende sykepleie: «Det å gjøre noe konkret er en utpreget «i verden her og nå»-affære» (Strand, 1990, s.113). Når jeg og Morten spilte biljard, ble det grønne feltbelagte biljardbordet mellom oss, og de blanke kulene som klirret når de

traff hverandre, en slags felles realitet. En felles realitet forankret i noe helt konkret, håndgripelig og virkelig, som foregikk der og da. Det var en avgrenset, oversiktlig, konkret, og gjenkjennelig aktivitet for Morten, som er viktige punkter å ta i betraktning for at aktiviteten skal fungere egostyrkende. Det krevde samhandling mellom meg og Morten, og er et godt eksempel på en type aktivitet som kan fungere som inngangsport til en begynnende allianse. Pasienten må dog ha en forutsetning for å mestre aktiviteten i aktuell tilstand, og det å dra med seg Morten på biljard hadde ikke nødvendigvis fungert så bra i den mest «akutte» fasen av psykosen (Strand, 1990, s. 113).

Gode relasjonserfaringer og samtale som miljøterapi

Ulike definisjoner på miljøterapi vektlegger ulike temaer både for hensikt og innhold i miljøterapi. De fleste definisjoner legger vekt på å tilrettelegge miljøbetingelser som relasjonsarbeid, fysiske og estetiske forhold, og at de terapeutiske betingelsene tilrettelegges spesifikt til den målgruppen som skal dra nytte av miljøet. (Gonzalez, 2020, s. 362).

I psykiatrisk sykepleie har miljøterapi alltid stått sentralt, og selv om de lærde strides om en konsensus om hva begrepet innebærer, vil gode relasjoner være en nødvendighet for å nå gjennom med miljøterapeutiske tiltak. Samtidig inngår mange miljøterapeutiske situasjoner i relasjonsbyggingen, så relasjonsarbeid og miljøterapeutiske tiltak går med andre ord hånd i hånd. Miljøterapeutiske tiltak legger også til rette for gode og korrigerende mellommenneskelige erfaringer, og ikke minst - identitetsstyrkende erfaringer. Mange psykiatriske pasienter er preget av dårlige relasjonserfaringer - for eksempel fra en konfliktfylt oppvekst, utenforskap og mobbing, isolasjon eller ensomhet. Derfor vil miljøterapi ofte innebære såkalt korrigerende sosiale og mellommenneskeligere erfaringer, som gir pasienten gode erfaringer med å høre til, og føle seg anerkjent og verdsatt i møte med andre. Nok en gang ser vi hvor viktige de gode relasjonene er, innen psykisk helsearbeid (Gonzalez, 2020, s. 361-364).

Samtalesituasjoner er en sentral del av miljøterapien, spesielt i møte med pasienter i psykose. Det å ta del i hverdagslige samtaler og prate om sine interesser, kan både fungere realitetsorienterende, samtidig som det kan hjelpe pasienten med å finne «tilbake til seg selv» og sine identitetsmarkører. Det jeg erfarte med Morten, var at å prate om hans interesse for matlaging, eller jobben hans som tømmer, brakte frem et lite ekstra glimt i

blikket hans. Det var i de samtalene *Morten* dukket opp. Jeg innbiller meg at det å føle og dyrke slike markører hos den psykotiske pasient kan bidra til å styrke *mennesket* bak der, i «kampen mot psykosen». Andre ganger er det kanskje mer hensiktsmessig å bare prate om været, eller det som går på TV-en - standard småprat som ikke nødvendigvis krever respons, eller stiller særlig krav til pasienten. Jeg har kanskje pratet mer med meg selv i løpet av en vakt på psykiatrisk avdeling enn pasientene prater med seg selv, for å si det slik. Uavhengig av om jeg får respons eller ei, kan kommentaren min «Oi, nå regnet det fælt ute, det blir kaldt å sykle hjem i dette været» hjelpe pasienten å flytte fokuset utover og bort fra det indre kaoset, om så bare for et sekund (Gonzalez, 2020, s. 361-364).

Ikke minst er samtale ofte en nøkkel til å etablere kontakt, tillit og allianse. Basert på egne erfaringer trenger man ikke nødvendigvis å prate om alt som er vondt og vanskelig. I mitt første møte med psykiatrien hadde jeg nok en idé om at det var nettopp derfor jeg var der. Det er jo det vi stadig hører - at vi må prate om det som er vondt og vanskelig, det er det som hjelper? Joda, det stemmer vel på sett og vis, men etter hvert har jeg fått erfare at en tilnærming som overlater behov og ønske om å gå inn på de sårbare temaene ofte gjør det enklere for pasienten å forholde seg til meg. Det ufarliggjør meg kanskje litt? Det blir en mindre «presset situasjon», og i tilfellet med Morten åpnet han seg med tiden spontant om litt av det han kjente på. Her vil det naturligvis variere, og noen pasienter kan på den andre side kanskje ha behov for at man tilbyr støttesamtaler. Jeg tolket det dog som befriende for Morten å vite at i samvær med meg *trenger* vi ikke prate om det som er vondt, men jeg er tilgjengelig hvis du vil, og trenger en «container».

Strand skriver om det å påta seg en «container»-funksjon, som et prinsipp i egostyrkende sykepleie. Med dette menes det at sykepleieren fungerer som en mottaker som omslutter, rommer, og verner om det pasienten har behov for å få utløp for. Videre kan sykepleieren tilbakelevere det tolkede budskapet i en mer bearbeidet og strukturert form, som kan hjelpe pasienten å se sine symptomers rolle og funksjon på en ny måte. Samtidig anses faktisk det at sykepleier tåler å fungere som «container» i seg selv som en slags tilbakelevering. Altså, å formulere gode svar og fine ord er ikke alltid nødvendig. Det å være villig til, og tåle å ta imot, signaliserer i seg selv omsorg. Dette signaliserer også på et vis en bærende relasjon fra sykepleierens perspektiv - «jeg tåler at du ikke er perfekt, jeg tåler det verste i deg, jeg tåler deg» (Strand, 1990, s. 107).

Selv om en ikke går inn i dype samtaler, kan en innhente mye informasjon om humør og dagsform i den hverdagslige samtalen. Jeg har blant annet erfart at humor kan fungere som et godt verktøy. Responsen til Morten på mine klønete «dad-jokes» når jeg kommer innom med morgenmedisinene, kan fortelle meg mye om hvordan han har det uten at han trenger å si så mye direkte. «Her kommer jeg med dagens dose smågodt». Trekker han lett på smilebåndene, virker det genuint eller påtvunget, eller overser han forsøket mitt på å være morsom? (Gonzalez, 2020, s. 361-364).

Flere studier har vist at det pasientene legger mest vekt på under oppholdet i en psykiatrisk post, er at de blir møtt på en empatisk, støttende og tillitvekkende måte. Personalet må respektere pasienten, bruke tid sammen med dem og skape et trygt terapeutisk miljø (Røssberg, 2016, s. 41).

Respekt er en betingelse for å oppnå en god relasjon til et annet menneske, og det terapeutiske språket har mye å si for pasientens følelse av selvrespekt og likeverd. Måten jeg opptrer og ordlegger meg i samtalsituasjoner, gir pasienten anledning til å bli kjent med meg og mine holdninger. I boken *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid* (Hertervig Forlag, 2016) skriver Leif Jonny Mandeleid om hvordan forestillinger om å ikke være noe verd, eller håpløshet, er sosialt konstruerte egenskaper ved psykiske lidelser (Mandeleid, 2016, s. 24). Det er det altså vi som samfunn - våre ord, begreper og holdninger, som resulterer i at den psykisk syke kan ende opp med å definere seg selv ut ifra diskriminerende eller nedverdiggende fordommer og stereotypier. Dette understreker viktigheten av at sykepleieren er bevisst på egne holdninger og ordvalg i møte med disse pasientene. Jeg vil trekke inn Travelbee sitt begrep «menneske til menneske-forhold», som bygger på en humanistisk-eksistensiell tilnærming, og går ut på å møte pasienten som et unikt og erfarende medmenneske (Gonzalez, 2020, s. 57). I Eldal et. al. (2019) sin studie var nettopp dette noe av det psykiatriske pasienter opplevde som viktigst ved døgnopphold: «Being regarded as 'who you are' was described by all participants as being particularly important.» (Eldal et. al., 2019). Skal man oppnå en allianse, må man møte pasienten som et helt og unikt menneske, med sin viktige og verdifulle ekspertise på seg selv, sin lidelse og sine utfordringer. Kombinert med sykepleierens erfaringsbaserte og forskningsbaserte ekspertise knyttet til måter å møte lidelsen og utfordringene på, er målet å oppnå et samarbeid der man som likeverdige parter utveksler ekspertise for å finne frem til løsninger sammen (Hummelvoll, 2012, s. 355).

Relasjonsarbeid i asymmetriske roller

Uavhengig av hvor medmenneskelig tilnærming en har, vil rollene i sykepleier-pasient-forholdet alltid være asymmetriske. Det er en ubalanse som oppstår i det vi fester ID-kortet til bukselinningen og sprader ned korridoren med klirrende nøkler. Hvordan påvirker denne ubalansen relasjonsarbeidet? Enten det gjelder noe så banalt som et ID-kort og klirrende nøkler, eller det mer åpenbare knyttet til tvangsutøvelse, sier det seg selv at makt-ubalansen alltid vil påvirke relasjonen mellom sykepleier og pasient (Gonzalez, 2020, s. 66).

I samtale med en erfaringskonsulent, beskrev hun sin egenerfarte psykose som at «hjernens filter» kortsluttet. Hvis en ser for seg at vi alle har et slags filter rundt hjernen, som sorterer og justerer alt av stimuli i omgivelsene. Filteret har to hovedfunksjoner; filtrere ut unødvendig stimuli, og justere intensiteten av nødvendig stimuli. Hvis en ser for seg at dette filteret kortslutter, er det ikke vanskelig å tenke seg at tilværelsen blir ekstremt overveldende. Alt av nødvendige og unødvendige sanseinntrykk i omgivelsene strømmer plutselig fritt til hjernen, og blir mangedoblet i både mengde og intensitet. Jeg synes denne beskrivelsen gav et godt innblikk i hvorfor pasienter i psykose ofte kan ha behov for ro og skjerming fra omgivelsenes krav og inntrykk.

Liv Strand skriver blant annet om skjerming som et egostyrkende prinsipp, og presenterer skjermingens hensikt med tre punkter. Disse innebærer å gi pasienten bedre forutsetninger for å få «samlet seg», skåne omgivelsene/medpasienter for upassende eller utagerende atferd, og bidra til at personalet får en bedre oversikt over situasjonen (Strand, 1990, s. 99). Den psykotisk overveldede pasient forstår ikke nødvendigvis selv behovet for ro og skjerming, og de første dagene etter Morten kom til avdelingen, ble sykepleierne nødt til å skjerme han mot hans egen vilje. Skjermingsvedtaket ble fattet både fordi sykepleierne observerte at Morten ble tydelig overveldet, urolig og forvirret av stimuli i omgivelsene. En kan jo stusse litt på hva den egostyrkende dimensjonen er, ved å begrense Morten til eget rom, mot hans vilje? Hva er det som avgjør hvorvidt en slik inngripen oppleves som omsorg, og ikke et overgrep? Hvordan hadde jeg følt meg, dersom noen bestemte hva jeg kunne og ikke kunne gjøre? Hvor jeg fikk lov til å oppholde meg? Jeg tror jeg hadde følt meg ganske krenket, og neppe særlig gira på å bli bestekompis med de som invaderte meg og mitt liv på

den måten. Ikke kom her og fortell meg at du kjenner meg og mitt eget beste bedre enn jeg selv, liksom?

Gjennom sykepleiestudiet har vi hatt stort fokus på pasientens autonomi; retten til å medvirke som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans/hennes problem (Helsedirektoratet, 2017). Hvordan forholder man seg til dette når pasientens ønsker står i strid med det helsepersonell opplever som nyttig eller nødvendig? I slike tilfeller kan vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern være oppfylt, som var tilfellet med Morten, både i form av at han ble innlagt under tvungent psykisk helsevern, og at det ble fattet skjermingsvedtak. Dersom bruk av tvang er nødvendig, er målet alltid minst mulig tvang, og å være så skånsom som mulig (Psykisk helsevernloven - phvl (1999), § 3-2 & 4-2).

Morten ble skjermet på eget rom både for å skåne medpasienter, for å ivareta hans personlige integritet, samt gi han bedre forutsetninger for dempe det indre kaoset og «samle seg». Dette svarer kanskje på hva det egostyrkende aspektet ved skjerming kan være? Det ble fort tydelig at tilstrekkelig med ro, forutsigbarhet og trygghet, var akkurat det Morten trengte for å «samle seg», og den aggressive atferden avtok rimelig fort. Antakeligvis henger det sammen med at begrensning av stimuli og økt forutsigbarhet i omgivelsene, kombinert med sykepleiernes representasjon av ro, trygghet og kontroll på det ytre plan, bidro til å redusere angsten og uroen han kjente på. Situasjonen ble mer oversiktlig, og resulterte nok i en økt følelse av indre kontroll (Hummelvoll, 2012, s. 363). Morten hadde også hatt et par innleggelser tidligere, og hatt schizofreni-diagnosen i mange år, så kanskje han hadde større grad av selvinnsikt og situasjonsforståelse - eller bedre forutsetninger for å oppnå nødvendig forståelse og innsikt på relativt kort tid, enn en pasient med førstegangpsykose kanskje ville hatt? Verdien av økende sykdomsinnsikt blir blant annet beskrevet i de Vries et. al. (2013) sin studie. Her blir det påpekt hvordan to av deltakerne med schizofreni i takt med økende sykdomsinnsikt, i større grad klarte å se symptomene de opplevde i sammenheng med lidelsen, og dermed ble bedre rustet til å stabilisere det sårbare selvet (de Vries et. al., 2013).

Uavhengig av tidligere innleggelser, sykdomshistorie og antall år med diagnose, skal tvangsutøvelse alltid utføres på en skånsom måte. Hva innebærer så det? Hvordan invaderer man et annet menneske sitt liv, på en skånsom måte? Tingleff, et. al. (2017) presenterer i en

systematisk oversikt den psykiatriske pasient sine synspunkt knyttet til det å erfare tvang, og lite sjokkerende kommer empati og gode kommunikasjonsferdigheter nok en gang frem som viktige punkter:

Increased sensitivity to patients' views of the situation at each point in the process is desirable in order to respond to the patients' individual needs. Professionals also need to articulate concern and empathy towards the patient and to improve communication skills before, during and after a coercive incident. (Tingleff, et. al., 2017).

I likhet med hva som kommer frem i ovennevnte studie, bygger Hummelvoll opp under viktigheten av enkel og tydelig kommunikasjon - forklare hva som skjer, og hvorfor aktuelle tiltak blir iverksatt. Videre skriver han om viktigheten av å bearbeide hendelsen sammen, og hvordan denne bearbeidingen er avgjørende for alliansen mellom sykepleier og pasient. Det gir pasienten mulighet til å ventilere opplevelser og følelsene rundt dem, og kan bidra til bedre selvinnsikt og situasjonsforståelse (Hummelvoll, 2012, s. 362). I en studie som tar for seg psykiatriske sykepleiere sin opplevelse av å jobbe på lukkede avdelinger, blir følgende skrevet: «Furthermore, several participants stressed that people have less trust in nurses in locked spaces and even when this happens it takes a long time to be established.» (Missouridou et. al., 2022). Med andre ord står det tillitsskapende arbeidet meget sentralt i møte med pasienter som blir innlagt, eller behandlet under tvang. Det er vel ikke urimelig å tenke at det krever en ekstra innsats å gjøre seg fortjent til tillit i slike tilfeller? En slik inngripen i et annet menneske sitt liv, samme hvor gode intensjonene er, tror jeg ofte vil være et tillitsbrudd i seg selv. Vår fremtoning, og våre holdninger - om ikke i øyeblikket - kan ha mye å si for hvordan pasienten ser tilbake på situasjonen i mer «samlet» tilstand:

No matter how much the patients react against the practice of the locked door, both directly and indirectly, after they get better, they thank us and sometimes they apologize for hurting us, for treating us badly or because we just saw them in their worst phase. (Missouridou et. al., 2022).

Sykepleierne som måtte skjerme Morten på eget rom, hadde en rolig, men bestemt tilnærming, sterkt preget av respekt. De lyttet og viste forståelse for frustrasjonen hans, forhandlet, og inngikk kompromisser, for å ivareta hans integritet og autonomi i størst mulig grad. Gjennom å tilstrebe at Morten ble møtt på sine forespørsler, som eksempelvis lufteturer i bakhage, ønsker fra butikk, og etter hvert en halvtime her og der på treningsrom, fikk han være med å strukturere dagene selv. Det tok ikke lang tid før Morten fikk «samlet

seg», og til tross for at tvang og skjerming gjerne kan assosieres med mer dramatiske og voldsomme hendelsesforløp, gikk det meste relativt rolig for seg. Selv om frustrasjonen over å bli begrenset kom til uttrykk innimellom, roet han seg fort og virket til å akseptere situasjonen, og etter et par dager samarbeidet han frivillig om å veksle mellom fellesområder og eget rom. Sykepleiernes respektfulle, empatiske, og imøtekommende tilnærming, tror jeg var både samarbeids-fremmende, de-eskalerende, og helt avgjørende for muligheten til å utvikle gode terapeutiske relasjoner. Først når Morten hadde fått ro og tid til å samle seg ble det mulig å etablere kontakt og starte relasjonsarbeidet «for alvor».

Jeg tror også sykepleiernes profesjonelle opptreden hjalp Morten å forstå deres gode intensjoner. En kan jo tenke seg at det ikke bare var avgjørende i etableringen av tillit, men kanskje også fungerte som en slags «motpol» til de paranoide vrangforestillingene? Å forstå sykepleiernes gode intensjoner, innebar vel også å gi slipp på mistenksomheten og frykten for at de ønsket han vondt, i større eller mindre grad? Det er kanskje ikke så svart/hvitt, men at Morten så tilbake på tvangsutøvelsen som en form for omsorg - tiltak som ble iverksatt for hans beste - og gjennomført på en respektfull og empatisk måte, kan vi nok med stor sannsynlighet konkludere med at var avgjørende for relasjonsutviklingen mellom han og sykepleierne.

Maktrollen kan også være utfordrende å stå i som sykepleier. Jeg kjente på et ubehag over å skulle «bestemme» over Morten - jeg, som så vidt klarer å bestemme hva jeg skal ha til middag? Selv om det ikke alltid er store avgjørelser det er snakk om, er det likevel merkelig å skulle bestemme om noen får gå ut og ta seg en røyk eller ei. Samtidig var det kanskje slik at Morten trengte at noen representerte en slags ytre kontroll, i kontrast til hans indre kaos? At bevisste og ydmyke sykepleiere i den rollen, hjalp han å finne tilbake til en indre kontroll? Selv om det kanskje føles ubehagelig og unaturlig, viser faglitteraturen til at det å signalisere at man har kontroll og oversikt over situasjonen, kan bidra til trygghetsfølelse hos pasienten, og redusere angst (Hummelvoll, 2012, s. 363).

Avrundning

Den beundringsverdige innsikten Morten omsider viste, og refleksjonene rundt egen sykdom og erfaringene han bærer med seg, er jeg uendelig takknemlig for at jeg fikk ta del i. Tilliten han viste, og åpenheten hans, gav meg en bredere forståelse for psykosens verden og

hvordan den kan oppleves. Jeg har tenkt mye på Morten i arbeidet med denne bacheloroppgaven. Sist jeg så han gledet han seg stort til utskrivelse, og å komme seg tilbake på jobb. Han gledet seg til å lage egne middager, og friheten til å drikke kaffe etter klokken seks på kvelden. Jeg håper han har funnet seg godt til rette hjemme i egen leilighet igjen, og koser seg med hjemmelaget middag og kvelds-kaffe. Det unner jeg han virkelig. På samme måte som jeg unner han to tiår lengre forventet levealder. Jeg tror og håper at måten Morten ble møtt av helsevesenet, var et steg på veien mot å ta tilbake disse tiårene. Jeg tror relasjonene som ble etablert, og samarbeidet som utviklet seg mellom Morten og helsepersonell, fremmet bedring og mestring, og kanskje viktigst av alt - håp for fremtiden. Ikke minst, tror jeg disse erfaringene legger føringer for det videre samarbeidet og oppfølgingen fra helsevesenet, også etter utskrivelse.

I likhet med Morten, unner jeg alle pasienter med alvorlige psykiske lidelser en forventet levealder som stiller likt med resten av befolkningen. Derfor håper jeg essayet mitt kan være en appell til alle hjelpere der ute, som arbeider med denne sårbare pasientgruppen: Sykepleier eller assistent, nyutdannet og fersk, eller avdelingens trofaste og fastgrodde - ta deg tid til å bli kjent med det nakne mennesket bak psykosen. Like bak de tilsynelatende meningsløse og usammenhengende setningene, mistenksomheten og paranoiaen, frustrasjonen og fortvilelsen, vil du se et forvirret og engstelig menneske, som på sin egen måte gjør sitt beste for å håndtere en overveldende tilværelse. Et menneske som trenger deg på laget, i kampen for å finne tilbake til *selvet*. Som trenger at du ser og heier frem *selvet* som gjemmer seg bak der. Det er tross alt mennesket vi skal utvikle relasjoner til - ikke lidelsen.

I forsøk på å oppsummere, kan en si at mye av relasjonsarbeidet handler om å møte den psykotiske pasient med respekt, likeverd, og innlevende forståelse for den virkeligheten de opplever. Et unikt medmenneske, som ikke kan møtes etter en standardisert utformet prosedyre. Mulighetene som åpner seg når man når gjennom til, og får etablere relasjoner til det sårbare og nakne mennesket bak psykosen - det kan ikke beskrives med ord. Det er noe helt eget med å se et menneske utfordre seg selv, og mistilliten de kanskje har vært preget av, gjennom å slippe andre inn for å hjelpe dem i kampen de står i. Det krever både ydmykhet, tålmodighet, respekt, faglig innsikt, og empati fra oss som hjelpere. Den minste

pris å betale, for å få ta del i noe av det nærmeste en kommer magi; å få vitne noen sin vei ut av psykosen, og se mennesket bak lidelsen kjempe sin vei opp og frem igjen.

Referanseliste

- De Vries, J. & McCluskey, A. (2020, 29. april) *Help, I can't help: A qualitative study of psychiatric nurses's perspectives on their care for people who hear voices.*
<https://doi.org/10.1111/jpm.12642>
- De Vries, R., Goedhart, S., Haan, D.L., Heering, H.D., Postmes, L. & Sno, H.N.
(2013, 17. januar) *Self-Disturbance in Schizophrenia: A Phenomenological Approach to Better Understand Our Patients.* [10.4088/PCC.12m01382](https://doi.org/10.4088/PCC.12m01382)
- Eldal, K., Davidson, L., Gytri, D., Moltu, C., Natvik, E., Skjølberg, Å. & Veseth, M.
(2019, 8. april) *Being recognized as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health.* <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532>
- Gonzalez, M. T. (2020) Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del.
Gonzalez, M.T. (Red.) *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*
(s.57-66) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Gonzalez, M. T. (2020) Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. Gonzalez, M.T.
(Red.) *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.361-372)
Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Harris, B. A. & Panozzo, G. (2019, februar) *Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review.* <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- Hartberg, C.B. (2020) Psykoselidelser. Gonzalez, M.T. (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming.* (s.121-129) Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning.*
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Hummelvoll, J.K. (2012) Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse

(7. utg) Gyldendal Akademisk Forlag AS

Lorem, G. (2014) *Psykisk helse: forståelse, kommunikasjon og samspill*. Cappelen Damm AS

Malt, U. (2022, 1. februar) Store medisinske leksikon. *Schizofreni*.

<https://sml.snl.no/schizofreni>

Mandeleid, L. J. (2016) Miljøterapi som dialogisk relasjonsarbeid I A.B.E Torbjørnsen, A.M.K Aasland & J.V Strømstad (Red.) *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. (s. 12-33) Hertervig Forlag Akademisk.

Missouridou, E., Fradelos, E.C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E. & Papathanasiou, I.V. (2022, 4. januar) *Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors*. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03607-2>

Møller, P. (2018). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet: Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Universitetsforlaget.

Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykiatrisk lidelse.

(2018, 15. januar) *Stort gap i levealder*. <https://rop.no/aktuelt/stort-gap-i-levaalder2/>

Oslo universitetssykehus (2022, 3. mars) *Psykoselidelse*.

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonale-kompetansetjeneste-for-utviklingshemning-og-psykisk-helse/psykoselidelse>

Psykisk helsevernloven (1999) *Lov om etablering og gjennomføring av psykiskhelsevern*

(LOV-1999-07-02-62) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_1

Røssberg, J.I (2016) Postatmosfæren – hva vet vi? I A.B.E Torbjørnsen, A.M.K Aasland & J.V Strømstad (Red.) *Hvem er du? Miljøterapi som terapeutisk relasjonsarbeid*. (s. 36-48) Hertervig Forlag Akademisk.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til*

psykotiske pasienter. Gyldendal Akademisk.

Tingleff, E.B, Bradley, S.K, Gildberg F.A, Munksgaard, G. & Hounsgaard, L.

(2017, 12. september) *"Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion.* <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>

VEDLEGG 1 - Litteraturstudium som metode

Liv Strand sin bok *Fra kaos mot samling, mestring og helhet* (Gyldendal Norsk Forlag AS, 1990) har hatt en sentral rolle i utformingen av dette essayet, der hun tar for seg egostyrkende sykepleie som terapeutiske prinsipper. Videre har boken *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (Gonzalez, Gyldendal Norsk Forlag AS, 2020) bidratt til å gi en bredere forståelse av relasjonsutvikling, og relasjonsarbeidet sin rolle i miljøterapi. I tillegg til ovennevnte bøker har jeg benyttet *Helt - ikke stykkevis og delt* (Hummelvoll, 2012, Gyldendal Norsk Forlag AS) flittig gjennom utformingen av denne oppgaven.

I arbeidet med å finne frem til relevant forskning gjort på området, har jeg brukt databasene Epistemonikos, Pubmed og PsycINFO. Jeg har avgrenset søkene til engelskspråklige artikler fra de siste ti årene, men med hensyn til tilgjengeligheten av relevant forskning, har jeg ikke satt ytterligere eksklusjonskriterier. Jeg har forsøkt å finne frem til forskning som presenterer både klinikerens sine erfaringer i arbeid med psykotiske pasienter, i tillegg til forskning som tar for seg den psykiatriske pasient sitt perspektiv. Til tross for at oppgaven min i hovedsak omhandler pasienter med psykoselidelse, har jeg også inkludert relevant forskning hvor diagnose ikke er spesifisert, men som omfatter pasienter i psykiatrisk døgnbehandling generelt. Fortrinnsvis har jeg forsøkt å hente frem studier og artikler som baserer seg spesifikt på sykepleier-pasient-relasjonen, men grunnet et begrenset omfang av relevante funn har jeg også valgt å inkludere noe forskning som omhandler helsepersonell generelt, eller andre profesjoner, som arbeider med den aktuelle pasientgruppen. Det har naturligvis forutsatt stor overføringsverdi til sykepleierens rolle.

Målet med, og fellesnevneren for all forskning jeg presenterer i oppgaven, er at den belyser hvordan sykepleieren på best mulig måte kan møte pasienter med psykoselidelse, med stor vekt på utvikling av gode og terapeutiske relasjoner. Jeg velger å presentere søkeordene jeg har brukt i et enkelt PICO-skjema (tabell 1), hvorav jeg har prøvd meg frem med ulike kombinasjoner av disse. I vedlegg 2 presenterer jeg de relevante funnene i en litteraturmatrise.

P - Population	I - Intervention	Co - Context
Psychosis	Therapeutic relationship	Inpatient

Schizophrenia Nurse	Therapeutic alliance Trust Relationship building	Coercion
------------------------	--	----------

(Tabell 1 – PICO-skjema)

VEDLEGG 2 - Litteratormatrise

Referanse:	Hensikt:	Problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode og utvalg:	Resultat og diskusjon:
<p>Artikkel nr 1</p> <p>De Vries, J. & McCluskey, A. (2020, 29. april) <i>Help, I can't help: A qualitative study of psychiatric nurse's perspectives on their care for people who hear voices.</i> https://doi.org/10.1111/jpm.12642</p>	<p>Å utforske perspektivene og erfaringene til irske psykiatriske sykepleiere som arbeider i akuttpsykiatri, knyttet til møtet med pasienter som opplever hørselshallusinasjoner. Studien har som hensikt å gi innsikt i sykepleiernes personlige erfaringer, tiltak de iverksetter, holdninger, kunnskapsnivå, tilretteleggende faktorer og utfordringer.</p>	<p>Hvorvidt psykiatriske sykepleiere opplever at de klarer å gi pasienter med hørselshallusinasjoner den psykososiale støtten de trenger i en akuttpsykiatrisk setting.</p>	<p>En kvalitativ studie, bestående av 16 semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Fire temaer dukket opp gjennom tematisk analyse. Disse inkluderte (a) viktigheten av terapeutiske relasjoner; (b) forbehold om vektlegging av medisiner; (c) begrensninger for intervensjoner; og (d) mangel på fokus/struktur av intervensjoner.</p>
<p>Artikkel nr 2</p> <p>DeVries, R., Goedhart, S., Haan, D.L., Heering, H.D., Postmes, L. & Sno, H.N. (2013, 17. januar) <i>Self-Disturbance</i></p>	<p>Å hjelpe klinikerne å forstå forstyrrelsen av det erfaringsmessige selv, og forvrengningen</p>	<p>Kan den usammenhengende atferden som ofte er fremtredende ved schizofreni, være en normal konsekvens av opplevde selvforstyrrelser? Er</p>	<p>Artikkelen har en fenomenologisk tilnærming, og undersøker 4 pasienter med schizofreni sin opplevelse av selvforstyrrelser.</p>	<p>Studien konkluderer med at gjennom å forstå pasientene, og deres opplevde virkelighet, kan vi forbedre den terapeutiske alliansen, og hjelpe</p>

<p><i>in Schizophrenia: A Phenomenological Approach to Better Understand Our Patients.</i> Doi: 10.4088/PCC.12m01382</p>	<p>av personlig narrativ hos pasienter med schizofreni.</p>	<p>det mulig å forstå opplevelsene til pasienter med schizofreni?</p>		<p>dem å finne tilbake til "selvet". Det kommer også frem at to av pasientene i takt med økt sykdomsinnsikt, i større grad klarte å stabilisere det sårbare selvet og dermed unngå at vrangforestillinger utviklet seg. Dette ble sett i sammenheng med at de klarte å gjenkjenne de merkelige, dype og forvirrende fornemmelsene som symptomer på lidelsen sin, og de ble dermed ikke grobunn for eksistensielle forklaringer som forvrenger virkeligheten.</p>
<p>Artikkel nr 3</p> <p>Eldal, K., Davidson, L., Gytri, D., Moltu, C., Natvik, E., Skjølberg, Å. & Veseth, M. (2019, 8. april) <i>Being recognised as a whole person: A qualitative study of inpatient experience in mental health</i> https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1524532</p>	<p>Studien tar sikte på å gi en dypere forståelse av den levde opplevelsen av tilfriskning i sammenheng med døgntilfriskning innen psykisk helse.</p>	<p>Hva oppfatter pasienter som hjelpsomt i bedringsprosessen, mens de er innlagt under døgntilfriskning i psykisk helsekontekst?</p>	<p>En hermeneutisk-fenomenologisk studie med kvalitativt forskningsdesign, som har samlet inn data gjennom dybdeintervjuer av 14 pasienter. Pasientene ble intervjuet både under innleggelse, og tre måneder etter utskrivelse.</p>	<p>Gode relasjoner så ut til å være en forutsetning for at pasientene skulle oppleve bedring under døgntilfriskning. To temaer dukket opp: et behov for å få sin selvidentitet anerkjent og støttet, og en opplevelse av ambivalens mellom behov for nærhet og avstand. Pasientenes beskrivelser gir et unikt læringsgrunnlag for</p>

				<p>sykepleiere, som gjør dem i stand til å forstå og reflektere over sin interaksjon med sårbare pasienter.</p> <p>Til tross for at studien ekskluderer pasienter i aktiv psykose, tenker jeg at resultatene likevel har en overførbar verdi til oppgaven.</p>
<p>Artikkel nr 4</p> <p>Harris, B. A. & Panozzo, G. (2019, februar) <i>Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies for the schizophrenia population: An integrative review.</i> https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003</p>	<p>Å undersøke aktuelle forskningsfunn om faktorer som påvirker terapeutiske relasjoner i psykiatriske behandlingsmiljø, og gi empirisk basert veiledning til psykiatriske sykepleiere omhandlende relasjonsutvikling.</p>	<p>Det er mangel på evidensbasert informasjon som kan hjelpe sykepleiere i møte med utfordringer som kan oppstå i utviklingen av effektive terapeutiske relasjoner, med pasienter som lider av schizofreni.</p>	<p>Studien er en integrativ litteraturanalyse, som analyserer 15 studier fra flere databaser mellom årene 2006–2017.</p>	<p>Farmakologiske fremskritt og endringer i psykiatrisk behandling reduserer det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient, selv om pasienten verdsetter det. Videre konkluderes det med at psykiatrisk sykepleie og utviklingen av terapeutiske sykepleie-pasient-relasjoner, ikke er godt representert i dagens forskning.</p>
<p>Artikkel nr 5</p> <p>Missouridou, E., Fradelos, E.C., Kritsiotakis, E., Mangoulia, P., Segredou, E. &</p>	<p>Å belyse greske psykiatriske sykepleieres opplevelse av å jobbe på åpne og lukkede</p>	<p>Hva er fordelene og ulempene med åpen/låst dør-praksis for sykepleieren?</p>	<p>Et sekvensielt design med blandet metode utforsket erfaringene til sykepleiere som</p>	<p>Deltakerne omtaler 4 ulike symbolske dører: (a) den åpne døren, (b) den usynlige døren, (c) den begrensende</p>

<p>Papathanasiou, I.V. (2022, 4. januar) <i>Containment and therapeutic relationships in acute psychiatric care spaces: the symbolic dimensions of doors.</i> https://doi.org/10.1186/s12888-021-03607-2</p>	<p>avdelinger, og de symbolske betydningene som tildeles dører i det akuttpsykiatriske omsorgsrom.</p>		<p>jobber i både åpne og låste psykiatriske akuttavdelinger. 22 sykepleiere ble intervjuet, fra 6 åpne avdelinger, samt 6 lukkede avdelinger.</p>	<p>døren og (d) svingdøren. Åpne dører og permeable rom skapte tillit og muliggjorde terapeutisk engasjement. Når låste enheter ble opplevd som et omsorgsfullt miljø, så de låste dørene ut til å være «usynlige». De begrensede dørene symboliserte tap av kontroll, sosial avstand og stigma. Svingdøren (tjenestebrukeres som ble reinnlagt flere ganger) symboliserte avvisningen av det tilbudte terapeutiske miljøet, og var en kilde til indignasjon og medlidenhets-trøtthet i både åpne og låste rom.</p>
<p>Artikkel nr 6</p> <p>Tingleff, E.B, Bradley, S.K, Gildberg F.A, Munksgaard, G. & Hounsgaard, L (2017, 12. september) <i>"Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of</i></p>	<p>Å undersøke voksne psykiatriske pasienters rapporterte oppfatning av situasjoner før, under og etter spesifikke og definerte typer tvangstiltak, og undersøke hva pasienter oppfatter som modererende</p>	<p>Studien undersøker pasienters oppfatning av å gjennomgå tvang som en prosess, og peker på denne kunnskapen som nødvendig for å utvide forståelse, og gi grunnlag for å forbedre klinisk praksis.</p>	<p>En systematisk gjennomgang og tematisk analyse av 26 fagfelleverderte studier.</p>	<p>Pasienter legger stor vekt på sammenhengen mellom den opplevde effekten av en tvangssituasjon (positiv eller negativ), og fagpersonenes evne og vilje til å samhandle og kommunisere respektfullt. Økt følsomhet for pasientens syn på</p>

<i>the situations associated with the process of coercion.</i> https://doi.org/10.1111/jpm.12410	faktorer, med hensyn til bruk av tvang.			situasjonen på hvert punkt i tvangsprosessen, vil hjelpe fagfolk til å møte pasientens individuelle behov. Fagpersoner må opptre med empati, og forbedre kommunikasjonsevnen både før, under og etter en tvangshendelse.
---	---	--	--	--

(Tabell 1 Litteraturmatrise)