

Omsorg i psykisk helsevern

”Hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner?”

Kandidatnummer: 435
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10246
Dato: 14.04.2016



Tittel: Omsorg i psykisk helsevern

ABSTRAKT

Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner?”

Metode

Det er anvendt litteraturstudie som metode. Det er brukt både vitenskapelige og erfarings basert kunnskap. Fag- og forskningsartikler er fremskaffet gjennom søk i databasene Cinahl, Bibsys og Nursing and Allied Health Collection.

Teoretisk perspektiv

Oppgaven tar utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi om mellommenneskelige forhold, hvor hovedvekten ligger på relasjonen mellom sykepleier og pasient og hvor omsorg er grunnleggende for all sykepleie. I lys av Martinsens omsorgsfilosofi vil hovedfokuset være på den omsorgsfulle relasjon, spontane suverene livsytringer, det sansende samspill og urørlighetssonen.

Drøfting

Jeg legger fokus på hvilket sentrale holdninger og grunnleggende kunnskaper det er hensiktsmessig at sykepleieren har for å fremme dialog med pasienter i psykose. Drøftingen kommer til å ta utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi, balansen mellom autonomi og paternalisme og likeverdig relasjon. Samtidig vil jeg gjennom nyere forskning og litteratur, forsøke å finne ut hvordan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon, kan fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner.

Avslutning

Grunnet psykoseproblematikken vil personer med psykose ha endret virkelighetsoppfatning og mistillit til andre mennesker. Det er sykepleierens oppgave å ta kontakt og etablere en relasjon til pasienter med psykose og samtidig møte personen med respekt og som medmenneske. Likeså er det hennes oppgave å finne en balanse mellom nærhet og avstand, samtidig som tillit vil være en av de mest grunnleggende kildene for å kunne fremme dialog og en omsorgsfull relasjon.

Nøkkelord: Sykepleier-pasient relasjon, psykose, hørselshallusinasjoner, subakutt døgnet, tillit, omsorgsfull relasjon.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og Motivasjon for oppgaven	1
1.2 presentasjon av tema og problemstilling	1
1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven	2
1.4 Oppbygging av oppgaven	3
2. Metode	4
2.1 Søk i databaser	4
2.1.1 Presentasjon av forskning	5
2.2 Manuelle søk og bøker	5
2.3 Kildekritikk	5
3. Teoretisk fundament	7
3.1 Kari Martinsens omsorgsteori	7
3.1.1 Omsorgsfull relasjon	7
3.1.2 Urørlighetssonen.....	8
3.1.3 Spontane og suverene livsytringer	9
3.2 Hva innebærer det å ha psykose?	10
3.2.1 Hørselshallusinasjoner	11
3.3 Sykepleie i dialog med mennesket som hører stemmer	12
3.3.1 Kartlegging av prosessen	13
3.3.2 Aktiv lytting	14
3.3.3 Makt versus ubalanse	15
3.3.4 Likeverdige relasjoner	15
4. Etske og juridiske perspektiver	17
4.1 Autonomi og Paternalisme	18
5. Drøfting	20
5.1 Nærhet og avstand	20
5.1.2 Sykepleiefaglig tilnærming	21
5.1.3 Å skape tillit	22
5.1.4 Veien til bedring	24
5.2 Balansen mellom autonomi og paternalisme	25
5.2.1 Konsekvens av handling	26
5.2.2 Etisk refleksjon.....	27
5.3 Livsytringenes suverenitet og likeverd	28
5.3.1 Livsytringenes suverenitet.....	28
5.3.2 Likeverd.....	29
6. Avslutning	31
Referanseliste	32

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og Motivasjon for oppgaven

Gjennom egne erfaringer i jobb og praksis, men også som pårørende, har jeg funnet interesse for fagområdet som omhandler psykoseproblematikk og hørselshallusinasjoner. Jeg har opplevd mennesker som så på ting ulikt enn det jeg gjorde, ofte ble aggressiv over små ting og skyldbetyngt når ting roet seg ned. I etterkant har jeg fått vite at det hadde noe med en psykoselidelse å gjøre. Dette fikk meg til å tenke på om jeg kunne gjort noe annerledes for å få til en bedre samhandling.

Omtrent en tredjedel av norske voksne har en form for psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet 2013). I samhandlingsreformen står det at psykisk lidelse er en av de sykdommene som er i sterk vekst (St. mld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet).

Jeg har erfaring fra en subakutt døgninstitusjon innen psykisk helsevern, der møte med psykotiske pasienter skjer daglig. Sykepleieren står for en stor del av kontakten med pasientene og kan derfor ha stor innflytelse i forhold til hvilke oppfølging pasientene får (England, 2007). Denne oppgaven bygger på egen interesse for hva det innebærer å være psykotisk, og et ønske om å redegjøre for hvordan sykepleier kan fremme dialog med mennesket som har hørselshallusinasjoner.

1.2 presentasjon av tema og problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt er: *”Hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner?”*

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

Det er mange forklaringsmodeller og årsaksforhold til psykose. Alt avhenger av hvilket type psykose det er (Hummelvoll, 2014). Fokuset kommer ikke til å være på de ulike diagnosene eller psykosens utløsende faktor i denne oppgaven. Målet er heller å redegjøre for det fenomenologiske aspektet ved psykose tilstanden med særlig vekt på moderate og befallende hørselshallusinasjoner. Jeg velger å ta i bruk begrepet psykose da det er et dekkende faguttrykk for pasientene jeg ønsker å omtale.

Hovedtyngden i oppgaven ligger på psykotiske pasienter med hørselshallusinasjoner, kommunikasjon og relasjonsbygging for å fremme en god dialog. Jeg tar utgangspunkt i at relasjonsbyggingen skjer i en subakutt døgninstitusjon og legger dette til grunn gjennom hele oppgaven. Alderen blir avgrenset til 18-40 år.

Jeg vil i besvarelsen fokusere på den omsorgsfulle relasjonen mellom pasienter med psykose og sykepleier. For å kunne begrunne og sette vurderinger og intervensjonene sykepleier iverksetter inn i en sykepleierteoretisk ramme, vil jeg hovedsakelig ta i bruk Kari Martinsen omsorgsfilosofi (1989). I lys av Martinsens omsorgsfilosofi vil fokuset være på de spontane suverene livsytringene, det sansende samspill, urørlighetssonen og den omsorgsfulle relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er også viktig å legge til grunn at god behandling av pasienter inkluderer en kombinasjon av flere tilnærminger og ikke minst et fokus på det biokjemiske aspektet og bruk av medisiner.

Grunnet oppgavens størrelse vil jeg fokusere på mennesket med hørselshallusinasjoner og jeg vil i mindre grad beskrive tiltak i forhold til pasientens pårørende. Det vil ikke si at det ikke er viktig å inkludere pårørende, da dette kan være berikende for pasienten selv og i tillegg være en ressurs for sykepleier i kartleggingsprosessen.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygget opp av seks hovedpunkter. Innledning, metode, teoretisk fundament, etikk, drøfting og avslutning. Innledningen gir innsikt i oppgavens omfang og bakgrunn for valg av tema. Videre presenteres oppgavens problemstilling og avgrensning. Metodedelen beskriver litteratursøk som metode, valg av litteratur og forskning samt kildekritikk. I kapitlet om teoretisk fundament presenteres faglige forståelser og teorier for oppgaven. Kapitlet beskriver psykose og hallusinose, Kari Martinsens omsorgsteori, etikk og sykepleie i relasjon hos mennesket med hørselshallusinasjoner. Teoridelen har som formål å skape kunnskap og forståelse for oppgavens videre drøftingsdel. Drøftingsdelen tar utgangspunkt i presentert teori og besvarer oppgavens problemstilling gjennom å drøfte ulike aspekter for hvordan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon kan fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner. Deretter kommer avslutningen der jeg trekker sammen sentrale tråder og kort beskriver hvordan sykepleier kan ta stilling til pasienter med psykoseproblematikk.

2. Metode

Vilhelm Aubert formulerer metode slik:

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 (Dalland, 2002, s.70).

Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Det handler om måten innsamlingen av data foregår på, hvordan den analyseres og hvordan den tolkes. Metoden i denne oppgaven er litteraturstudie, det brukes for å skaffe en oversikt over allerede eksisterende kunnskap og forskning omkring temaet. Det vil si at den ikke skaper ny kunnskap, men gir heller en oversikt over kunnskapen fra flere undersøkelser og artikler (Dalland, 2002, s. 71).

2.1 Søk i databaser

Opgavens forskningsartikler er i hovedsak hentet fra CINAHL og Nursing and Allied Health Collection, som er kvalitetssikrede forskningsdatabaser om sykepleievitenskap. I tillegg er det blitt foretatt søk på Cochrane Library, SweMed+, Helsebiblioteket, Google Scholar og sykepleien.no, PSYKinfo og søk gjennom oria.no (Bibsys), som er skolebibliotekets søkemotor. Søkeordene ble brukt både på norsk og engelsk og anvendt alene og i kombinasjoner. Jeg har aktivt benyttet meg av ”headings” i CINAHL for å komme frem til de riktige søkeordene. Har valgt å kun ta i bruk de artiklene som er ute i fulltekst, publisert på nordisk eller engelsk språk.

Jeg har bevisst søkt etter litteratur fra det siste tiåret, da dette vil være oppdatert forskning. Det blir tatt i bruk noen eldre kilder også, da disse kan understøttes av nyere litteratur og viser seg relevante for oppgaven.

Sentrale ord som er brukt i søk har vært: ”nurse-patient-relations”, ”psychotic disorders”, ”trust”, ”communication”, ”hallucinations”, ”nurse patient communication”, ”auditory”

“hallucinations”, “dialogue” ”sykepleier”, ”psykotisk”, ”hallusinasjoner” ”voice hearers”, ”mental health nurse”, ”dialog”.

2.1.1 Presentasjon av forskning

Her velger jeg å presentere tre av syv forskningsartikler. Forskningsartiklene som ble valgt hadde relevant informasjon om tillit og relasjon mellom sykepleier og pasienter som lider av hørselshallusinasjoner. Studiene var relevante da man kunne få både pasientens og sykepleierens perspektiver. I en forskningsstudie av Kalvhovde, Elstad & Talseth (2014), er deltakerne mennesker med hørselshallusinasjoner. Der viser de til hva det innebærer å være en stemmehører og hva de forventer av de som er rundt de, både i privatlivet og i helsevesenet. Mens Scanlon (2006) har deltakere som er sykepleiere. Man får innblikk i hva som kan være utfordrende og hva det lønner seg å gjøre i disse situasjonene. I en norsk forskningsartikkel (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014), viser de til relasjonens betydning i psykisk helsearbeid, noe som er til stor relevans for denne oppgaven. Artiklene omhandler psykotiske pasienter som befinner seg i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern.

2.2 Manuelle søk og bøker

Det har blitt søkt manuelt etter relevant fag- og forskningslitteratur på Bibsys av anerkjente norske og internasjonale forfattere. Ut i fra forslag fra veileder, fikk jeg gode treff på de valgte forfatterne og to av forskningsartiklene og diverse relevante bøker ble funnet på den måten. Videre er det brukt relevant pensum og annen faglitteratur hvor dette har vært nødvendig. Andre relevante bøker er funnet på diverse bibliotek og fra arbeidsplassen, som er en døgninstitusjon innenfor psykisk helsevern, og som har en god del bøker som omhandler psykisk sykdom med mye sykepleiefaglig fokus.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen som blir brukt. Det handler om å forholde seg kritisk til alt materialet som trekkes inn i oppgaven. Kritikken må hele tiden ses i lys av hva kildene skal belyse (Dalland, 2002, s. 68). De valgte fag – og forskningsartiklene

omhandler forholdet mellom psykotiske, hørselshallusinerende mennesker og sykepleier. Artiklene er direkte eller indirekte relatert til oppgavens problemstilling og har derfor overføringsverdi til oppgaven min og kan anses som relevante. Tre av syv forskningsartikler er norske, og jeg anser kulturforskjell som relevant for kritikk av artiklene. Det er vanskelig å si i hvilken grad kulturforskjeller påvirker resultatene av studiene, men jeg anser at forskningen kan ha overføringsverdi til tross for kulturforskjeller. Forskningen til Scanlon (2014) og England (2007) er gjort på sykepleiere med mastergradsutdanning i en døgninstitusjon innen psykisk helsevern, men jeg synes den er overførbar til min kontekst da artiklene trekker frem viktigheten av relasjonen mellom sykepleier og pasient.

Kari Martinsens omsorgsteori er valgt grunnet hennes praktiske sykepleiererfaring fra psykisk helsevern. Oppgaven baseres på en del sekundærkilder om Martinsen, for å få bekreftet egne tolkninger av hennes originale tekster. For å få en bredere forståelse har jeg benyttet meg av noen av de sekundærkildene da det har vært utfordringer i å finne fram til primærkildene.

3. Teoretisk fundament

I denne delen av oppgaven presenteres teori som er relevant for oppgavens tema. Teorien tas opp til diskusjon senere i oppgaven for å svare på problemstillingen.

3.1 Kari Martinsens omsorgsteori

I lys av Kari Martinsens omsorgsfilosofi vil fokuset være på den omsorgsfulle relasjon mellom pasient og sykepleier, det sansende samspill, spontane og suverene livsytringer og urørlighetssonen.

3.1.1 Omsorgsfull relasjon

Martinsen mener at omsorg er en sosial relasjon som har med forståelse, fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Ved å gjøre ting for og sammen med andre, tilegner man seg en forståelse av andre mennesker. Videre vil hun som noe essensielt formidle at sykepleie er omsorg, fordi sykepleie alltid skjer i en relasjon (Martinsen, 1993, s. 103). Omsorg er forbundet med å hjelpe og ta hånd om andre. Det har med nestekjærlighet å gjøre, handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Å hjelpe og å ta hånd om andre bryter egosentrisiteten. Omsorg er først og fremst et relasjonelt begrep, det vil gi en følelse av å stå andre nær (Martinsen, 2003, s. 71).

Martinsen (2003) hevder at kollektivismen der relasjoner og fellesskap er sentrale verdier er viktig. Menneskesynet som fremhever enkeltmennesket tar hun avstand fra. Omsorg må være verdigrunnlaget for sykepleie fordi det er en grunnleggende verdi for alt menneskelig liv. Yrkesmessig omsorg består av minst to parter, der den ene er forpliktet til å yte hjelp til den andre. Som sykepleier må du være villig til å sette deg inn i pasientens situasjon for finne ut hva vedkommende trenger. Dette innebærer å forsøke å tolke den andres realitet, få innblikk i hva den andre erfarer og å forstå fra den andres perspektiv. Som sykepleier skal man ta seg av den andre uten å over- eller undervurdere personens evne til selvhjelpenhet. Omsorgen vil ikke være ekte dersom man forsøker å forandre den andres situasjon uten at man anerkjenner personen. Omsorgen vil da være på egne premisser og forutsetninger. Profesjonelle helsepersonell skal ha omsorg som yrkeskompetanse. Det er en plikt å hjelpe mennesket som

lider. Martinsen sier det slik, ”lidelsen har en appell til praktisk handling. Avviser vi lidelsens appell, avviser vi den andres identitet.” (Martinsen, 1989, s.14-21).

Det faglige skjønnnet står sentralt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi. Hun påpeker at man har muligheten til å komme i kontakt med den grunnleggende moralen ved å bruke skjønn. Vår forståelse for omsorg, dets betingelser og vårt menneskesyn har betydning for hvordan vi bruker våre sanser og kunnskap. Det faglige skjønnnet består av to komponenter, naturlig sansning og fagkunnskaper (Austgard, 2010, s. 101).

Den sansende samspill står sentralt i sykepleien, vi oppfatter med våre sanser. Martinsen beskriver sansenes betydning i sykepleien og betydningen av at vi oppøver dem. Det gjelder syn, hørsel, smak, lukt og berøring. Når en sans engasjeres, følger de andre sansene med på avstand. Dette sansende samspillet bør være noe som står sentralt i sykepleien. Den faglige dyktige sykepleier handler ut fra sin intuisjon. Sykepleieren *ser* løsningen på forhånd, hun vet hva som skal gjøres fra en lang erfaring med lignende situasjoner og kjenner igjen mønstrene i situasjonen (Martinsen, 1993, s. 125-135).

3.1.2 Urørlighetssonen

Kari Martinsen viser til filosofen Løgstrups retningslinjer når det kommer til urørlighetssonen. Et felles grunntrekk ved livet er at ethvert menneske gjør krav på et helt personlig indre rom for seg og sitt. Dette rommet kalles for menneskets urørlighetssone (Martinsen, 2003, s. 33). Begrepet urørlighetssonen viser til grensene mot andre personer. Det som gir en beskyttende distanse og som skaper en nødvendig balanse mellom nærhet og avstand. Urørlighetssonen kan krenkes både med for stor åpenhet og uten menneskelig åpenhet. Alt levende liv har en urørlighetssone, eller en uberørbarhetssone, det er noe som ikke skal røres ved. Det har noe med menneskets og det levende livets integritet å gjøre. Integritet betyr at noe er urørlig eller bør forbli urørlig. Integriteten kan krenkes hvis det blir rørt ved. Det sier noe om grenser for inngrep og er et normativt begrep og har en etisk betydning. Å bevare hverandres urørlighetssone utfordrer til åpenhet. Urørlighetssonen og åpenheten er to motstykker som holder liv i vår tilværelse, og vil hindre at livet står fast i forenklinger. Målet er ikke å balansere mellom dem, som om de var uavhengige av hverandre. De vil derimot avhenge av hverandre, og motsetningene skal ikke elimineres. Det er nettopp

motsetningene som holder de to fenomenene, urørlighetssonen og åpenheten intakte. De holder hverandre oppe (Martinsen, 2005, s. 33-34).

Det er tre typer sykepleietilnærminger en kan skille mellom når det kommer til åpenhet og avstand. Invaderende sykepleie er når åpenheten står uten sin motsetning i urørlighetssonen. Det vil føre til tilstander som ufølsomhet, sentimental omsorg, tankeløshet og blottelse. Objektiviserende sykepleie er når respekten for urørlighetssonen står alene uten sin motsetning i åpenheten, pasienten vil da bli et faglig objekt. Det vil medføre tilstander som blant annet distansert følsomhet, tillukkethet og prinsipptryteri. De nevnte typene sykepleietilnærminger er på hver sin side en form for ufølsomhet for pasientens integritet og urørlighetssone. Sykepleier tar hensyn til og respektere pasientens urørlighetssone, samtidig som hun i kraft av sin stilling er den faglige autoriteten. Noe som innebærer at man skiller mellom urørlighetssone og medbestemmelse, der to ulike forhold blir berørt. Sykepleieren kan bevege seg mot omsorg kun når urørlighetssonen står i en vennlig vekselvirkning med åpenheten (Austgard, 2010, s. 88).

3.1.3 Spontane og suverene livsytringer

Livsytringenes suverenitet bunner i at de ikke er menneskeskapte, de er et uttrykk for det skapte liv. Mennesket har ikke makt over livsytringene, de er tilstede i tilværelsen forut for menneskets inngripen. Å vise tillit og barmhjertighet er ikke noe vi beslutter oss for. Tilliten og barmhjertigheten må være der i forveien (Martinsen, 1993, s. 82). Mennesket kan ikke velge tillit, men vi kan legge forholdene til rette slik at tilliten kan vokse.

Spontanitetsbegrepet oversatt fra latinsk betyr *etter sitt eget vesen*. Noe som betyr at det mennesket gjør, gjør det som følge av tingenes egen natur og av egen drift. Det er ikke tvungen og det er uten baktanker. Det første fenomenet som blir beskrevet, er tillit. Det er et av de grunnvilkårene som hører vår tilværelse til. Når vi møter mennesker med tillit, er det fordi det er i tillitens natur å gjøre det (Austgard, 2010, s. 141-142).

De grunnleggende tankene bak en god omsorg knyttes til suverene livsytringer som kommer før den sosiale og kulturelle kontroll, de er spontane, definitive og radikale. Eksempler på suverene livsytringer er talens åpenhet, barmhjertighet, tillit, håp og kjærlighet. Disse livsfenomener danner grunnlaget for omsorg. De er tilstedeværende som potensiale. Vi kan

motta dem på samme måte som vi mottar opplevelsen av tid og rom, luft, vann og mat (Martinsen, 1993, s. 70-72).

3.2 Hva innebærer det å ha psykose?

Psykose er ikke én bestemt lidelse eller sykdom, men et tegn eller symptom som enkelt beskrevet kan kalles en forvirringstilstand (Helsedirektoratet, 2014). Mennesker med psykoselidelser utgjør en svært sammensatt gruppe. Vi vet i dag ikke nok hva som bidrar til denne type lidelse utover at det synes å være et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Det er påvist at visse alvorlige påkjenninger i barneårene, for eksempel grov omsorgssvikt, mishandling og overgrep øker forekomsten av nesten alle psykiske lidelser (Aare, Bugge & Juklestad, 2009, s. 57).

Psykosene kan variere og kan ha ulik årsak og ulik alvorlighetsgrad. Karakteristika av psykosen er blant annet hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, ulogisk tale og svekket kontaktevne. Graden av sykdomsinnsikt er langt mindre enn ved de fleste andre psykiske lidelser. Siden personen opplever forestillingene som virkelige, oppfatter vedkommende ikke seg selv som syk (Kråkvik & Repål, 2008, s. 455-456).

Psykose kan være preget av radikale endringer i personligheten, nedsatt funksjon og forstyrrelser i det enkelte menneskets liv. Personen er ikke i stand til å skille subjektive opplevelser fra virkeligheten. Tap av sosiale roller, depresjon og angst er vanlig hos mennesker med psykose. Det kan føre til dårlig sosial funksjon og emosjonelle problemer, som for eksempel sosial tilbaketrekning, arbeidsløshet, forstyrrelser i meningsfulle relasjoner, stigmatisering, selvskading eller selvmord (Aare et al., 2009, s. 58).

Som følge av psykosen kan en få store livsstilsendringer i regresjonsfasen (psykotisk fase). Psykotiske pasienter har som oftest ikke utgangs muligheter og røyker mer enn vanlig. De kan og ha forstyrret spising. Dette kan være fordi de ikke kjenner sult- eller tørste følelsen og kan glemme å spise og drikke. Andre pasienter kan oppleve vektoppgang fordi de ikke kjenner en metthetsfølelse – en av bivirkningene psykofarmaka kan gi. Når det kommer til den personlige hygien, kan pasienter være mindre opptatt av utseende og kan glemme å stelle seg. Noen psykotiske pasienter har ikke oversikt over eget utseende, vasker seg ikke og skifter

ikke klær. De ligger mye til sengs, får lite søvn og hvile grunnet altfor høyt aktivitetsnivå. De har gjerne et stort behov for å sette i gang tanker og ideer som vil forstyrre søvnen. I det sosiale liv kan den psykotiske pasienten trekke seg bort fra andre og utebli i sosiale sammenhenger, og det kan bli en utfordring å samhandle med andre (Strand, 2013, s. 84).

3.2.1 Hørselshallusinasjoner

En hallusinasjon er en sanseopplevelse uten at det foreligger en ytre påvirkning av sanseorganet, for eksempel at du hører og ser ting som ikke eksisterer eller er virkelige. Hallusinasjoner kan være symptom på alvorlig sinnslidelse som akutte sinnsforvirringer (psykoser), dypt depresjon, mani og schizofreni (Norsk helseinformatikk, 2013). Det å høre stemmer refererer til det å høre en klar og tydelig stemme uten at det er noen der. Hørselshallusinasjonene kan være alt fra støy, susing og hvissing til tydelige stemmer, og kan komme til uttrykk som enkle ord, fraser eller setninger. Oftest er det korte repeterende utsagn. Enkelte opplever at stemmen kommer inne fra hodet, mens andre opplever at den kommer utenfor en selv. Flertallet av stemmehørerne sier at stemmene kommer fra en mann. De fleste hører mer enn en stemme og ofte snakker stemmene nedsettende om dem, er negative og kommanderer til å gjøre noe de ikke har lyst til (Kråkvik & Repål, 2008, s. 458, s. 471).

Forskning gjort av Kalhovde, Elstad & Talseth (2014) går tett inn på hvordan stemmehørere opplever disse hallusinasjonene. Fjorten personer med psykotiske lidelser deltok i et dybdeintervju utført av førsteforfatter. Deltakerne ble spurt om hvordan det var for de å høre stemmer og lyder. Mange av deltakerne brukte mye tid på å gruble over innholdet i stemmene og lydene, enten fordi stemmene opplevdes som nyttig eller fordi deltakerne var truffet av plagsomme beskjeder og kommentarer fra stemmene. I et forsøk på å stilne stemmene, påsto stemmene at stemmehøreren skulle bli fordømt til helvete. Noen andre deltakere trodde at stemmehøringen var en form for kontakt eller kommunikasjon med enten avdøde mennesker eller mennesker som ikke var tilstede. Hørselshallusinasjoner kan bidra til angst og depressive følelser hos mange, da det ikke er så mange som deler de samme oppfatningene som man selv tenker er virkelig (Repål & Jordahl, 2011, s. 47).

Å høre stemmer kan være forstyrrende i forhold til arbeidslivet og de kan gjøre det vanskelig å konsentrere seg. Et av flere symptomer på hørselshallusinasjoner er søvnvansker; vansker

med å sovne inn, hyppig oppvåkning og tidlig oppvåkning. Paranoide tanker kan også føre til kroppslig aktivering som virker forstyrrende på søvnen (Repål & Jordahl, 2011, s. 90). Fenomenet er også forbundet med pedagogiske vansker, redusert evne til å arbeide og suicidal atferd (Kalhovde et al., 2014).

3.3 Sykepleie i dialog med mennesket som hører stemmer

Mennesker er dialogiske vesener, vi lever våre liv i samspill med hverandre på alle arenaer. Larsen (2015) mener at dialog kan medføre nye erfaringer på en kraftfull måte, nettopp fordi det handler om å det å være til, både i en mellommenneskelig verden og i en materiell verden (Larsen, 2015, s. 31). For å komme i dialog med en annen person og starte den prosessen det er å bygge en relasjon, må den ene parten ta initiativ. Det handler om å vise interesse, henvende seg og våge seg frem for å bli imøtekommet (Eide & Eide, 2011, s. 69). Dialogen forutsetter at sykepleier lytter til pasientens refleksjoner og fortellinger og gjennom denne lyttingen oppnår større forståelse for personen og vedkommendes behov (Hummelvoll, 2014, s. 294).

Forskning gjort av Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit (2014), vektlegger relasjonen mellom den som søker hjelp, og de som skal hjelpe. Det blir fremhevet viktigheten av å tilrettelegge for pasientens bedringsprosesser. Videre hevdes det at relasjonen og samspillet med menneskene rundt er avgjørende for å få til bedring. Personalets viktigste oppgave blir å hjelpe pasientene til å ta kontroll over eget liv. De viser videre til positive resultater av å gi støtte og å være oppmerksom på pasientens opplevelser og erfaringer. Likeverdighet, aksepterende holdning, empati, varme og forståelse leder til tillit og fortrolighet i en terapeutisk relasjon.

I sin studie av sykepleiers oppfatninger av bestanddelene i den terapeutiske relasjonen, diskuterer Scanlon (2006) ferdigheter som skal til for å danne et terapeutisk forhold. Scanlon legger videre vekt på at sykepleier skal ha innsikt i det mellommenneskelige aspektet for å oppnå en god relasjon med pasienten. Videre i studien blir tillit framhevet som en av de viktigste kildene for å få til en god relasjon med den psykotiske pasienten. Det første aspektet av et tillitsfullt forhold er å få pasienten til å føle seg trygg og sikker. Personen skal bli behandlet med respekt og verdighet, derfor er det viktig at sykepleier setter seg selv i den

andre personens situasjon. Resultatene av studien tyder på at prosessen med å utvikle et terapeutisk relasjon er en kombinasjon av erfaring og mellommenneskelige ferdigheter.

3.3.1 Kartlegging av prosessen

I kartleggingsprosessen søker en å bli kjent med personen. Ved å få innsikt i den psykotiske pasientens situasjon slik vedkommende opplever den, kan sykepleier kartlegge problemområder, ressurser, tidligere problemløsning- og mestringsstrategier og ønskemål. I tillegg søker man å legge grunnlaget for – og avklare samarbeidsforholdet (Hummelvoll, 2014, s.64). For å oppnå bedring må mennesket som hører stemmer erkjenne at ikke alt er tapt, og at et tilfredsstillende liv er mulig. Vedkommende må vurdere styrke og svakheter når det gjelder bedringsmuligheter og begynne arbeidet med å utvikle bedringsevner. Videre er det viktig å arbeide aktivt for å utvikle en positivt identitet, sette meningsfulle mål og ta kontroll i eget liv (Hummelvoll, 2014, s. 352).

Behandling og omsorg krever at sykepleier tar utgangspunkt i personens aktuelle funksjonsnivå. Det handler om å finne samværsmåter som passer pasienten. Sykepleier skal bidra til å utvikle problemløsningsferdigheter og skape et trygt relasjonelt rom for pasienten slik at vedkommende kan gi uttrykk for sine følelser. Det kan være hensiktsmessig å sette grenser og diskutere konsekvenser av handlinger. I prosessen vil det også være nødvendig å undersøke endringsmuligheter i pasientens miljø. Når det gjelder regler for konfidensialitet, er det viktig å samtale om behovet sykepleier har for å dele informasjon med andre som samarbeider om pasientens behandling (Hummelvoll, 2014, s. 364).

Forskning gjort av Sebergesen, Norberg & Talseth (2016) vektlegger viktigheten av sykepleierens åpenhet og sensitivitet for skiftende omsorgsbehov til psykotiske pasienter. Det kan skape øyeblikk av bekreftelse som konkret kan hjelpe personen til å føle seg bedre og forbedre deres helse. Studien vektlegger viktigheten av å utnytte ressursene til personen og deres opplevelser av lidelsen for å kunne finne konkrete tiltak som vil hjelpe på veien til bedring.

3.3.2 Aktiv lytting

Lytting er en forutsetning for en god samtale, det er en aktiv tilstand preget av våkent nærvær i situasjonen. Generelt vil en god lytter representere en positiv kraft som hjelper den andre til å uttrykke det vedkommende tenker, opplever og føler i forhold til et tema. Dette krever at sykepleier makter å kontrollere tendenser til utålmodighet som kan melde seg når den andre er reservert, unnvikende eller går lange omveier i forhold til temaet en samtaler om. Det som kalles for samtalekunst har nettopp aktiv lytting som sitt fremste kjennetegn. Når vi lytter brukes alle sanser for å få fatt i både ordenes innhold og følelsene som ligger bak. Ofte kan underliggende følelser være like betydningsfulle som den mening ordene formidler (Hummelvoll, 2014, s. 428).

En skal begynne med åpen invitasjon, lytte så lenge det finnes noe å lytte til. Aldri tenke på hva du selv skal si når pasienten er tyst, men lytte og reagere på effektive budskap. Sykepleier skal begynne å lytte fra begynnelsen og lære seg selv å tåle å sette pris på stillhet. Det kan være vanskelig å lytte samtidig som en tenker på hva en skal si eller svare. Men pausene er verdifulle i den forstand at begge parter får tid til å tenke over hva som er sagt, og kjenne på følelser i forbindelse med det uttalte. At en er lyttende vises ved at en ser oppmerksomt på pasienten, følger opp pasientens fremstilling med relevante spørsmål og non-verbale uttrykk som hjelper pasienten til å utdype tanker og følelser (Hummelvoll, 2014, s. 428).

Dette samsvarer med Mabeck (2005) som beskriver aktiv lytting som en teknikk som er karakterisert av at en ikke bare lytter, men også reflekterer både verbalt og non-verbalt på pasientens signaler. I samvær med pasienten er evnen til å lytte så viktig som evnen til å snakke – og er i praksis mye vanskeligere. Mange kommunikasjonsproblemer oppstår når vi ikke er gode nok til å lytte og vi avbryter pasienten uten å sikre at vi har forstått hva som har blitt sagt. Ved å reflektere over det du har oppfattet signaliserer du at du er oppmerksom og interessert, og viser samtidig din respekt for pasientens meninger. I en atmosfære som er preget av åpenhet og trygghet er pasienten i stand til å fortelle om sine opplevelser og oppfatninger. Dette forutsetter at pasienten har tillit til oss. Det er sykepleierens oppgave å skape trygghet og tillit, som kan stimulere pasienten til å fortelle om sin egen oppfattelse og formulere sine ønsker (Mabeck, 2005, s. 49).

3.3.3 Makt versus ubalanse

Pasienter kommer ofte til behandling i institusjon mot sin egen vilje. Dette reiser både faglige og etiske utfordringer. De faglige utfordringene dreier seg om å kunne møte personen og vedkommende sitt behov på en måte som lindrer lidelsen, tar vare på dens personlige og sosiale integritet, og som fremmer helse. De etiske utfordringene handler om å utforme en praksis som reflekterer en etisk bevissthet hos sykepleierne der prinsippene om autonomi veies mot genuin og ønsket paternalisme, og der praksis styres av velgjørenhets – og ikke-skadeprinsippet. Det vil kreve både klokskap og omsorg av sykepleier å bruke autonomi og paternalisme prinsippene på en fleksibel måte, samtidig som det alltid vil være en spenning mellom autonomi prinsippet og sykepleierens forpliktelse til å vise omsorg for personens velferd (Hummelvoll, 2014, s. 233).

Forskning gjort av Hem, Heggen & Ruyter (2008) viser at det er utfordrende å bygge tillit i psykisk helsevern grunnet faktorer som for eksempel tvangsmedisinering, ubalansert maktforhold mellom helsepersonell og pasienter, alvorlige psykiske lidelser i seg selv, pasienter med kognitive problemer og bruk av antipsykotiske medikamenter. Det legges stor vekt på gjensidig tillit i forholdet mellom sykepleier og pasient som en forutsetning for å sikre en god behandling, men empirisk materiale fra psykisk helsevern har avdekket at det er gjensidig mistillit som er dominerende i forholdet mellom psykotiske pasienter og sykepleiere i døgninstitusjoner innen psykisk helsevern (Hem et al., 2008). Martinsen påpeker at når en blir mer opptatt av regler, prinsipper og egen fortreffelighet enn av den andre, blir en moralistisk. Da vil oppmerksomheten ledes bort fra den andre og situasjonen den andre befinner seg i. I de fleste tilfeller er det hierarki mellom den som tar i bruk regler og prinsipper, og den de brukes på (Martinsen, 1989, s. 56).

3.3.4 Likeverdige relasjoner

Relasjon er rammen rundt kontakten med et annet menneske, det er det systemet hvor kommunikasjonen og utviklingen foregår. Det består av alt vi gjør med, det vi tenker om og det vi føler for hverandre. En anerkjennende relasjon beskriver kontakten mellom minst to mennesker hvor gjensidighet og respekt for hverandre som individer er bærende for relasjonen. Å møte et annet menneske med respekt betyr at du ikke snakker nedsettende til

den andre og at du ikke betrakter den andre som mindre verd enn deg selv. Det vil si at du behandler den andre likeverdig (Frank, 2002, s. 26, s. 136). Likeverdighet er selve tråden i sykepleier – pasient – fellesskapet. En kan ikke forestille seg realisering av likeverdighet uten at en arbeider frem en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet. Det gjelder å ha respekt for det konkrete mennesket, det vil si mennesket i dets naturgitte identitet (Hummelvoll, 2014, s. 48).

Scanlon (2006) legger vekt på grensene mellom psykotiske pasienter og sykepleier. Hvor stor nærhet eller avstand en sykepleier føler hun kan ha med en pasient. Denne nærheten eller avstanden er styrt av den enkeltes personlighet og graden av profesjonalitet utstilt av sykepleier. Det er balansen av å komme så tett inn på pasienten som mulig, men samtidig å holde seg selv på avstand. Pasientene har ikke behov for å få masse informasjon om deg. Forholdet mellom sykepleier og pasient er dannet på grunnlag av hva pasienten har behov for og pasienten må være i sentrum. Opprettholdelse av grenser er nødvendig for å opprettholde en følelsesmessig avstand mellom sykepleier og pasient, og for å sikre hensiktsmessig og passende atferd. Å vise «passe» interesse er en innfølingskunst, en balanse mellom ytterpunktene nærhet og avstand. Kjernen i den profesjonelle holdning er nettopp det å stadig være i en levende innføring i forhold til dette, noe som krever kunnskap og sans varhet av sykepleier (Strand, 2013, s. 80).

4. Etiske og juridiske perspektiver

Etikk er teori om moral. Etikk i sykepleien har med verdier og holdninger å gjøre, som respekt og varhet, evne til å se, til å tie og til å lytte. Etisk refleksjon er viktig for å kunne oppnå moralsk handling (Brinchmann, 2012, s. 17). I de norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere heter det at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet, og at sykepleie baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (NSF 2001).

Hummelvoll (2014) oppsummerer de viktigste etiske prinsippene i helseetikken som menneskeverd og som en utvidelse av dette; autonomi, ikke-skadeprinsippet, velgjørhetsprinsippet, rettferdighet, sannferdighet og konfidensialitet (taushetsplikt) (jf. yrkesetiske retningslinjer 2011). Sykepleier må handle ut fra de prinsippene, men prinsippene kan komme i konflikt med hverandre. Det er derfor viktig at sykepleier har kunnskaper og verktøy til å håndtere etiske konflikter

Molven (2015) hevder at et grunnleggende trekk ved vårt rettssystem er at folks fysiske og psykiske integritet ikke skal krenkes. Alle helsefaglige tiltak i forbindelse med undersøkelse, behandling og pleie krever i utgangspunktet pasientens samtykke. At pasienten er innlagt i en eller annen form for institusjon, gjør ingen forskjell. Dette er uttrykt i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 første ledd: «Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke». Unntaket blir akutsituasjoner der det er aktuelt å redde deres liv, unngå betydelig helseskade eller bøte på en alvorlig smertetilstand (Molven, 2015, s. 180). Til grunn for informasjonsformidlingen, ligger hensynet til autonomi og medvirkning. Medvirkningsretten må ses i lys av selvbestemmelsesretten og bygger på demokratitenkning og prinsippet om å vise respekt for den enkeltes integritet. Retten til å medvirke er uttrykt slik: «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester», jf pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd (Molven, 2015, s. 181).

Molven (2015) framhever videre informasjonskravet og legger til grunn at pasientene skal informeres slik at de gis et «forsvarlig beslutningsgrunnlag». De skal ha nok informasjon til å treffe et vel begrunnet valg ut fra både fordeler og ulemper ved alternativene. Også i psykisk helsevern er hovedregelen at tiltak krever informert samtykke. Pasientene avgjør selv om de

skal delta i terapi og i så fall hvilken type, og om de skal ta medisiner. Bestemmelsen om informert samtykke gjelder vanligvis ikke for pasienter i psykisk helsevern som blir behandlet i medhold av tvangsbestemmelser. I lovforarbeidene, jf. Ot prp. nr. 12 (1998-99) s 132, sies det likevel at så langt som mulig skal prinsippet om selvbestemmelse også gjelde for disse pasientene (Mølven, 2015, s. 181).

4.1 Autonomi og Paternalisme

I helsetjenesten utøves et prinsipp om å hele tiden legge til rette for pasientens selvbestemmelse. Selvbestemmelse er synonymt med betegnelsen autonomi. Autonomi kommer av gresk og består av to ord, auto som betyr selv, og nomos som betyr lov, styring, regulering. Autonomi blir da selvregulering eller selvstyring. Det brukes om pasientens og sykepleierens selvbestemmelse (Slettebø, 2013, s. 88). Med autonomi menes pasientens frihet til å foreta valg av betydning for egen helse, samt retten til å bestemme over seg selv og sin egen kropp (Brinchmann, 2012, s. 85).

Innen medisinsk etikk blir det mer korrekt å bruke ordet medbestemmelse. Det er to ting medbestemmelsen kan dreie seg om. Det kan enten være rett til å bestemme behandlingsform, eller rett til å nekte behandling. Det vil bli tatt hensyn til forventet nytte av behandlingen, effekten og tilgjengelige økonomiske ressurser fra helsevesenets side når de skal vurdere hvilken behandling en pasient skal tilbys. En kan kanskje si at en kan gi muligheter, eller begrense muligheter til å utøve en autonom vilje, men en kan ikke frarøve noen selve autonomien i seg selv. En begrenset forståelse av autonomi er respekt for medbestemmelsen, og denne medbestemmelsen kan gis eller begrenses, men ikke autonomien i seg selv (Slettebø, 2013, s. 88)

Autonomiens motpart er paternalisme. Ordet er latinsk og betyr formynderi. En persons makt over en annen person, eller en rettferdiggjørelse av slik praksis. Paternalisme kan oversettes med "far bestemmer" (Brinchmann, 2012). I noen tilfeller er det riktig at legen eller sykepleieren bestemmer hva som er til pasientens beste, og må ta en avgjørelse uten at pasienten deltar i beslutningen. Det er midlertidig en avveiningsspørsmål også når det foreligger juridisk hjemmel for tvangstiltak, hva som er til pasientens beste. Det må utøves godt skjønn i alle tilfeller der legen eller sykepleieren avgjør hva som er til det beste for pasienten. Det er to typer paternalisme man kan skille mellom - svak og sterk paternalisme.

For å utøve svak paternalisme må helsepersonell påvise svikt i pasientens kompetanse til å kunne ta gode avgjørelser på egne vegne. Sterk paternalisme utøves kun når det er fare for at pasienten er utagerende og kan være til skade for egen og andres helse (Slettebø, 2013, s. 105).

5. Drøfting

Hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner?

5.1 Nærhet og avstand

Å ivareta pasientens rett til en urørlighetssone og samtidig kartlegge behov for sykepleie.

Som nevnt tidligere i teoridelen, søker en å bli kjent med personen i kartleggingsprosessen. Ved å få innsikt i den psykotiske pasientens situasjon slik vedkommende opplever den, kan sykepleier kartlegge problemområder, ressurser, tidligere problemløsning- og mestringsstrategier og ønskemål. I tillegg søker en å legge grunnlaget for – og avklare samarbeidsforholdet (Hummelvoll, 2014). For å få til et godt samarbeidsforhold mellom sykepleier og pasient vil begrepene nærhet og avstand spille en avgjørende rolle for hvordan relasjonen vil utvikle seg og for å opprettholde en følelsesmessig avstand.

Sykepleier i møte med den hørselshallusinerte og psykotiske pasienten har et ansvar for å tilrettelegge så godt det lar seg gjøre for pasienten og til pasientens beste. Det handler om respekt for pasientens integritet og selvhjelpenhet. Vedkommende må føle en viss kontroll over egen livssituasjon, selv i en institusjon som en psykotisk pasient ellers har lite kontroll over. Martinsen setter stor fokus på urørlighetssonen, akkurat det personlige indre rommet der det er nødvendig å opprettholde en balanse mellom nærhet og avstand. Urørlighetssonen viser til grensene mot andre personer. Det som gir en beskyttende distanse og som skaper en nødvendig balanse mellom nærhet og avstand. Urørlighetssonen kan krenkes både med for stor åpenhet og uten menneskelig åpenhet (Martinsen, 2005). Dette kan utdypes videre gjennom Scanlon (2006) sin forskningsstudie der han legger vekt på grensene mellom den psykotiske pasienten og sykepleieren. Han mener at denne nærheten eller avstanden er styrt av den enkeltes personlighet og graden av profesjonalitet utstilt av sykepleier. Jeg mener at det burde være grunnleggende for sykepleiere å lære seg å mestre dette for å kunne opptre så profesjonelt som mulig i forholdet mellom pasient og sykepleier, og for å kunne ivareta pasientens urørlighetssone. Ved å ivareta pasientens urørlighetssone viser sykepleier respekt for mennesket bak sykdommen. Det vil gi et uttrykk av at sykepleieren ønsker å oppnå en omsorgsfull relasjon og i tillegg respekterer pasientens private tanker. Pasienter med

hørselshallusinasjoner kan ha forstyrret tankemønster grunnet mye støy fra stemmene, det kan være hensiktsmessig av sykepleier å være tålmodig i disse tilfellene og la pasienten få bruke den tiden vedkommende trenger, og ikke hele tiden strebe etter mer informasjon. I en relasjon som er preget av tillit og fortrolighet kan pasienten selv ta initiativ til å fortelle om sine tanker og opplevelser (Mabeck, 2005).

5.1.2 Sykepleiefaglig tilnærming

Når det kommer til nærhet og avstand kan vi skille mellom tre typer sykepleiefaglige tilnærminger. Den første er invaderende sykepleie der åpenheten står uten sin motsetning i urørlighetssonen. Det vil føre til tilstander som ufølsomhet, sentimental omsorg, tankeløshet og blottelse. Den andre typen er objektiverende sykepleie der respekten for urørlighetssonen står alene uten sin motsetning i åpenheten, og pasienten vil da bli et faglig objekt. Dette kan medføre konsekvenser som blant annet distansert følsomhet, tillukkethet og prinsipprytteri (Austgard, 2010). De to første typene tilnærminger er på hver sin måte en form for ufølsomhet for pasientens integritet og urørlighetssone. Jeg mener at man som sykepleier skal så langt det lar seg gjøre prøve å utøve den tredje sykepleiefaglige tilnærmingen som tar hensyn til og respekterer pasientens urørlighetssone, samtidig som sykepleier i kraft av sin stilling er den faglige autoriteten. Det innebærer å skille mellom urørlighetssone og medbestemmelse, som berører to ulike forhold (Austgard, 2010).

Sykepleieren kan bevege seg mot omsorg kun når urørlighetssonen står i en vennlig vekselvirkning med åpenheten (Austgard, 2010). Som nevnt tidligere så trenger pasienten det personlige indre rommet som ikke skal røres ved. Vedkommende må føle at ikke alt trenger å bli eksponert for andre. Det blir opp til pasienten selv hvor mye informasjon som skal deles med sykepleier. Ved å utøve en slik praksis, viser sykepleier respekt for pasientens identitet og integritet, og det kan igjen lede til tillit og fortrolighet i forholdet mellom pasient sykepleier.

Det er viktig å opprettholde grenser for å kunne danne en følelsesmessig avstand mellom sykepleier og pasient. På den ene siden får pasienten den avstanden vedkommende har behov for og på den andre siden kan sykepleieren yte profesjonell yrkesutøvelse ved å opprettholde balansen mellom de to begrepene *nærhet* og *avstand*. Det vil også i tillegg sikre

hensiktsmessig og passende atferd mellom sykepleier og pasient (Scanlon, 2006). Ut i fra Strand (2013) sin synsvinkel vil en balanse mellom ytterpunktene nærhet og avstand være en innfølingskunst, å kunne vise *passé* interesse. Det kan tenkes at kjernen i den profesjonelle holdning er nettopp det å stadig være i en levende innføling i forhold til dette. Noe som krever kunnskap og sans varhet av sykepleier.

I noen situasjoner vil dette være en utfordring da motivasjon ofte er et problem hos denne typen pasienter grunnet blant annet liten sykdomsinnsikt, samt at de i mange tilfeller ikke kan innse at det er deres egne tankemåter som er opphav til livsproblemer (Kråkvik & Repål, 2008). Pasientene kan være i forskjellige stadier i forhold til hvor mye de vil dele av informasjon, og vil ofte lede oppmerksomheten bort fra seg selv og bringe opp andre tema. Erfaringsmessig kan et eksempel på dette være at pasienter heller velger å fokusere på helsepersonellens personlige liv og spørre personlige spørsmål. Som sykepleier skal du strebe etter åpenhet med pasienter og akseptere deres oppfatninger og opplevelser, men må derimot gjøre dette profesjonelt uten å bli personlig involvert. Det oppstår da en naturlig ubalansert likeverdighet mellom ytterpunktene nærhet og avstand, hvor sykepleier streber etter innsikt og informasjon fra pasientens side, uten å kunne gi gjensidig åpenhet tilbake, da du som sykepleier ikke er ens egen private identitet, men en profesjonell yrkesutøver. Det vil derfor være viktig med det sansende samspill i sykepleien. En bør ikke konfrontere pasienter da det kan påvirke relasjonen mellom pasient og sykepleier på en negativ måte, men heller ikke avskjære dem ved å ikke dele privat informasjon, da det likeså kan gi en uønsket effekt på relasjonen. For å opprettholde balansen mellom nærhet og avstand, bør du som sykepleier i disse tilfellene holde oppmerksomheten på pasienten, fokusere og vise *passé* interesse over hans situasjon (Strand, 2013).

5.1.3 Å skape tillit

Pasienter med psykose må ofte lære seg å leve med symptomene, akkurat som personer med andre type sykdommer. Noen psykotiske pasienter er ikke i stand til å skille subjektive opplevelser fra virkeligheten, og tap av sosiale roller, depresjon og angst er vanlige følger av sykdommen. Det kan føre til dårlig sosial funksjon og emosjonelle problemer, som for eksempel sosial tilbaketrekning, arbeidsløshet, stigmatisering, selvskading eller selvmord (Aare et al., 2009). Disse pasientene er langt nede i alle hierarkier og strever ofte med sosialt

og yrkesliv. Mange må leve med plagsomme og truende stemmer, følelsen av å bli forfulgt og bisarre vrangforestillinger. Mange av de som har hørselshallusinasjoner har mye kunnskap om å mestre stemmene de hører. De vil bli sett på som mennesker, ikke som gale.

Psykotiske personer kan ofte ha tillitsproblemer og føler seg utrygge på andre mennesker. Å ha hørselshallusinasjoner kan bidra til angst og depressive følelser hos mange, da det ikke er så mange som deler de samme oppfatningene som en selv tenker er virkelig (Repål & Jordahl, 2011). Pasientene kan derfor holde disse hørselshallusinasjonene for seg selv. Jeg støtter meg til Martinsen (2005) som mener at tillit er en grunnleggende verdi i omsorgen og det har med engasjement og innlevelse å gjøre. Dette blir bekreftet av Hummelvoll (2014) som hevder at en må søke å bli kjent med personen for å kunne kartlegge behov for sykepleie. Forskning gjort av Sebergseth et al. (2016) vektlegger viktigheten av sykepleierens åpenhet og sensitivitet for skiftende omsorgsbehov til psykotiske personer. Det kan skape øyeblikk av bekreftelse som konkret kan hjelpe personen til å føle seg trygg og det kan i tillegg gi en god forbedrings effekt på helsen. For å kartlegge behov for sykepleie er det nødvendig med et tillitsfullt forhold.

I forskningsstudien til Kalthovde et al. (2014) uttrykker pasientene at de ofte må bære på den tunge vekten av å være en pasient innenfor psykisk helsevern og videre at denne identiteten er vanskelig å riste av seg. De mangler tillit fra omverdenen og tillit til seg selv. Hummelvoll (2014) vektlegger viktigheten av å styrke pasienten slik at det føler seg anerkjent. Det er mulig for sykepleier å snakke med psykotiske pasienter om innholdet i psykotiske forestillinger, ved å gjøre det viser sykepleier anerkjennelse for pasientens erfaringsverden. Dialog mellom pasient og sykepleier er et virkningsfullt grunnlag for behandling innenfor psykisk helsevern. Flere randomiserte studier viser bedring ved psykose symptomer på grunnlag av samtaleterapi, slik nevnte forskningsartikler i denne oppgaven uttrykker. Det er derfor viktig med den gode relasjonen, der pasienten kan åpne seg og delta i dialog med sykepleier. Dette samsvarer med Martinsen (2003) som hevder at en skal få innblikk i hva den andre erfarer og forstå fra den andres perspektiv for å bidra til å gi pasienten trygghet og håp. Dette innebærer at sykepleieren møter pasienten der vedkommende er, men samtidig ikke gi uttrykk for å dele den samme oppfatningen. Videre hevder hun at omsorgen ikke vil være ekte dersom en forsøker å forandre den andres situasjon uten at en anerkjenner personen.

5.1.4 Veien til bedring

Hummelvoll (2014) hevder at dersom en ønsker å oppnå bedring, må det psykotiske mennesket erkjenne at alt ikke er tapt, og at et tilfredsstillende liv er mulig. Dersom vedkommende ser lys i enden av tunnelen, kan en også ha motivasjonen til å gå videre på veien til å bli bedre. Videre hevder han at det er viktig å arbeide aktivt for å utvikle en positiv identitet, sette meningsfulle mål og ta kontroll over eget liv. Dette kan utdypes videre gjennom forskningen til Torbjørnsen et al. (2014) som vektlegger relasjonen mellom den som søker hjelp, og de som skal hjelpe. Det hevdes i studien at relasjonen og samspillet med menneskene rundt er avgjørende for å få til bedring, og at sykepleierens viktigste oppgave blir å hjelpe den psykotiske pasienten til å ta kontroll over eget liv. Ut fra forskningen til Scanlon (2006) må sykepleier ha visse ferdigheter for å få til dette, som innsikt i mellommenneskelige aspekter. Det kan derfor tenkes at en sykepleier bør ha god faglig kompetanse og god erfaring for å kunne utgjøre en forskjell. Ved å lytte aktivt og sette pasienten i fokus, og å gi vedkommende den tiden som trengs for å åpne seg, gir sykepleier et godt grunnlag for å kartlegge behov for sykepleie.

Jeg støtter meg til forskningen til Torbjørnsen et al. (2014) som påpeker at relasjonen og samspillet med menneskene rundt er avgjørende for å få til bedring. Det kan i stor grad fremme likeverdighet, aksepterende holdning, empati, varme og forståelse og det vil videre lede til tillit og fortrolighet, likeså en omsorgsfull relasjon mellom pasient og sykepleier. Ved å vise interesse og ved å bruke sansene som Martinsen henviser til, kan sykepleier ha et godt utgangspunkt til å ivareta urørlighetssonen. I møte med psykotiske og hørselshallusinerende personer er våre holdninger viktig for å kunne danne en god relasjon og fremme dialog. Mabeck (2005) utdypes dette videre og påpeker at pasienten vil være i stand til å fortelle om sine opplevelser og oppfatninger i en atmosfære som er preget av åpenhet og trygghet. Men dette forutsetter at pasienten har tillit til oss. Det blir sykepleierens oppgave å skape den tilliten og tryggheten. Som sykepleier i psykisk helsevern, må du med dine evner nærme deg pasientens selvforståelse og dens opplevelser av verden (Hummelvoll, 2014). Martinsen (2005) påpeker at respekten for urørlighetssonen er en form for respekt for autonomi. Jeg mener at vi hele tiden må ha med oss bevisstheten om dette.

5.2 Balansen mellom autonomi og paternalisme

Å opprettholde en god balanse mellom autonomi og paternalisme i møte med den psykotiske og hørselshallusinerte pasienten.

I helsetjenesten utøves et prinsipp om å hele tiden legge til rette for pasientens selvbestemmelse. Pasienten skal ha frihet til å foreta valg av betydning for egen helse, samt retten til å bestemme over seg selv og sin egen kropp (Brinchmann, 2012). Et grunnleggende trekk ved vårt rettssystem er at folks fysiske og psykiske integritet ikke skal krenkes. Alle helsefaglige tiltak i forbindelse med undersøkelse, behandling og pleie krever i utgangspunktet at pasientene gir sitt samtykke. At pasienten er innlagt i en eller annen form for institusjon, skal ikke ha noe å si. Unntaket blir akutsituasjoner der det er aktuelt å redde deres liv og unngå betydelig helseskade. Medvirkningsretten må ses i lys av selvbestemmelsesretten og bygger på demokratitenkning og prinsippet om å vise respekt for den enkeltes integritet. Retten til å medvirke er uttrykt slik: «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester», jf pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd (Molven, 2015).

På den andre siden mener Slettebø (2013) at det vil i de fleste tilfeller bli tatt hensyn til forventet nytte av behandlingen, effekten og tilgjengelige økonomiske ressurser fra helsevesenets side når det skal vurderes hvilken behandling en pasient skal tilbys. Det tyder altså på at man kan gi eller begrense muligheter til å utøve en autonom vilje, men man kan ikke frarøve noen selve autonomien i seg selv.

Oppgaven min omhandler psykotiske pasienter med hørselshallusinasjoner i en subakutt døgninstitusjon. I en slik avdeling vil mange av valgene som blir foretatt gjort av helsepersonell, men pasientene skal bli godt informert til å treffe et vel begrunnet valg ut fra både fordeler og ulemper ved alternativene. I psykisk helsevern er hovedregelen at tiltak krever informert samtykke. Pasientene avgjør selv om de skal delta i terapi og i så fall hvilken type, og om de skal ta medisiner, med minst det ikke foreligger behandling i medhold av tvangsbestemmelser. Likevel sies det i lovforarbeidene, jf. Ot prp. nr. 12 (1998-99) s 132, at prinsippene om selvbestemmelse så langt som mulig også skal gjelde for disse pasientene innen psykisk helsevern (Molven, 2015).

5.2.1 Konsekvens av handling

I teoridelen ble de fire prinsippers etikk presentert. Et praktisk- etisk rammeverk bestående av et prinsipp om velgjørenhet, autonomi, rettferdighet og ikke- skade. Prinsippene er likeverdige men ikke absolutte. Dersom det oppstår en konflikt mellom de ulike prinsippene, må prinsippene avveies og balanseres i forhold til hverandre. Når en pasient er utagerende og er til fare for seg selv og andre, skaper dette konflikter mellom de fire etiske prinsippene. I slike situasjoner må det bli tatt raske beslutninger som vil gagne medpasienter, helsepersonell og pasienten selv. Prinsippene om autonomi, velgjørenhet og ikke skade vil både komplimentere og motsi hverandre (Brinchmann, 2012). Det må bli tatt hensyn til hva som er til pasientens beste og hvilke av disse prinsippene som kan vektlegges mest i en situasjonen med utagerende atferd.

Hvordan skal sykepleier reagere på at en psykotisk pasient utagerer og truer med å skade seg selv eller andre, og vedkommende må roes ned med medisiner? Pasienten vil da på ingen måte være i stand til å ta medvirke i en slik avgjørelse. I tilfeller der pasienten ikke er i stand til å foreta selvstendige valg grunnet psykose, tyder det på at det da er riktig at helsepersonell bestemmer hva som er til pasientens beste, og må ta en avgjørelse uten at pasienten deltar i beslutningen. Det er imidlertid en avveiningsspørsmål også når det foreligger juridisk hjemmel for tvangstiltak, hva som er til pasientens beste. Ved å bestemme over pasienten utføres det sterk paternalisme og det kan kun utøves når det er fare for at pasienten er utagerende og kan være til skade for egen og andres helse (Slettebø, 2013).

Dette bringer oss videre til hvordan sterk paternalisme kan påvirke forholdet mellom sykepleier og pasient. Pasientene kommer ofte til behandling i institusjon mot sin egen vilje. Dette reiser både faglige og etiske utfordringer. De faglige utfordringene dreier seg om å kunne møte personen og vedkommende sitt behov på en måte som lindrer lidelsen, tar vare på den andres personlige og sosiale integritet og som fremmer helse (Hummelvoll, 2014). Men av egne erfaringer fra psykisk helsevern og ut i fra forskningsstudier, er det utfordringer i forhold til dette grunnet den sterke paternalismen som blir utøvd i situasjoner der sykepleiere må gjenskape en rolig atmosfære i form av tiltak som bryter med pasientens selvbestemmelsesrett. Forskning gjort av Hem et al. (2008) synliggjør dette problemet ved å vise til gjensidig mistillit i døgninstitusjoner innenfor psykisk helsevern. Videre hevdes det at det kan bli utfordrende å bygge tillit grunnet ulike faktorer som for eksempel tvangsmedisinering, ubalansert maktforhold mellom helsepersonell og pasienter og ved bruk

av antipsykotiske medikamenter. Et annet relevant punkt er at det er avgjørende med gjensidig tillit i forholdet mellom sykepleier og pasienter som en forutsetning for å sikre en god behandling. Men det tyder altså på at det er gjensidig mistillit som er dominerende i forholdet mellom pasienter med psykose og sykepleiere.

5.2.2 Etisk refleksjon

Erfaringsmessig har jeg selv sett hvordan virkeligheten i en døgninstitusjon innen psykisk helsevern er. Pasientens personlige eiendeler blir undersøkt, registrert og låst inn. De låste dørene regulerer hvem som har tilgang og pasientene har ikke adgang til vaktrommet og kjøkkenet. En påminnelse om at pasientene er på et sted der de har mindre rettigheter enn andre. Alle ansatte går med synlige overgrepssalarm som minner både pasientene og ansatte på at farlige situasjoner kan oppstå og som kan kreve sterk og brutal inngripen ved konflikter. De ansatte bestemmer områder pasientene kan bruke og når på avdelingen, hvem de kan sosialisere seg med, og hvem og når de kan snakke med på telefonen. De nevnte faktorene og institusjonens struktur viser veldig synlige tegn på at man kan bruke makt og dette gir ingen spørsmålstegn ved at det da blir mistillit i institusjoner innenfor psykisk helsevern mellom psykotiske pasienter og sykepleiere. Her vil jeg trekke en linje til Martinsens (1989) påstand om bruken av regler og prinsipper i helsevesenet. Hun mener at oppmerksomheten da vil ledes bort fra den andre og situasjonen den andre befinner seg i og at det i de fleste tilfeller er hierarki mellom den som tar i bruk regler og prinsipper og den de brukes på.

Hummelvoll (2014) mener derfor at det er viktig å utforme en praksis som reflekterer en etisk bevissthet hos sykepleieren der prinsippene om autonomi veies mot genuin og ønsket paternalisme, og der praksis styres av velgjørenhets- og ikke – skadeprinsippet. At pasienten skal ha selvbestemmelsesrett er en av helsetjenestens mest grunnleggende verdier, men hvorvidt pasienten er i stand til å foreta en autonom beslutning er en annen sak. Paternalisme gir anerkjennelse til behovet om å ta beslutninger på pasientens vegne når pasienten selv ikke er i stand til å vurdere konsekvensene av sine valg eller atferd. Sykepleieren kan utgjøre en forskjell ved å bygge relasjoner til pasientene og fokusere på personsentrert omsorg, relasjonsarbeid og kommunikasjon slik at pasienten kan betro seg til oss i en atmosfære som er preget av åpenhet og trygghet. Dette forutsetter at pasienten har tillit til oss og det blir sykepleierens oppgave å skape den tilliten (Mabeck, 2005).

Etisk refleksjon er alltid utgangspunkt i en situasjon. Gjennom etisk refleksjon skal vi kunne finne de beste handlingsalternativene, både når det gjelder store viktige tema og små situasjoner i hverdagen hvor det er svært viktig å ha god moralsk handlingsevne. Enhver tjenesteyter har et personlig moralsk ansvar, vi har en plikt til å gjøre det vi mener er rett i en situasjon og ikke uten videre gjøre som vi har blitt fortalt (Martinsen, 1989). Scanlon (2006) påpeker at sykepleier kan med gode fagkunnskaper, gode mellommenneskelige ferdigheter og erfaring vil kunne avgjøre hva som er rett å gjøre i en situasjon.

5.3 Livsytringenes suverenitet og likeverd

Å fremme en likeverdig relasjon mellom den psykotiske pasienten og sykepleier.

5.3.1 Livsytringenes suverenitet

Respekt og likeverdighet er selve tråden i sykepleier –pasient –fellesskapet. Noe som innebærer at en må arbeide frem en ekte gjensidig respekt for hverandres integritet. Her vil jeg trekke inn Martinsen (1993) som sentrerer sin teori rundt spontane og suverene livsytringer og som påpeker at tillit og barmhjertighet ikke er noe vi beslutter oss for og at det skal være noe som er der i forveien. Videre påpeker hun at mennesket ikke kan velge tillit, men at vi kan legge forholdene til rette slik at tilliten kan vokse.

Livsytringenes suverenitet bunner i at de ikke er skapt av mennesket, men er et uttrykk for det skapte liv og de er tilstede i tilværelsen uten menneskets inngripen. De spontane suverene livsytringene er skjult naturlig til stede i våre liv. Det er fenomener som tillit, barmhjertighet, medfølelse, talens åpenhet og håp. De spontane livsytringer er grunnleggende gode og verdifulle for vår felles menneskelige eksistens. Et liv uten disse livsytringene ville være umulig (Martinsen, 1993). Det kan tenkes hvor uutholdelige det hadde vært dersom vi var tvunget til å alltid ta stilling til hvorvidt vi skulle være ærlige eller ikke. Under normale omstendigheter møter vi andre mennesker med tillit, og vi tror det som blir fortalt til oss. Det er først når det oppstår grunner til å ikke tro på den andre, vi blir mistenksomme og på vakt. Vi begrunner ikke at vi snakker sant, fordi det ligger i vår natur å snakke sant. Men noen ganger kan det oppstå situasjoner som gjør at man velger å lyve (Martinsen, 1993).

Mennesker med psykose har som oftest mistillit til menneskene rundt seg, både grunnet sykdommen og grunnet andre menneskers holdninger. Sykepleier kan ved å formidle et ønske om å hjelpe pasienten, bidra med å bygge opp pasientens tillit. Dette kan igjen lede til en omsorgsfull relasjon som på sikt kan fremme dialog mellom pasient og sykepleier.

Som nevnt i punkt 5.1, bør sykepleier finne en balanse mellom det å være åpen nok rundt hvilken informasjon man gir pasienten, men samtidig ikke informere for mye, både for å yte profesjonell yrkesutøvelse og for å bevare pasientens urørlighetssone. Dette vil være spesielt viktig dersom pasientens tanker er uorganiserte eller hvis pasienten har hørselshallusinasjoner. Det kan være hensiktsmessig å gjøre klart for pasienten hvilke tilbud vedkommende kan få og hva du som sykepleier kan hjelpe til med. Informasjon og tiltak som sykepleieren iverksetter må også tilpasses ut fra pasientens eget endringstempo (Scanlon, 2006).

5.3.2 Likeverd

Likeverd innebærer en tanke om at alle mennesker har like stor verdig og er like verdifulle, på tross av menneskelig mangfold. Ofte vil personer med psykose oppleve at de blir stigmatisert og diskriminert grunnet deres tilstand. Bakgrunnen for disse holdningene er en oppfatning av at mennesker med psykose er annerledes. Disse holdningene kan gi lavt selvbilde og som også vil skape mistillit fra pasientens side (Repål & Jordahl, 2011). Ved å vise en forståelse for at personer med psykose er som alle andre - likevel ikke, forsøke å tolke deres realitet, hva de erfarer og å forstå fra deres perspektiv –vise empati, kan man bidra til å gi trygghet og håp (Martinsen, 2003). Dette innebærer at sykepleieren møter den psykotiske pasienten der vedkommende er, men samtidig ikke gi uttrykk for å dele dens oppfatning. Martinsen (2003) mener at omsorgen ikke vil være ekte dersom sykepleier forsøker å forandre den andres situasjon uten å anerkjenne personen. Ved å anerkjenne den andres opplevelser og hva den andre erfarer vil sykepleier utvise respekt og tillit til pasienten. Dette vil bidra til å gi pasienten trygghet og håp og muligens også bidra til at pasienten får tillit til sykepleier.

Frank (2002) hevder at det kan bli ubalanse i maktforholdet dersom sykepleier kun legger til rette for hvilken informasjon hun skal gi, uten å involvere pasienten. Sykepleier må være bevisst på denne ubalansen slik at pasienten ikke føler seg maktesløs eller oversett.

Annerkjennelse av pasientens opplevelser og livssituasjon kan i stor grad åpne for en likeverdig møte mellom sykepleier og pasient. Pasienten har på sin side opplevelser, kunnskap og erfaring om sin sykdom som sykepleier ikke har, mens sykepleieren har sin faglige kompetanse og erfaring. Gjennom å utveksle informasjon til hverandre og å vise gjensidig fortrolighet, kan det være med å bidra til et likeverdig møte. Dette samsvarer med Martinsen (2005) som påpeker at omsorg handler om forståelse for den andre og at denne omsorgen blir opparbeidet gjennom å gjøre ting med hverandre og for hverandre. Det er viktig at pasientens stemme blir hørt og det er opp til sykepleier å trygge pasienten på at vedkommende blir tatt på alvor. Jeg stiller spørsmålet; hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner? En anerkjennende relasjon beskriver kontakten mellom minst to mennesker hvor gjensidighet og respekt for hverandre som individer er bærende for relasjonen (Hummelvoll, 2014). Ved å lytte til og anerkjenne pasientens følelser bidrar sykepleier til å styrke pasientens selvfølelse. En skal hverken over – eller undervurdere pasientens evne til selvhjulpenhet (Martinsen, 2005).

For å komme i dialog med en annen person og å kunne fremme en likeverdig relasjon, må sykepleier vise interesse, henvende seg og våge seg frem for å bli imøtekommet. For å få til dette påpeker Torbjørnsen et al. (2014) at relasjonen og samspillet med menneskene rundt er avgjørende for å få til bedring. Videre vektlegges sykepleierens rolle i å gi støtte og oppmerksomhet på pasientens opplevelser og erfaringer. Likeverdighet, aksepterende holdning, empati, varme og forståelse leder til tillit og fortrolighet i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dette kan utdypes videre gjennom forsknings studien til Scanlon (2006) som også framhever tillit som en av de viktigste kildene for å få til en god relasjon med pasienten. Fullstendig fortrolighet og tillit vil i noen tilfeller være urealistisk å sette som mål, men det kan være noe man hele tiden kan strekke seg og arbeide mot. Det at et helhetlig *jeg* møter et helhetlig *deg*, fører til at sykepleieren åpner seg for pasientens forestillingsverden. Likeverd er vanskelig å forestille seg uten at man arbeider frem en ekte og gjensidig respekt for hverandres integritet (Hummelvoll, 2014).

6. Avslutning

”Hvordan kan sykepleier gjennom omsorgsfull relasjon fremme dialog hos pasienter med hørselshallusinasjoner?”

Hørselshallusinasjoner har den funksjonen at de kan ødelegge for personens livssituasjon og fører med seg både fysiske, psykiske og sosiale utfordringer. Grunnet psykoseproblematikken vil personer med psykose ha endret virkelighetsoppfatning og mistillit til andre mennesker. Omsorg må være verdigrunnet for sykepleie fordi det er en grunnleggende verdi for alt menneskelig liv. Omsorg i sykepleien består av minst to parter, der den ene er forpliktet til å yte hjelp til den andre. Som sykepleier må du være villig til å sette deg inn i pasientens situasjon for finne ut hva vedkommende trenger. Dette innebærer å forsøke å tolke den andres realitet, få innblikk i hva den andre erfarer og å forstå fra den andres perspektiv. Som sykepleier i psykisk helsevern, må du med dine evner nærme deg pasientens selvforståelse og dens opplevelser av verden. Det er sykepleierens oppgave å ta kontakt og etablere en relasjon til pasienter med psykose og samtidig møte personen med respekt og som medmenneske. Likeså er det hennes oppgave å finne en balanse mellom nærhet og avstand, samtidig som tillit vil være en av de mest grunnleggende kildene for å kunne fremme dialog og en omsorgsfull relasjon.

Referanseliste

- Aare, T.F., Bugge, P. & Juklestad, S.I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis. Å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien* (2.utg.). Oslo: J.W. Cappelens Forlag a.s.
- Brinchmann, B.S. (red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Carlsen, L.B., Hermansen, M.V. & Vråle, G.B. (1984). *Sykepleiefaglig veiledning* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, O. (2002). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjoner i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- England, M. (2006). Cognitive intervention for voice hearers. *Issues In Mental Health Nursing*, s.735-751. doi: 10.1080/01612840600781139
- England, M. (2007). Efficacy of cognitive nursing intervention for voice hearing. *Perspectives In Psychiatric Care*, s. 69-76. doi: 10.1111/j.1744-6163.2007.00114.x
- Folkehelseinstituttet (2014). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009:8. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>
- Frank, R. (2002). *Samvær og samtale med mennesker med sindslidelse* (1.utg.). København: Videnscenter for socialpsykiatri
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykose*. Hentet fra

Hem, M., Heggen, K., & Ruyter, K. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics*, 15(6), s. 777-788. doi: 10.1177/0969733008090525

Hummelvoll, J.K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kalhovde, A.M., Elstad, I., & Talseth A.-G. (2014). "Sometimes I walk and walk, hoping to get some peace." Dealing with hearing voices and sounds nobody else hears. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9, s. 1748-2623; doi: 10.3402/qhw.v9.23069

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2012). Om sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kråkvik, B. & Repål, A. (2008). Psykotiske vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. I T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Larsen, I.B. (2015). Dialogiske omgivelser som betydningsfulle for mennesker med psykiske problemer. I D. Ulland, A.B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse*. Oslo: Universitetsforlaget AS

Mabeck, C.E. (2005). *Introduksjon til den motiverende samtalen* (1.utg.). København: Munksgaard Danmark

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin* (1.utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup* (1.utg.). Oslo universitetsforlaget

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (1.utg.). Oslo: Akribe as

Molven, O. (2015). *Helse og jus* (8.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk helseinformatikk. (2013). *Hallusinasjoner*. Hentet fra

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/psykisk-helse/hallusinasjoner-veiviser-3081.html?page=1>

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Repål, A. & Jordahl H. (2011). *En annen virkelighet. En bok om stemmehøring og annerledeshet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Scanlon, A. (2006). Psychiatric nurses perceptions of the constituents of the therapeutic relationship: a grounded theory study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 13(3), s. 319-329. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00958.x

Sebergesen, K., Norberg, A., & Talseth, A-G. (2016). Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study. *BMC nursing*, 15(3), s. 1472-6955. doi: 10.1186/s12912-016-0126-x

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken sinn – kropp – samfunn* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Strand, Liv. (2013). *Fra kaos mot mestring, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Torbjørnsen, A.B., Strømstad, J.V., Aasland, A.M. & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid – en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(4), s. 328-338. Hentet fra http://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ