



# Schizofreni: relasjon og bedring

Kandidatnummer: 636  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 9467  
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23.04.2019
Tittel Schizofreni: relasjon og bedring	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier legge til rette for en bedringsfremmende relasjon med pasienter med schizofreni i vernet bolig?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> For å belyse oppgavens problemstilling har jeg lagt frem relevant teori. Dette innebærer for det første fakta om forløp og kjennetegn ved schizofreni og psykose. Det er også lagt frem teori om bedringsprosessen, og med dette følger teori om empowerment og om sykepleiers rolle i bedringsprosessen hos pasienter med schizofreni. Jeg har deretter presentert Kari Martinsens omsorgsteori, der jeg legger ut om den praktiske, den relasjonelle og den moralske dimensjon. Videre følger det teori om kommunikasjonens betydning for relasjon. Avslutningsvis legges relevant lovverk og etikk frem.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave som bygger på forskningsartikler, pensumlitteratur hentet fra bachelorstudiet i sykepleie og andre relevante fagbøker. Jeg har utført litteratursøk i databasene CINAHL og PubMed, og jeg har valgt å benytte seks av artiklene fra søkene.</p> <p><u>Drøfting</u> For å besvare problemstillingen min har jeg satt anvendt teori opp mot aktuelle forskningsartikler. Kari Martinsens omsorgsteori, etiske og lovpålagte føringer ses opp mot dagens praksis og yrkesutøvelse. Pasient- og sykepleiererfaringer fra teori og forskning benyttes også for å besvare oppgavens problemstilling.</p> <p><u>Konklusjon</u> Flere relasjonsbyggende tiltak kom frem i oppgaven. Sykepleier bør arbeide for å bygge tillit til pasienten, legge til rette for empowerment, se forbi sykdommen og se pasienten som et likeverdig menneske, og arbeide for en god maktfordeling mellom sykepleier og pasient. En god relasjon til pasienten gir større muligheter for bedring. Symptomene ved schizofreni kan imidlertid gjøre relasjonsbyggingen utfordrende, da mange pasienter isolerer seg og kan fremstå som lite motiverte for behandling. Dessuten kan sykepleiers fordommer til psykisk sykdom stå i veien for relasjonen.</p>	

(Totalt antall ord: 285)

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Oppgavens avgrensinger .....	2
1.3	Begrepsavklaring .....	2
1.4	Sykepleiers funksjon .....	3
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1	Schizofreni .....	5
2.1.1	Psykose .....	6
2.2	Bedringsbegrepet .....	6
2.2.1	Empowerment.....	7
2.2.2	Sykepleiers rolle i bedringsprosessen hos pasienter med schizofreni .....	8
2.3	Kari Martinsens omsorgsteori .....	9
2.3.1	Omsorgens praktiske dimensjon.....	10
2.3.2	Omsorgens relasjonelle dimensjon .....	10
2.3.3	Omsorgens moralske dimensjon.....	11
2.4	Kommunikasjonens betydning for relasjonen .....	11
2.5	Gjeldende lover og etikk.....	12
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>14</b>
3.1	Litteratursøk .....	14
3.2	Annen relevant litteratur .....	16
3.3	Kildekritikk .....	17
<b>4</b>	<b>Forskningsartikler</b> .....	<b>20</b>
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>22</b>
5.1	Symptomene ved schizofreni kan vanskeliggjøre relasjonen.....	22
5.1.1	Tillit .....	22
5.1.2	Empowerment.....	23
5.1.3	Sosial kontakt .....	24
5.2	Sykepleietiltak som kan styrke relasjonen og fremme bedring .....	26
5.2.1	Omfordeling av makt.....	26
5.2.2	Holdningsendring .....	26
5.2.3	Avgjørende å se forbi diagnosen .....	28
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste</b> .....	<b>31</b>

# 1 Innledning

Schizofreni regnes for å være den mest alvorlige psykoselidelsen, og rundt 1% av befolkningen rammes av sykdommen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2016). Psykiske lidelser har vært, og er ofte fortsatt, forbundet med visse forutinntatte og negative forestillinger (Håkonsen, 2014). Schizofreni er ikke noe unntak. Diagnosen har historisk sett vært ansett som en livslang sykdom nesten uten potensiale for bedring. Realiteten er imidlertid langt mer positiv – potensialet for bedring blir stadig mer anerkjent (Glynn, 2014). På lang sikt blir om lag 25 % helt friske og ca. 60 % regnes som rehabiliterte. En av årsakene kan muligens være endrede holdninger i samfunnet (Skårderud et al., 2016). Fokuset i behandlingen av psykiske lidelser har skiftet fra ekskludering til integrering. Vi mennesker lever i relasjoner til hverandre, og det er av avgjørende betydning at vi har inkluderende og romslige lokalsamfunn (Karlsson & Kim, 2015). Dessuten har både miljøet på sykehusene, den psykoterapeutiske innstillingen og nye medikamenter gjort prognosen ved schizofreni betydelig bedre enn tidligere (Kringlen, 2011). Men jeg undrer meg – hva gjør egentlig at noen blir friske, mens andre forblir syke?

Alvorlige psykotiske lidelser som schizofreni har interessert og forundret meg lenge – hvordan en persons tenkning kan miste forankringen i virkeligheten og få ”normale” mennesker til å gjøre underlige ting. Jeg har selv opplevd at noen rundt meg har gått inn i en psykose. Dette gjorde inntrykk og vekket en interesse hos meg som gjorde at jeg ønsket å lære mer om psykosetilstander. Jeg valgte derfor å fordype meg i abnormal psykologi i forbindelse med tidligere psykologistudier. På studiet lærte jeg om sykdomsforløpet ved schizofreni og tilgjengelige behandlingsformer. Som sykepleierstudent har jeg begynt å tenke på hvordan vår yrkesgruppe kan hjelpe pasienter med schizofreni til bedring. Jeg ble overrasket over andelen som blir friske fra lidelsen, og skjønnte at jeg var blant dem som hadde feilaktig informasjon om bedringsutsiktene ved schizofreni. Dette bekymret meg, særlig fordi pasienter med schizofreni forteller om erfaringene deres av å bli møtt med en svært pessimistisk holdning fra fagfolk preget av lite tro på bedring. Dette oppleves av mange pasienter som svært krenkende (Borg & Topor, 2011). Samtidig kan andre pasienter med schizofreni fortelle om viktige møter med fagfolk som har gitt dem tro og håp om at bedring kan oppstå. Kan sykepleiers relasjonsbygging påvirke pasientens muligheter for bedring?

## 1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier legge til rette for en bedringsfremmende relasjon med pasienter med schizofreni i vernet bolig?

## 1.2 Oppgavens avgrensinger

Oppgaven vil primært omhandle voksne personer mellom 18 og 65 år. Dette er fordi egne regler og lovbestemmelser gjelder for personer under 18 år (Helsedirektoratet, 2013). Jeg velger også å utelate alderspsykiatri i oppgaven da denne gruppen ofte behandles på andre institusjoner enn det som er relevant for oppgavens problemstilling. Videre velger jeg å ikke skille mellom kjønn i søkene mine, selv om forekomsten av schizofreni er noe høyere blant menn enn blant kvinner (Helsedirektoratet, 2013). Jeg har ikke fokusert på pårørendes rolle i bedringsprosessen, til tross for at deres rolle kan være svært viktig for pasientene som får god støtte av dem (Skårderud et al., 2016). Pårørende har imidlertid en annen rolle enn det sykepleier har i denne prosessen.

Hovedfokuset i oppgaven blir på pasienter knyttet til vernede botilbud. Dette fordi pasienter med schizofreni som har behov for oppfølging over lang tid, i mange tilfeller tas hånd om i vernet botilbud i Norge (Skårderud et al., 2016). Litteraturen henter frem en rekke forskjellige benevninger på vernet botilbud, som for eksempel bokollektiv og kommunale boliger med døgnbemanning, men sykepleiers rolle vil være den samme. Oppgaven vil dreie seg om voksne personer som har levd med diagnosen i mange år og som har behov for døgntilsyn. Til tross for at dårlige perioder kan forekomme er det snakk om mennesker med schizofreni i stabil fase som er i stand til å bo i bolig og motta tjenester der. Forhold som gjelder akutt psykose som behandles på sykehus blir derfor ekskludert.

## 1.3 Begrepsavklaring

Begrepet *relasjon* handler om møter som etterlater spor. Essensen i relasjonen er møtet, en hendelse hvor begge parter blir forandret. Det relasjonelle er særlig viktig for

bedringsprosessen fordi den gode, hjelpende relasjon kan stimulere håp og mot hos personen som er i bedring (Hummelvoll, 2016).

Jeg velger også å redegjøre for begrepet *holdninger*, da dette brukes som et element i å besvare problemstillingen jeg undersøker i denne oppgaven. En holdning kan beskrives som en betegnelse på tendensen til å tenke, føle og handle positivt eller negativt ovenfor noe. Holdninger kan uttrykkes på tre måter: kognitivt, emosjonelt og gjennom atferd. Holdninger som beskrives som særlig unyanserte og lite saklig begrunnede kalles fordommer (Svartdal, 2018).

#### **1.4 Sykepleiers funksjon**

Virginia Henderson kom i 1955 med en definisjon av sykepleierens funksjon som fremdeles er verdsatt og anerkjent. Den sier blant annet at sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, sykt eller friskt, til å handle på en måte som fremmer helse eller gjenvinning av helse, som personen selv ville utført dersom personen hadde hatt nødvendig kunnskap, vilje eller styrke til det (Grov & Holter, 2015). Sentralt i sykepleieutøvelsen er altså det helsefremmende arbeidet. Helsefremmende arbeid dreier seg om å unngå sykdom, men også om å hjelpe mennesket til å mestre langvarige helseproblemer og konsekvensene av disse på best mulig måte uten nødvendigvis å bli frisk. Bedringsprosessen er altså sentral. Sykepleier bør hjelpe pasienten til mestring gjennom læring og utvikling av kompetanse (Gammersvik & Larsen, 2018). Bedringsbegrepet som jeg forholder meg til i oppgaven innebærer myndiggjøring av pasienten. Dette nevner Henderson i form av at sykepleier så raskt som mulig skal hjelpe pasienten til selvstendighet (Grov & Holter, 2015).

I denne oppgaven blir sykepleiers rolle og det relasjonelle mellom pasient og sykepleier viktig; en relasjon som har betydning for bedringsprosessen. En god relasjon kan som nevnt skape håp og mot hos pasienten. Dette er også fremhevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere – sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2011). Pasienter verdsetter særlig profesjonelle hjelpere som formidler håp, som deler makt, som er tilgjengelige når behov melder seg, som er åpne for det den enkelte mener vil være til hjelp og nytte, og som er villige til å tøye grenser (Hummelvoll, 2016). Sykepleierens funksjon er å bygge opp en vedvarende god relasjon med pasienten, som gjør det mulig for pasienten å

være åpen om behov og utfordringer. Evnen til å lytte og vise at man er ute etter å hjelpe kan være avgjørende. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å finne mening og motivere til endring (Ververda & Bjørnstad, 2018).

Konteksten i oppgaven er tilrettelagte boliger; bokollektiv eller kommunale boliger med døgnbemanning. Antallet døgnplasser på psykiatriske institusjoner har blitt kraftig redusert de siste årene. Dette har ført til at pasienter som trenger langvarig oppfølging ofte får dette gjennom førstelinjetjenesten, i mange tilfeller knyttet til vernet botilbud (Skårderud et al., 2016). Dette gjør at mennesker med psykiske lidelser i større grad enn tidligere bor og mottar helsehjelp i hjemmet. De kommunale helsetjenestene har et ansvar for å tilby et godt lavterskeltilbud, og de må fremstå som kompetente og tilgjengelige når innbyggere trenger hjelp. Fagpersoner, og særlig sykepleiere, kan fremstå med faglig og personlig kompetanse som kan sørge for økt selvstendighet og mestring i hverdagslivet (Karlsson & Kim, 2015).

## 2 Teori

I dette kapitlet skal det først gjøres rede for sykdomsforløpet ved schizofreni. Deretter skal bedringsbegrepet forklares, etterfulgt av empowermentprosessen som er en viktig komponent i bedringsprosessen. Det skal så gås mer spesifikt inn på bedring hos schizofrenipasienter og hva som gjør denne pasientgruppen spesiell å arbeide med, samt sykepleiers rolle i pasientens bedringsprosess. Videre skal Kari Martinsens omsorgsteori redegjøres for, som gir gode føringer for hvordan en god sykepleier-pasient-relasjon bør være. Til slutt skal det handle om kommunikasjonens betydning for relasjonen, og avslutningsvis vil relevant etikk og lovverk legges frem.

### 2.1 Schizofreni

Schizofreni er den vanligste psykoselidelsen. Blant psykoselidelse er det også den som regnes for å være mest alvorlig. Diagnosen kjennetegnes av hallusinasjoner, vrangforestillinger, disorganisert tale, grovt disorganisert atferd, samt flat affekt, apati og fattig språk. For at diagnosen skal bli stilt må minst to av disse symptomene være til stede over minst en måned (Skårderud et al., 2016). Forstyrrelsen innebærer at de mer grunnleggende funksjonene som gjør at vi opplever oss selv som unike individer, altså vår selvoppfatning, er annerledes enn slik den vanligvis er. I tillegg er ofte også den kognitive funksjonsevnen berørt, inkludert motoriske ferdigheter, persepsjon, minne og læring (Johannessen, 2011). På tross av at sykdommen har visse kjennetegn, er konsekvenser av og forløpet til sykdommen svært individuelt. Derfor snakker vi gjerne om schizofreni som en gruppe lidelser, der enkelte pasienter kan fungere bedre på visse områder enn andre (Borg & Topor, 2011). Schizofreni omtales ofte som et syndrom, og ikke som en klart avgrenset sykdomstilstand (Johannessen, 2011).

Ved schizofreni skiller man mellom såkalte positive og negative symptomer. Den første gruppen kalles for positive symptomer da det innebærer ”noe som kommer i tillegg” til personens normale tolkning av omgivelsene. I dette inngår hallusinasjoner, som kan ramme hørsel, lukt, syn og berøring, samt vrangforestillinger, for eksempel paranoide vrangforestillinger. De vanligste trekkene ved den andre diagnostiske undergruppen, negative symptomer, er affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, mild apati, tendens til antisosial atferd og innskrenket taleevne (Johannessen, 2011). Dette legger grunnlag for tre



hovedformer for schizofreni: paranoid form, desorganisert form og schizofreni med overveiende negative symptomer (Skårderud et al., 2016).

### **2.1.1 Psykose**

Diagnosen schizofreni medfører kortere eller lengre episoder med psykose. Å være psykotisk innebærer å ha en forandret virkelighetsoppfatning, en såkalt realitetsbrist. Dette betyr at man erfarer forandret oppfatning av seg selv, verden og menneskene rundt seg, og tilstanden kan preges av kaos og fordreininger (Skårderud et al., 2016). Dette vil virke inn på personens evne til å møte kravene som livet stiller (Hummelvoll, 2016).

Psykosetilstander står derfor i kontrast til det å ha en realitetsforankring; å oppfatte virkeligheten på samme måte som andre. Denne realitetsforankringen medfører en forståelse av hvorfor andre sier som de sier og gjør som de gjør. Andres intensjoner er som regel tydelige, og man evner å sette seg selv i andres sted. Slike relasjoner med andre er vi avhengige av for å kunne forstå oss selv. Psykosetilstander, derimot, distanserer personer fra denne felles menneskelige virkelighetsoppfatningen. Et resultat blir ofte en ensomhetsfølelse, og angstnivåene øker. Strategier for å unnsnippe angsten kan innebære atferd som for eksempel å snakke høyt, gjøre bestemte aktiviteter eller utpreget rastløshet. Dette kan igjen lede til at folk distanserer seg (Skårderud et al., 2016) da psykosen kan skape engstelse, usikkerhet eller undring hos personene som er rundt pasienten. Det kan kjennes ensomt for pasienten at ikke ens egne slutninger og oppfatninger av situasjoner er de samme som andres, men at de heller møtes med en realitetsorientering (Hummelvoll, 2016).

## **2.2 Bedringsbegrepet**

Selv om bedringsbegrepet, også kjent som recovery, er et mye omdiskutert begrep uten noen allment akseptert definisjon, er det et mye brukt begrep innen rus- og psykiatribehandling. Det har mange og ulike røtter, men regnes av de fleste som noe som må skapes i samarbeid og utvikling.

Mange definisjoner av bedring ligner på den som kommer fra Helsedirektoratet, som regner det som individets subjektive opplevelse av bedring (2013). I denne definisjonen beskrives bedring som en holdning som fremmer håp og tro på muligheten for at ”den syke” kan leve et

meningsfullt og tilfredsstillende liv tross alvorlig psykisk sykdom. Karlsson og Borg (2018) har en lignende definisjon. De beskriver bedring som et faglig perspektiv som kjennetegnes av en sosial og personlig prosess, med mål om et meningsfullt liv til tross for begrensningene sykdommen forårsaker. Det er også vanlig å beskrive bedring på tre forskjellige plan: som fravær av innleggelse i et visst tidsrom, som å komme seg sosialt, eller som å være helt bra (Borg & Topor, 2011).

Bedring ved alvorlig psykisk lidelse kjennetegnes av krevende menneskelige utviklingsprosesser. Disse er vanskelige å måle, for selv om en person ut fra objektive vurderinger kan vurderes som bedre, kan imidlertid vedkommende selv føle at lite er endret (Borg & Topor, 2011). Så hva vil det egentlig si å være bedre? Bedringsorienteringen har fått kritikk for at det ikke finnes noen allmenn konsensus om hvordan begrepet skal forstås. Dette åpner for flere måter å vurdere bedring på. Samtidig er noe av poenget med bedringsorienteringen at det er en individuell prosess, fordi det dreier seg om den subjektive opplevelsen av et meningsfullt liv på tross av sykdom. Derfor kan det være vanskelig å definere. Likevel sier man at bedring gjerne er gjenkjennbart når fenomenet opptrer (Hummelvoll, 2016). Bedring kan altså innebære å ta tilbake rollen som et normalt og sunt menneske i motsetning til et sykt og utstøtt (Borg & Topor, 2011). En pasienterfaring fra Røkenes og Hanssen (2012) illustrerer dette godt:

Jeg vil ikke si at jeg er helt frisk, helt bra, men jeg fungerer på et nivå som jeg trives med...

Andre mennesker i den syke personens liv kan spille en viktig rolle i bedringsprosessen. Dette gjør de blant annet ved at de anerkjenner "den syke" som en som arbeider for å ta grep om eget liv, og som sannsynligvis vil komme seg og få et godt liv. Videre bør de se den andre som en som til enhver tid evner å være med på å ta avgjørelser og bestemme i eget liv. Det er også avgjørende at den hjelpende parten ser pasienten i sin hverdagssituasjon, og at de anerkjenner pasientens innsats i bedringsprosessen (Borg & Topor, 2011).

### **2.2.1 Empowerment**

Et begrep som ofte omtales som en viktig komponent i bedringsprosessen er empowerment. I sin enkleste form består empowermentmodellen av at helsepersonell formidler kunnskap for å gi pasienten grunnlag for å ta informerte valg. Dette for at beslutninger om helseatferd skal

kunne tas på informert grunnlag (Hummelvoll, 2016). Deltagelse er i følge Tveiten helt sentralt i empowermentprosessen. For å oppnå empowerment må imidlertid pasienten ha en følelse av kontroll over eget liv. Dette innebærer at man må ha en personlig utvikling som gjør en i stand til å definere behov og problemer, samt kunne ta beslutninger som gjelder eget liv (Tveiten, 2007). Manglende kontroll kan skape angst, og det å bli fratatt selvbestemmelse oppleves ofte som nedverdiggende og ydmykende (Hummelvoll, 2016).

I empowermentprosessen bør oppmerksomheten i all hovedsak konsentreres om individuelle styringsprosesser. Pasienten skal hjelpes til å styrke egne ressurser slik at hans/hennes fulle kapasitet kan utnyttes, og pasienten kan på den måten gjenvinne makten og styringen over eget liv (Askheim, 2019). Sykepleier kan ha en viktig rolle i denne prosessen, særlig for pasienter som har et svakt sosialt nettverk. Sentralt i modellen står dette samarbeidet (Hummelvoll, 2016), samt prinsippet om at makten skal omfordeles fra fagpersoner til pasienter. En god og trygg fellesskapsfølelse skaper emosjonell energi og er en forutsetning for empowerment. Et resultat av empowermentprosessen kan være mestring (Gammersvik & Larsen, 2018).

### **2.2.2 Sykepleiers rolle i bedringsprosessen hos pasienter med schizofreni**

Det er funnet at kontinuerlig oppfølging over tid i form av en tillitsfull relasjon mellom helsepersonell og pasient med schizofreni er av stor betydning for forløp og tilfriskning, og bidrar blant annet til økt etterlevelse av legemidler. I denne sammenhengen kan medvirkning være et godt terapeutisk virkemiddel. Det bidrar til større autonomi for pasienten og en opplevelse av økt håp og kontroll over eget liv. Derfor bør sykepleier sørge for at pasienten blir en aktiv bidragsyter i behandlingen. For pasienter med schizofreni er det også avgjørende for bedringsprosessen at helsepersonellet formidler håp og tro om at mestring er oppnåelig (Helsedirektoratet, 2013). Helsepersonell som får gode behandlingsresultater beskrives ofte med termer som varme og forståelsesfulle (Helsedirektoratet, 2013). Bedringsprosessen hos enkelte personer med psykiske funksjonshindringer kan imidlertid være utfordrende. Fra helsepersonellens synsvinkel kan enkelte oppleves som apatiske og tilsynelatende umotiverte for å delta i egen behandling (Hummelvoll, 2016).

Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og bruker er som nevnt avgjørende for pasientens tilfriskning, og måten sykepleier møter pasienten på vil være av betydning for pasientens

helse (Røkenes & Hanssen, 2017). Det er flere grunner til at denne relasjonen er så avgjørende for brukers helse og bedring. Vi vet at den gode, hjelpende relasjon kan stimulere håp og mot hos personen som er i bedring (Hummelvoll, 2016). Pasienter som har fått god hjelp framhever at det relasjonelle har vært svært viktig. Særlig viktig for en god relasjon var det at pasienten kjente på en følelse av respekt for og tillit til sykepleieren. Dette kunne få pasienten til å åpne opp for innspill og påvirkning (Røkenes & Hanssen, 2017). Det viser seg at særlig det første møtet og relasjonsbyggingen mellom sykepleier og pasient er svært viktig. Å bekrefte pasienten og vise anerkjennelse og interesse, kan redusere pasientens sårbarhet og tenne håp om hjelp, skape åpenhet, forventinger og motivasjon for en læreprosess. Sykepleiers tydelige relasjonsbygging kan altså skape tillit og virke motiverende for pasienten (Brataas & Evensen, 2019).

Kvaliteter ved sykepleier som fremheves som betydningsfulle for relasjonen til pasienten er sykepleiers væremåte og anerkjennelse. Eksempler på en god væremåte kan være å vise vennlighet, interesse og imøtekommenhet, samt at man signaliserer trygghet fremfor uro og avvisning (Røkenes & Hanssen, 2017). Empati er også fremhevet som viktig, altså evnen til å leve seg inn i den andres indre, subjektive opplevelser både innholdsmessig og affektivt. Det kan imidlertid være vanskeligere å leve seg inn i andres emosjonelle tilstand enn det er å leve seg inn i innholdet til en historie som fortelles. I og med at empati dreier seg om å kjenne seg igjen i det den andre føler, er ens eget følelsesliv viktig. Når pasienter beskriver hva som har vært til hjelp under behandlingen deres, vektlegger de ofte hvordan helsepersonellet har vært nær på en ekte og medmenneskelig måte, såkalt autentisk nærhet (Røkenes & Hanssen, 2017). Kanskje den mest avgjørende holdningen som pekes på i samarbeidet med psykotiske pasienter er en tillitsfull tro på pasienten og hans muligheter til å mestre eget liv – på sin helt unike måte (Hummelvoll, 2016).

### **2.3 Kari Martinsens omsorgsteori**

Omsorg er grunnleggende for sykepleieutøvelsen og er kjernen i forholdet mellom sykepleier og pasient. Derfor er det også viktig for bedringsprosessen. Kari Martinsen er blant de sykepleieteoretikerne som har hatt mest innflytelse på sykepleiefagets utvikling i Norge (Kirkevold, 2001). Teorien hennes er særlig aktuell for problemstillingen som drøftes i denne oppgaven da den beskriver hvordan relasjonen mellom helsepersonell og pasient bør være.

De grunnleggende kvalitetene ved omsorg er i følge Martinsen den sosiale relasjonen som omsorgen skaper gjennom fellesskap og solidaritet med andre. Dessuten innebærer omsorg en forståelse for andre som tilegnes gjennom erfaringer og samvær med den andre. I følge Martinsen bør man forholde seg til den andre ut fra en holdning som preges av anerkjennelse og gjensidighet. Vi må se den andres situasjon i størst mulig grad fra pasientens synspunkt, slik at vi forstår personen ut ifra dens ressurser og begrensninger. Dette hindrer at vi ikke bare griper inn og umyndiggjør den andre. I Martinsens omsorgsteori beskriver hun omsorg som bestående av tre hovedkomponenter: et praktisk, et relasjonelt og et moralsk aspekt (Martinsen, 2003).

### **2.3.1 Omsorgens praktiske dimensjon**

Først og fremst viser omsorg seg, i følge Martinsen, gjennom våre praktiske handlinger. Sykepleier hjelper pasienten gjennom praktiske handlinger, og dette bør komme av en grunnleggende omtenkksomhet ovenfor pasienten. Samtidig har vi som medmennesker forutsetning for å forstå den syke fordi våre dagligliv har så mange likhetstrekk. Kunnskap om pasientsituasjonen har vi både gjennom felles erfaringer og fra kunnskaper gjennom faget vårt. Det er også en forutsetning at sykepleier forsøker å sette seg inn i pasientens livssituasjon. På den måten kan sykepleier gi omsorg ut ifra hvilke ressurser og begrensninger pasienten har (Martinsen, 2003).

### **2.3.2 Omsorgens relasjonelle dimensjon**

Martinsens omsorgsteori har et betydelig fokus på hvordan relasjonen mellom omsorgsgiver og omsorgsmottaker bør være. Dette er i følge henne det viktigste innen omsorg. For å kartlegge hvilke behov pasienten har er det en forutsetning at sykepleier engasjerer seg og viser interesse for pasienten. Martinsen beskriver den ideelle relasjon med at den bygger på fellesskap, solidaritet og gjensidighet, uten at det foreligger forventninger om gjenytelser. Avhengighet ses ikke på som en motsetning til selvhjulpenhet. Vi mennesker er avhengig av hverandre på ulike måter i alle menneskelige relasjoner. Omsorg handler om å bygge opp relasjoner der likeverdighet står i sentrum (Martinsen, 2003).

### **2.3.3 Omsorgens moralske dimensjon**

Omsorgens moralske dimensjon overgår de andre dimensjonene, i følge Martinsen. Det moralske ser man både i kvaliteten på relasjonen samt i måten arbeidet utføres på. Det viktigste er å handle til det beste for pasienten (Martinsen, 2003).

Pasienten er avhengig av hjelp, noe som medfører at den andre parten får en form for makt. Måten man velger å bruke makten på, er en del av omsorgens moralske dimensjon. Omsorgsgiverens holdninger bak sine handlinger er sentral. Den ideelle måten å handle på vil være å gi pasienten mulighet til et best mulig liv på bakgrunn av ens forutsetninger. Balansegangen er fin mellom å unnlate å handle ut av respekt for pasientenes autonomi, og å overta for mye ansvar. Man bør møte pasienten gjennom samhandling, noe som krever tillit. Noen av forutsetningene for tillit er respekt, oppriktighet og pålitelighet (Martinsen, 2003).

### **2.4 Kommunikasjonens betydning for relasjonen**

Måten man kommuniserer med hverandre på vil være en god pekepinn på hva slags relasjon man har. Dessuten kan kommunikasjonsmønstre mellom sykepleier og pasient ha innvirkning på pasientens bedring. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet ”communicare”; å gjøre noe felles eller å delaktiggjøre en annen. Personorientert kommunikasjon handler om å forholde seg åpen og anerkjennende til den andre som et unikt individ. Dette forutsetter at man er oppmerksom og lytter til det den andre sier, samt det som kommer til uttrykk nonverbalt. Man sier gjerne at personorientert kommunikasjon består av fire sentrale elementer: 1) å anerkjenne pasientens perspektiv, 2) å forstå pasientenes psykososiale kontekst, 3) å nå frem til en felles forståelse i overenstemmelse med pasientens verdier og 4) å dele makt, altså stimulere pasienten til selvbestemmelse og kontroll over egen situasjon (Eide & Eide, 2017).

Kommunikasjon påvirkes av en lang rekke elementer, bevisste så vel som ubevisste. Bare ansiktsuttrykk kan signalisere nærmest uendelige varianter av informasjon til mottakeren. Videre kan faktorer som stemmebruk, ordvalg, bevegelser og kroppsholdning samspille og resultere i bevisste og ubevisste følelser av mange slag. Da kan en rekke fenomener oppstå, som tillit og mistillit, respekt og krenkelse, tiltrekning og frastøting, anerkjennelse og avvising, makt og avmakt, isolasjon og kontakt. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er ofte følelsesmessig preget av ubevisste impulser som man ikke selv er klar over

(Thorsnes, Rønning & Brataas, 2019). Persepsjonsprosessen vår innebærer en tendens til stereotypering og fordreining av virkeligheten. Eksempelvis bryter vi ned signalene vi får fra omverdenen og sorterer dem på måter som er karakteristiske for oss selv ut fra livserfaring, livssituasjon og forventningene vi møter omverdenen med. Dermed kan erfaring påvirke persepsjonen både i positiv så vel som i negativ retning (Eide & Eide, 2017). Dette gjelder også for pasienten, og der er sammenhengen mellom tanker og følelsesmessige reaksjoner nær. Derfor bør sykepleier være særlig oppmerksom på pasientens kroppsspråk og vurdere hvor mottakelig pasienten er for nye inntrykk (Thorsnes et al. , 2019).

Dårlige holdninger hos sykepleier blir gjerne lett avslørt av pasienten; alt som skal til er en kritisk bemerkning eller så lite som et skeptisk blikk. Slik atferd er verken rettferdig eller til hjelp for pasienten da det bryter ned motivasjon og gjennomføringsevne (Eide & Eide, 2017). Som helsepersonell har sykepleier et etisk ansvar som innebærer å ta pasientens stemme på alvor. Dette kan sikres gjennom lytting og medskapning av pasientens fortelling (Thorsnes et al., 2019). Sykepleiers anerkjennende og støttende kommunikasjon forutsetter at sykepleieren legger eventuelle fordommer til side, og behandler pasienten med respekt, omsorg og empati på lik linje med andre pasienter (Eide & Eide, 2017).

## **2.5 Gjeldende lover og etikk**

Oppgavens problemstilling omhandler pasient-helsearbeider-forholdet, et forhold som det finnes lovpålagte føringer på. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) understreker viktigheten av samarbeid mellom helsearbeider og pasient så langt det er mulig. Pasientens mening skal bli tillagt stor vekt ved utformingen av tjenestetilbudet (§ 3-1). Lovens formål er at forholdet mellom pasient og helsepersonell skal være tillitsfullt, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 1-1). Dette underbygges av Helsepersonelloven som blant annet har som formål å legge til rette for tillit mellom helsepersonell og pasienter (Helsepersonelloven, 1999, § 1).

Tilbudet pasientene får i kommunen skal bidra til å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, lidelse og nedsatt funksjon. Det skal også fremme sosial trygghet, og sikre at den enkelte får mulighet til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med

andre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 1-1). Folkehelseloven understreker hvordan god helse er mer enn fravær av sykdom. Evnen til å mestre hverdagens krav er et viktig aspekt ved helse. Sykepleierens funksjon i det helsefremmende arbeidet innebærer å hjelpe pasienten til mestring, gjennom læring og utvikling av kompetanse. Sentralt i denne loven er medvirkning (Folkehelseloven, 2011).

Som sykepleier i arbeidet med mennesker er det viktig å ha et holistisk menneskesyn – man må forholde seg til mennesket som en helhet med kropp, tanker, engstelse, ressurser, livssituasjon osv. Selv om det nok er en umulig oppgave å til enhver tid forstå og behandle ”hele mennesket”, er målet å inkludere mest mulig og ta hensyn til at det er mange potensielle årsaker til sykdom. En holistisk tilnærming bygger på at pasienter skal betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere i behandlingen deres. De møter hverandre med tillit, har en god relasjon og bekrefter hverandre. Sykepleiers holdninger og væremåte har betydning for at situasjonen skal bli god for pasienten (Brinchmann, 2016).

Videre understreker sykepleiers yrkesetiske retningslinjer hvordan sykepleier har et ansvar for å opptre på en måte som fremmer helse og forebygger sykdom. De skal yte omsorgsfull hjelp som understøtter håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2.1, 2.2 & 2.9). Disse retningslinjene er relevante for drøftingen av problemstillingen i oppgaven da eventuelle dårlige og usunne holdninger hos sykepleier kan virke lite helsefremmende for pasienten. Håp, mestring og livsmot er viktig for alle pasienter, ikke minst for pasienter med schizofreni, som potensielt møter mer stigmatisering og fordommer enn mange andre pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2013).



### 3 Metode

Dette er en litterær oppgave hvor data hentes fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017). I dette kapittelet redegjøres det for hvordan det ble funnet relevante vitenskapelige artikler og litteratur til å besvare problemstillingen, samt annen relevant litteratur. Til slutt legges kildekritikk frem.

#### 3.1 Litteratursøk

I løpet av skriveperioden har jeg gjort flere litteratursøk parallelt med at jeg stadig har spisset problemstillingen min ytterligere. Jeg har hovedsakelig søkt i CINAHL og PubMed da jeg opplever å få mange treff på søkene, samtidig som at nettsidene og søkeresultatene oppleves som oversiktlige. For å finne relevante forskningsartikler tok jeg utgangspunkt i å avklare hvilke søkeord jeg skulle bruke. Jeg prøvde meg fram relativt fritt ut fra ordlyden i problemstillingen. Denne fremgangsmåten resulterte imidlertid i mange upresise treff. Jeg valgte deretter å bruke MeSH, slik at jeg fant best mulig engelsk fagterminologi på begrepene jeg syntes var aktuelle. På denne måten fikk jeg mer spesifikke søk og flere gode artikler. Jeg fikk særlig relevante treff ved å bruke begrepene ”nurse-patient relations” og ”professional-patient relations” sammen med ”schizophrenia”.

For hvert utførte søk ble titlene på alle artiklene i treffet gjennomgått. For eksempel kombinerte jeg i mitt siste søk i PubMed ”schizophrenia” og ”full recovery” og fikk et treff på 187 artikler. Jeg valgte deretter at artiklene skulle være maksimum 10 år gamle, og antall artikler ble redusert til 87. Dette er mange artikler, men jeg anså det som en overkommelig mengde å sortere ut ifra. For å sikre at potensielt relevante artikler ikke ble ekskludert, unnlot jeg å legge til flere søkeord. De øvrige søkene mine ga treff med et spenn på 1-179. Titler som nevnte både ”sykepleier”/”helsearbeider” og ”pasienter med schizofreni” ble valgt ut. Særlig interessante var de som også nevnte ”bedring” eller ”relasjon”. Jeg ekskluderte alle artikler som omhandlet medikamentell behandling da jeg ikke anså disse som relevante for problemstillingen min. Relevante artikler på bakgrunn av mine inklusjons- og eksklusjonskriterier ble tatt videre.

Deretter leste jeg artiklenes sammendrag. Her fokuserte jeg på hensikten med studiene som var omtalt. Artiklene som var sykepleiefaglig relevante og tok for seg relasjonen mellom hjelpere og personer med schizofreni eller bedring, ble de tatt med videre. Jeg skrev ut de

mest aktuelle artiklene på papir for å lese dem grundig og gjøre en kvalitetsvurdering basert på blant annet hensikt, metode og resultat. Artikkelens formål og hensikt måtte kunne bidra til å besvare eller belyse problemstillingen min, og det samme gjaldt resultatet av studien. Det var dessuten viktig at studiene hadde en tydelig metodedel der de forklarte fremgangsmåten ble godt forklart slik at jeg kunne gjøre en kvalitetsvurdering, samt vurdere hvor relevant studienes omstendigheter og utvalg var for problemstillingen min. Det forhold at flere av artiklene var kvalitative i sin form, syntes jeg var en fordel da jeg er avhengig av utfyllende svar og årsaksforhold for å kunne besvare oppgavens problemstilling. Kvalitativ metode tar nemlig sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg enkelt måle eller tallfeste. Jeg vurderte også om artiklene var bygget opp etter en IMRaD-struktur; at de inneholdt introduksjon, metode, resultat og diskusjon. IMRaD-strukturen brukes ofte som oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2017), og er derfor en god indikator for å kunne differensiere mellom forskningsartikler og fagartikler. Artiklene jeg anså som relevante på bakgrunn av overnevnte kriteriene, og som hadde vært gjenstand for fagfelleevaluering, ble inkludert for videre studier. For å undersøke om artiklene var fagfellevurderte og publisert gjennom en vitenskapelig godkjent tidsskrift søkte jeg dem opp i Norsk senter for forskningsdata. Jeg endte opp med seks artikler.

I tabellen nedenfor illustreres hvordan søkene mine ble gjennomført. De tidligste søkene resulterte i få relevante artikler. Etter som at jeg kom fram til bedre søkeord fant jeg også flere relevante artikler.

Dato for søk	Database	Søkeord	Antall treff	Søkeord med AND/OR	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff
3/12-18	CINAHL	Communication, schizophrenia	226,569 20,767	Communication and schizophrenia	970	”Full text”, Maksimum 10 år gammel	73
3/12-18	CINAHL	Schizophrenia, health care professionals	20,767 12,107	Schizophrenia and health care professionals	46	Maksimum 10 år gammel	31
3/12-18	PubMed	Psychosis, Recovery processes	28,027 8,799	Psychosis and recovery processes	96	Maksimum 10 år gammel	78
4/12-18	PubMed	Nurse, Relational skills	328,736 653	Nurse and relational skills	113	Maksimum 10 år gammel	93
4/12-18	PubMed	Communicating, interacting,	20,589 93,213	Communicating or interacting and	10	Maksimum 10 år gammel	1

		psychotic, health care professionals	63,689 624,861	psychotic and health care professionals			
11/3-19	CINAHL	Professional-Patient Relations, schizophrenia	80,419 21,000	Professional-Patient Relations <u>and</u> schizophrenia	382	Maksimum 10 år gammel	179
20/3-19	CINAHL	Nurse-Patient Relations, schizophrenia	23, 952 21,107	Nurse-Patient Relations <u>and</u> schizophrenia	134	Maksimum 10 år gammel	44
1/4-19	PubMed	Full recovery, Schizophrenia	18,210 136,801	Full recovery <u>and</u> schizophrenia	137	Maksimum 10 år gammel	87

### 3.2 Annen relevant litteratur

I oppgaven har jeg benyttet meg av pensumlitteratur der det har latt seg gjøre. Dette er allerede kvalitetssikret ved at utdanningsinstitusjoner ofte inkluderer de mest innflytelsesrike forfatterne innenfor faget (Dalland, 2017). Jeg har blant annet brukt anerkjente forfattere som Skårderud et al. for å beskrive kjennetegn ved schizofreni, samt Eide & Eide i kapittelet om kommunikasjon.

Det har imidlertid ikke alltid vært mulig å benytte meg av pensumlitteratur for å belyse alle aspektene ved den valgte problemstillingen min. Søkemotoren Oria ble benyttet for å lete etter bøker på bibliotekene i Oslo som kunne være relevante i de tilfeller jeg hadde behov for å supplere pensum. Det har også vært nyttig å gå til store biblioteker, som Deichmanske bibliotek, og lete meg gjennom aktuelle titler innenfor fagfelt som ”sykepleie”, ”psykiatri”, ”psykologi” og ”sosiologi”. I tillegg brukte jeg litteraturlisten til diverse fag- og forskningsartikler for å finne aktuelt fagstoff, og søkte det deretter opp i søkemotoren Oria for å låne det aktuelle materialet dersom det var tilgjengelig. Borg & Topors ”Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser” er et eksempel på en relevant fagbok som jeg fant utenfor pensum. I tilfeller der jeg finner relevant litteratur i en bok med ukjente forfattere, søker jeg opp biografien til forfatterne for å få et bedre inntrykk av troverdigheten deres. I dette tilfellet fant jeg for eksempel at Borg er høgskoleprofessor i psykisk helsearbeid og Topor er en kjent svensk forfatter og forskningssjef. På bakgrunn av dette vurderte jeg boken deres som tilstrekkelig troverdig.

Videre har jeg brukt rapporter og retningslinjer funnet gjennom googlesøk. Dette gjorde jeg for å inkludere statlige føringer innenfor fagfeltet som belyses i oppgaven. Et eksempel er Helsedirektoratets (2013) nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet er et fag- og myndighetsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet og har blant annet ansvar for å gjennomføre nasjonal politikk på helseområdet. De arbeider altså for å styrke befolkningens helse og utforme gode helsetjenester (Helsedirektoratet, 2018). Ut ifra dette konkluderte jeg med at det er et relevant perspektiv og en troverdig kilde å inkludere i oppgaven.

### **3.3 Kildekritikk**

Med kildekritikk menes den vurderingen og karakteriseringen som gjøres av litteraturen som velges ut som referanseklider i oppgaven. Det er viktig at man kan redegjøre for hvilke kriterier som er lagt til grunn under utvelgelsen (Dalland, 2017).

Av forskningsartiklene som trekkes frem i denne oppgaven er kun én fra Norge. De øvrige studiene er fra Storbritannia, Canada og Japan og USA. I denne sammenhengen er det relevant å reise spørsmålet om funnene fra utvalgene i studiene representere populasjonen i landet der studien er gjennomført? Og er resultatene overførbare til liknende fenomener i Norge? Dette er ikke nødvendigvis tilfellet, og resultatene kan ikke uten videre brukes til å forklare forholdene i vårt land (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Det kan blant annet skyldes kulturforskjeller og forskjeller i konteksten der helsehjelpen blir gitt.

Kulturforskjeller, for eksempel når det gjelder holdninger til personer med psykisk sykdom, kan ha innvirkning på både hensikten med og resultatene av studiene. I metaanalysen til De Jacq, Norful & Larson (2016) fant de at holdninger til psykisk sykdom varierer fra kultur til kultur. I studiene fra Europa fant de både positive og negative sykepleierholdninger. Studiene fra Midtøsten og asiatiske land viste derimot større grad av negative holdninger hos sykepleiere overfor psykisk syke. På den annen side er det stor grad av samsvar mellom hva pasienter med schizofreni og sykepleiere i studiene på tvers av kulturer rapporterer at er viktig for at pasientene skal oppleve bedring. "Recovery"-bevegelsen, der bedring ved psykisk sykdom har vært sentral, står sterkt i mange andre land i likhet med Norge. Fokuset og trendene man ser i de forskjellige forskningsartiklene har derfor mange likheter. I følge Johannessen et al. (2016) er det slik at når flere forskere undersøker samme fenomen og

kommer frem til samme resultat øker påliteligheten, også kjent som høy reliabilitet. Dessuten kan man tenke seg at mange av de menneskelige- og mellommenneskelige prosessene som beskrives i oppgaven kan oppleves relativt likt uavhengig av kultur og bosituasjon da det handler om møtet mellom to mennesker – én i sykerollen og én i pleierollen

Forskningsartiklene som jeg har brukt er maksimalt 10 år gamle, og jeg har benyttet meg av den nyeste utgaven av annen faglitteratur. Likevel kan man spørre seg om litteraturen jeg har brukt kan være utdatert. Psykiatrifeltet er et felt i rask endring og i mange tilfeller tar det tid før ny kunnskap overføres til artikler og bøker (Dalland, 2017). Dessuten forekommer det stadig lovendringer som kan påvirke situasjonen til pasienter med schizofreni og praktiseringen av sykepleien.

Det forhold at mange av forskningsartiklene er skrevet på engelsk gjorde det nødvendig å oversette dem selv. Engelsk er ikke mitt morsmål og det er dermed fare for at jeg kan ha misforstått ord, setninger eller nyanser i teksten. Dette åpner muligheten for at jeg kan ha et noe feilaktig bilde av forskningen jeg har lest. For å minske denne risikoen har jeg brukt god tid på å oversette artiklene. I tillegg har jeg slått opp i ordbok dersom det er noe jeg er usikker på.

Videre har noen av forskningsartiklene mine har et lavt antall deltagere. Et eksempel er et studie gjort av Pounds (2010) der kun én sykepleier deltok sammen med en liten gruppe pasienter med schizofreni. Dette gjør at man ikke nødvendigvis kan generalisere resultatene fra studiet til andre sykepleiere og pasienter. Utvalget er for lite, og vil sannsynligvis ikke representere variasjonene i befolkningen. Jeg valgte likevel å bruke artikkelen da den i stor grad belyste problemstillingen i oppgaven, og flere av hovedtrendene de fant kunne støttes opp av andre forskningsartikler som jeg har inkludert. Dersom mange ulike studier viser det samme, er sannsynligheten større for at resultatene kan generaliseres.

Jeg har også benyttet meg av noe sekundærlitteratur i oppgaven. Dette kan for eksempel dreie seg om pensumlitteratur som omtaler forskning eller teorier utformet av andre. Faren ved bruk av sekundærlitteratur, og særlig der primærlitteraturen opprinnelig er på engelsk og senere har blitt oversatt, er at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg noe (Dalland, 2017). Da er det spesielt viktig at sekundærlitteraturen jeg bruker er anerkjent.

Det er også viktig å ta høyde for at den litteraturen jeg har valgt ut, kan jeg ha valgt ut nettopp på bakgrunn av min førforståelse for temaet og antagelser jeg har tatt med meg inn i oppgaven. Det er ikke mulig å ha full oversikt over et fenomen, og ens førforståelse kan påvirke hva man observerer og hvordan informasjon vektlegges og tolkes (Johannessen et al., 2016). Man har allerede en mening om et fenomen før man undersøker det, en såkalt fordom (Dalland, 2017). Jeg var for eksempel i tvil om hvorvidt jeg skulle velge å skrive om en lidelse som schizofreni da jeg var usikker på om det fantes noe bedringspotensiale for pasientene. For å unngå å la fordommene mine styre oppgaven brukte jeg tid på å lese meg opp bredt på temaet til å begynne med, for å forsøke å få et så helhetlig bilde som mulig på det faglige området jeg skulle skrive om. Jeg forsøkte å motvirke effekten av førforståelsen min ved å lete etter det som kunne avkrefte forhåndsforklaringene mine. Videre har jeg arbeidet med å trekke ut essensen i det jeg har lest, noe som har lagt grunnlag for litteraturkapitlet i oppgaven.

## 4 Forskningsartikler

Nr.	Forfatter/år	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Design/metode	Funn
1	Pounds, 2010	Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study	Issues in Mental Health Nursing	Hensikten med studiet var å se på forholdet og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasienter med schizofreni, og hva som er hensiktsmessig sykepleieratferd som skaper kontakt med pasientene.	Kvalitativt design. Filmet interaksjoner mellom en erfaren sykepleier og pasienter med schizofreni i USA. Tre deltakere med schizofreni ble filmet tre ganger hver. Hver interaksjon varte mellom 12-19 minutter.  Videotapene ble analysert i 4 steg.	Sykepleier viste en atferd som engasjerte pasientene. Sykepleier viste en nonverbal atferd som gjorde at hun fremsto som interessert i å være med pasienten, for eksempel ved å sitte framoverlent og med en åpen kroppsholdning. Hun nikket og smilte bekreftende når pasienten snakket. Til tider brukte hun overdrevent verbalt og ikke-verbalt språk for å få oppmerksomheten til pasientene, og lyktes med å få mer øyekontakt.
2	Williams & Tufford, 2012	Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness	PSYCHIATRY	Studiet ville undersøke hvordan personer diagnostisert med schizofreni opplevde profesjonell omsorg og hvorvidt denne omsorgen fremmet bedring. Forhold som pasientene mente at bidro til bedring skulle belyses.	Kvalitativt design. Hang opp postere i Toronto samt kontaktet diverse tjenesteytere/institusjon er for å skaffe deltagere. Deltagerne ble intervjuet i semistrukturerte intervjuer som ble tatt opp. Forskerteamet gjorde dataanalysen basert på disse, og kartla kategorier og mønstre.	Mange av deltakerne fremhevet hvordan samtale om livet generelt var positivt, og ikke bare fokus på sykdommen. Deltagerne så på det som positivt dersom helsepersonellet fremmet lagarbeid, omsorg, respekt, et holistisk perspektiv, ikke trakk raske slutninger, er oppmuntrende, og har nok av tid. Det var negativt dersom helsepersonellet utviste lite håp for pasientens bedring og dersom de brukte tvang.
3	Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki, 2010	Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia	International Journal of Mental Health Nursing	Hensikten var å identifisere hjemmesykepleieres holdninger til pasienter med schizofreni som leder til effektiv omsorg og positive resultater for pasientene med schizofreni. De ville også utvikle et rammeverk for å forstå hvordan sykepleierne tilegner seg disse holdningene som leder til positive resultater hos pasientene.	Kvalitativt design. Syv hjemmesykepleiere med erfaring og gode resultater fra arbeid med pasienter med schizofreni deltok.  Det ble foretatt individuelle semistrukturerte intervjuer i ca. 90 minutter hver. Etter å flere ganger ha lest hva deltakerne sa, ble data organisert etter den underliggende betydningen av sykepleierens erfaringer og holdninger.	Å være på samme bølgelengde som pasienten hadde avgjørende betydning. Sykepleier må anerkjenne og være klar over egne fordommer mot pasienter med schizofreni, samt møte og anerkjenne potensielt uventede egenskaper hos pasientene. Viktige egenskaper hos sykepleier som økte sjansen for at pasienten kunne bli værende i samfunnet uten gjeninnleggelse og tilbakefall var likeverd, respekt, et gjensidig forhold, selvbevissthet og tillit.
4	Soundy, Stubbs, Roskell, Williams, Fox & Cancampfort, 2015	Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis	Journal of Mental Health	Utført på bakgrunn av behovet for forskning for å tilegne seg en bedre forståelse av de psykososiale faktorene som påvirker tilhelingen til pasienter med schizofreni.	Kvantitativ metode. Metaanalyse.  Det ble søkt i store elektroniske databaser.  Kvalitative artikler ble inkludert, som så på tilhelingskonseptet fra personer med schizofreni sitt ståsted, deres omsorgsgiver eller	Faktorer som fremmer tilheling inkluderer: 1) tilpasning, takling og revurdering, 2) respondering på sykdommen, 3) sosial støtte, nære forhold og tilhørighet.  Faktorer som utfordret tilheling inkluderte: 1) negative interaksjoner og isolasjon, 2) indre hindringer, 3) usikkerhet og håpløshet.

					helsearbeidere.	Helsearbeidere og forskere innehar en større forståelse for de psykologiske faktorene som påvirker tilheling for individer med schizofreni.
5	Loem & Hem, 2011	Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health care professionals' experiences in communicating and interacting with patients	International Journal of Mental Health Nursing	Hensikten var å undersøke hvordan erfaringer med psykisk sykdom oppfattes av helsearbeidere, og hvordan innsikt i slike erfaringer påvirker vurderingen deres, samt deres perspektiv og involvering.	Kvalitativt studium.  Dybdeintervju med 11 helsearbeidere på psykiatrisk institusjon.  Deltagere ble rekruttert fra forskjellige institusjoner og var fra forskjellige yrkesgrupper.	Forståelse er søkt og etablert gjennom emosjonell, menneskelig kontakt, og praktisk interaksjon, og ender med ny forståelse.  Proessen som beskrives her kan sees som en andre-orientert forståelse, og ikke bare som sympati. Det handler om å kunne se for seg selv i andres situasjon.
6	De Jacq, Norful & Larson, 2016	The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review	Archives of Psychiatric Nursing	Hensikten med studien var å undersøke sykepleiers holdninger til psykisk sykdom.	Kvantitativ metode. Det er gjort et litteratursøk mellom 1995 og 2015 i store medisinske databaser, som for eksempel Ovid MEDLINE og CINAHL. Artikler ble valgt ut på grunnlag av faglige diskusjoner, og det ble gjort en kvalitetsvurdering av studiene.  Studiene var fra 20 forskjellige land.	Funnene i artikkelen viste variasjoner fra studium til studium, og ble kategorisert i fire hovedtemaer:  De fleste sykepleiere så på psykisk sykdom som et resultat av arvelige forhold, og ikke som et resultat av dårlig viljestyrke.  Mange sykepleiere mente at de med schizofreni ikke burde ha bilsertifikat, et flertall mente at de ikke burde gifte seg, og alle var enige i at de ikke ville at søsteren sin skulle gifte seg med en med schizofreni.  Under halvparten av sykepleiere anså schizofrene som farlige (40% i et studie, 15 % i et annet). Alvorlig psykisk syke pasienter ble av de fleste sykepleierne sett på som uforutsigbare.  Sykepleiers holdning til de med schizofreni var mer negative enn til de med alvorlig depresjon.



## **5 Diskusjon**

I dette kapitlet skal jeg diskutere den inkluderte faglitteraturen, inkludert etikk, lovverk og Kari Martinsens omsorgsteori, samt de forskningsartiklene som er inkludert i artikkelmatrisen.

### **5.1 Symptomene ved schizofreni kan vanskeliggjøre relasjonen**

Vi vet at den gode, hjelpende relasjon kan stimulere til håp og mot hos personen som er i bedring. For at relasjonen mellom sykepleier og pasient skal være hjelpende bør den blant annet kjennetegnes av tillit og empowerment. De typiske symptomene ved schizofreni kan imidlertid hindre at disse fenomenene oppstår. Symptomene kan til og med gjøre det utfordrende for sykepleier å i det hele tatt skape eller opprettholde en relasjon til denne pasientgruppen.

#### **5.1.1 Tillit**

Noe som tillegges stor vekt i litteraturen er at relasjonen mellom sykepleier og pasient bør være tillitsfull. Dette underbygges av Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 (2001) og Helsepersonelloven § 1 (1999) der det står at forholdet mellom pasient og helsepersonell skal preges av tillit. Dersom pasienten kjenner på en følelse av tillit ovenfor sykepleieren kan dette stimulere til at pasienten åpner opp for innspill og påvirkning utenifra (Røkenes & Hanssen, 2017). Dette kan muligens representere begynnelsen på en hjelpende relasjon mellom sykepleier og pasient.

Denne typen tillitsfulle relasjoner er dessverre noe denne pasientgruppen kan ha vanskeligheter med å skape og opprettholde (Pounds, 2010). Én av grunnene kan være at mistenksomheten som mange personer med schizofreni føler ovenfor andre, i noen tilfeller kan rettes mot helsepersonell (Skårderud et al., 2016). Å være paranoid er nemlig et vanlig symptom ved schizofreni (Johannessen, 2011), og dette kan lede til en grunnleggende mistillit hos pasientene ovenfor andre. Det er nærliggende å tenke seg at mistenksomhet står i veien for å skape tillit; en av de viktigste byggesteinene i forholdet mellom sykepleier og pasient med schizofreni.

### 5.1.2 Empowerment

Brukermedvirkning kan også være et godt virkemiddel for å skape tillit, da dette stimulerer følelser som håp og kontroll hos pasienten (Helsedirektoratet, 2013).

Brukermedvirkning og selvbestemmelse er sentrale deler av empowermentmodellen – kunnskap skal overføres fra sykepleier til pasient slik at pasienten har grunnlag for å ta informerte valg (Hummelvoll, 2016). Dette har vi sett at er svært viktig for pasienten i bedringsprosessen. Å bli fratatt selvbestemmelse kan nemlig oppleves som nedverdiggende og ydmykende (Hummelvoll, 2016) og dermed ha en negativ innvirkning på bedringsprosessen. I følge Williams & Tufford (2012) kan sykepleiere enten fremme bedring gjennom håp og empowerment eller ha negativ innflytelse på pasientens bedring gjennom avhengighet av behandler og følelsen av håpløshet. Den moralske dimensjonen i Kari Martinsens omsorgsteori poengterer hvordan sykepleier innehar en form for makt når de står ovenfor en pasient som trenger hjelp. Måten man bruker makten på samt ens holdninger bak handlingene man utøver er avgjørende. I følge Martinsens relasjonelle dimensjon handler god omsorg om å bygge opp relasjoner der likeverdighet står i sentrum. Avhengighet behøver ikke å være en motsetning til selvhjulpenhet; det finnes en fin balansegang mellom å unnlate å handle på bakgrunn av pasientens autonomi og å overta for mye ansvar (Martinsen, 2003). Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) understreker også viktigheten av samarbeid mellom helsearbeider og pasient så langt det er mulig. Pasientens mening skal tillegges stor vekt ved utformingen av helsetilbudet (§ 3-1).

Målet med empowermentprosessen er at makten skal omfordeles fra fagpersoner til pasienter. Økt makt over eget liv kan føre til at pasienten kjenner på en mestringsfølelse (Gammersvik & Larsen, 2018). At sykepleier formidler håp og tro om at mestring er oppnåelig, kan være avgjørende for pasientens bedringsutsikter (Helsedirektoratet, 2013). Folkehelseloven peker også på betydningen av empowerment og hvordan god helse er mer enn fravær av sykdom. Evnen til å mestre hverdagens krav er et viktig aspekt ved helse. Sykepleierens funksjon i det helsefremmende arbeidet innebærer å hjelpe pasienten til mestring, gjennom læring og utvikling av kompetanse. Sentralt i Folkehelseloven er brukermedvirkning (Folkehelseloven, 2011). At sykepleier utviser en tillitsfull tro på pasienten og pasientens muligheter til å mestre eget liv, blir av mange pasienter lagt stor vekt på (Hummelvoll, 2016). Dessuten er personlig ansvar for eget liv viktig for bedringsprosessen (Soundy, Stubbs, Roskell, Williams, Fox & Cancampfort, 2015).

På den annen side opplever sykepleiere enkelte pasienter som apatiske og tilsynelatende umotiverte for å delta i egen behandling (Hummelvoll, 2016). Dette skyldes hovedsakelig de negative symptomene som mange med schizofreni opplever. Blant de vanligste symptomene ved schizofreni finner vi affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, mild apati, tendens til antisosial atferd og innskrenket taleevne (Johannessen, 2011). Dette vil antakelig gå ut over pasientens evne til å utvise engasjement og å fokusere over lengre tid. Man kan tenke seg at dette er med på å vanskeliggjøre empowermentprosessen, som krever ansvarstaking og egeninnsats fra pasienten.

### **5.1.3 Sosial kontakt**

Symptomene ved schizofreni gjør at pasientens verden preges av kaos og fordreininger (Skårderud et al., 2016), noe som påvirker personens evne til å møte kravene en stilles ovenfor (Hummelvoll, 2016). Det blir også mer utfordrende å forstå andres intensjoner da psykosen distanserer personen fra den felles menneskelige virkelighetsoppfatningen. Man kan bare forestille seg hvor forvirrende og skremmende dette kan kjennes for pasienten, men det leder ofte også til engstelse og usikkerhet hos personene som er rundt pasienten. Dette kan gjøre at folk distanserer seg (Skårderud et al., 2016). Ved sosialt samvær kan pasientene innse at egne tanker og slutninger ikke er de samme som andres, noe som leder til økt ensomhet (Hummelvoll, 2016). Frustrasjonsnivået hos pasientgruppen kan som følge av dette øke, - de har gjerne et intenst behov for kontakt, oppmerksomhet og forståelse, men samtidig er det mange pasienter som frykter nære relasjoner (Lorem & Hem, 2011). Det er altså en rekke faktorer som kan spille inn på hverandre og utgjøre en ”ond sirkel” av isolasjon og sykdomsforverring. Dette kan dessverre utfordre både sykepleier og pasient i den viktige relasjonsbyggingen som på sikt kan lede til bedring hos pasienten.

Videre kan symptomene ved schizofreni gjøre at sykepleier ikke evner eller ønsker å leve seg inn i pasientens virkelighet. En pasients opplevelse av at ens tanker og bekymringer ikke tas på alvor, men tvert imot anses som ”sinnsyk” kan imidlertid utgjøre en stor tilleggsbelastning for pasienten. Man kan spørre seg om hva slags forhold man kan forvente dersom det baseres på sykepleiers antakelser om at det pasienten sier og gjør ikke har noen mening (Lorem & Hem, 2011). En forutsetning for å kunne dekke pasientens behov og utvise god omsorg, er i følge Martinsens relasjonelle dimensjon at sykepleier engasjerer seg og viser interesse for pasienten (Martinsen, 2003). Sykepleier bør derfor arbeide seg rundt problemene ved å ta del i

og til en viss grad forstå pasientens verden ved å tålmodig og interessert arbeide seg frem til kontakt (Hummelvoll, 2016).

Alvorlighetsgraden ved schizofreni og det store ansvaret som følger med å behandle denne pasientgruppen, kan imidlertid gjøre at sykepleier, i motsetning til å vise nærhet, utviser manglende interesse for pasientens opplevelser. Dette kan skyldes at sykepleier forsøker å beskytte seg selv ved å opprettholde avstand fra pasienten (Lorem & Hem, 2011). En metaanalyse fant for eksempel at 75% av sykepleierne som deltok i studien mente at personer med schizofreni var uforutsigbare (De Jacq et al., 2016). Dette kan man tenke seg at kan føre til økt varsomhet hos sykepleier i møte med pasientgruppen. Dessuten kan vrangforestillinger ved schizofreni være svært uforståelige og vanskelige å sette seg inn i for menneskene rundt, inkludert for helsepersonell (Skårderud et al., 2016). Et amerikansk studie fant at bekreftelse, uten nødvendigvis å forstå pasientens virkelighet, kunne styrke forholdet til pasienten. Kontakt mellom sykepleier og pasient med schizofreni var oppnåelig dersom sykepleiers atferd var bekreftende og samtidig engasjerte pasientene. Dette kunne være ved bruk av en type nonverbal atferd som opplevdes som inviterende ovenfor pasientene, for eksempel ved å sitte fremoverlent og med en åpen kroppsholdning. Videre burde sykepleier bekrefte det pasienten sier, for eksempel ved hjelp av å nikke og smile anerkjennende. Sykepleier oppnådde også i større grad å skape kontakt gjennom tidvis overdrevent verbalt språk. Denne måten å kommunisere på bidro til å styrke sykepleier-pasient-forholdet (Pounds, 2010).

På den annen side viser studien til Lorem og Hem (2011) at man ikke nødvendigvis trenger å uttrykke at man forstår pasienten for å oppnå god kontakt. Én av sykepleierne i studien var nemlig ærlig med pasienten sin, og forklarte at han snakket så fort at hun ikke klarte å henge med på det han sa. Pasienten responderte med at sykepleier hadde rett, og anerkjente at hun gjorde en innsats for å forstå ham. Mange pasienter verdsetter nemlig såkalt autentisk nærhet – at helsepersonellet har vært nær på en ekte og medmenneskelig måte (Røkenes & Hanssen, 2017). Studien til Lorem & Hem illustrerer hvordan pasientene verdsetter sykepleiers genuine forsøk på å forstå av dem, til tross for at sykepleier ikke nødvendigvis lykkes i å leve seg inn i pasientens virkelighet.

## **5.2 Sykepleietiltak som kan styrke relasjonen og fremme bedring**

Til tross for at kjennetegnene ved schizofreni kan gjøre relasjonsbyggingen utfordrende, finnes det konkrete tiltak som sykepleier kan arbeide med for å styrke relasjonen. Det viser seg nemlig at sykepleiers atferd kan spille en viktig rolle i relasjonsbyggingen, og dermed også i pasientens bedring. Studien til Soundy et al. (2015) fant det avgjørende at pasienten hadde omsorgspersoner rundt seg som var villige til å lytte, akseptere og forstå pasientene. Selv små omsorgsgester kan utgjøre en forskjell for pasientene. Sykepleietiltakene som kommer tydeligst frem i den inkluderte litteraturen er en omfordeling av makten fra sykepleier til pasient, sykepleiers holdningsendring og å se mennesket fremfor en diagnose.

### **5.2.1 Omfordeling av makt**

Kari Martinsens moralske dimensjon understreker betydningen av solidaritet med pasienten i enhver håndtering av makt. Sykepleier står i en overlegen posisjon ovenfor den hjelpetrengende pasienten, og det er avgjørende at sykepleiers holdninger er gode for å skape en god relasjon med pasienten (Martinsen, 2003). Dette fordi pasienter verdsetter profesjonelle hjelpere som deler makt (Hummelvoll, 2016), og fordi vi vet at en omfordeling av makt fra fagpersoner til pasienter kan gi pasienten økt mestringsfølelse (Gammersvik & Larsen, 2018). Dersom pasienten derimot har en følelse av manglende kontroll kan det lede til angst. Dessuten kan det å bli fratatt selvbestemmelse ofte oppleves som nedverdiggende og ydmykende (Hummelvoll, 2016). Pasienten skal hjelpes til å styrke ens ressurser slik at deres fulle kapasitet kan utnyttes, og pasienten kan på den måten gjenvinne makten og styringen over eget liv (Askheim, 2019).

### **5.2.2 Holdningsendring**

Flere pasienter med schizofreni opplever å bli møtt med stor pessimisme fra fagfolk preget av manglende engasjement og tro på bedring (Borg & Topor, 2011). Til tross for at de store psykiatriske institusjonene i dag er nedbygd, ser man fortsatt at enkelte holdninger er forankret i institusjonaliseringsperspektivet. Soundy et al. (2015) fant at faktorer som stigmatiserende opplevelser og følelsen av håpløshet, hemmer bedringsprosessen. Samtidig fant Williams & Tufford (2012) at pasienter ble negativt påvirket dersom sykepleier uttrykte lite bedringshåp. Like viktig og potensielt skadelig som det man uttrykker verbalt til pasienten, er sykepleiers kroppsspråk. Stemmebruk, ansiktsuttrykk, ordvalg, bevegelser og kroppsholdning har et komplekst samspill som potensielt kan føre til fenomener som tillit

eller mistillit, anerkjennelse eller avvisning og makt eller avmakt (Thorsnes et al., 2019). Persepsjonsprosessen vår innebærer en tendens til stereotypering, og eventuelle dårlige holdninger hos sykepleier kan skinne gjennom til pasienten. Alt som skal til for å bryte ned motivasjon og gjennomføringsevne hos pasienten, er en kritisk bemerkning eller et skeptisk blick. Derfor er det svært viktig at sykepleier, særlig i arbeidet med en pasientgruppe som er så utsatt for stigmatisering, legger eventuelle fordommer til side (Eide & Eide, 2017).

En holdningsendring kan være helt avgjørende for pasientenes bedringsutsikter. Som den anerkjente sosiologen Goffman påpeker, er vår identitet og væremåte i stor grad avhengig av gjensvaret vi får fra omverdenen. Vi innfrir til omgivelsenes forventinger til oss – og dette blir til slutt det vi tenker om oss selv også. Defineres vi som avvikende og psykisk syke risikerer vi altså å tilegne oss en slik definisjon av oss selv. Fokuset blant mange fagfolk rettes fremdeles i stor grad på symptomer og medisiner framfor på pasientens tanker og spørsmål, som kan risikere å bli avfeid og ”patologisert” (Borg & Topor, 2011). Med dette forsvinner også personens drømmer, livserfaringer og ressurser som det går an å bygge på og samarbeide ut fra (Hummelvoll, 2016). Sykepleier bør spørre seg om de møter personer som er ”annerledes” med den samme omsorgen og respekten som man møter andre på. Her er faren spesielt stor for pasienter med schizofreni; personer med psykisk sykdom risikerer nemlig dårligere behandling enn mange andre grupper (Eide & Eide, 2017). En metaanalyse fant at sykepleiers holdninger til pasienter med schizofreni var mer negative enn til pasienter med andre psykiske lidelser, som for eksempel de med alvorlig depresjon. Dessuten ønsket 80% av sykepleierne i studien sosial avstand fra personer med schizofreni (De Jacq et al., 2016). For at sykepleier skal ha den viktige rollen i behandlingen – som aktør i brukerens prosjekt – må det tas et oppgjør med disse usunne og gammeldagse holdningene (Borg & Topor, 2011). Det er imidlertid slik at en holdningsendring har en tendens til å ta tid. Sykepleier kan ikke ta det for gitt at pasienten møter et helsevesen uten fordommer. Derfor er det i følge Hummelvoll (2016) viktig at sykepleier arbeider for at pasienten skal utvikle en motstandskraft mot stigma, og samtidig deltar aktivt i å bekjempe det.

Dårlige holdninger hos sykepleier står potensielt i veien for pasientens bedring. Som sykepleiere har vi et yrkesetisk ansvar for å opptre på en måte som fremmer helse og forebygger sykdom. Hjelpen som gis skal, i følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, være omsorgsfull og understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2.1, 2.2 & 2.9). Lorem & Hem (2011) ønsket i sitt studie å undersøke hva

som kunne lede til forutinntattheten blant mange sykepleiere. De fant at mangel på innsikt i pasientenes sykdomssituasjon var en viktig faktor. Dersom sykepleier får ytterligere erfaring med pasienter i psykose, kan det gjøre det enklere for dem å se verden fra pasientens perspektiv. Dette kan lede til en holdningsendring blant sykepleiere. Disse resultatene underbygges av et annet studie, der man fant at sykepleiere som arbeidet med pasienter med schizofreni anså pasientene som mindre farlige enn det sykepleiere som ikke arbeidet med denne pasientgruppen gjorde (De Jacq et al., 2016). Erfaring med den gjeldende pasientgruppen er altså et nyttig virkemiddel i arbeidet med å redusere fordommer blant sykepleiere. Resultatene fra forskningsartiklene støttes av den praktiske dimensjonen i Kari Martinsens omsorgsteori. I følge Martinsen innebærer omsorg en forståelse for andre som tilegnes gjennom erfaringer og samvær med den andre. Vi kan som medmennesker forstå den syke fordi våre dagligliv har mange likhetstrekk. Hun utdyper at vi må se den andres situasjon i størst mulig grad fra pasientens synspunkt, slik at vi kan forstå personen ut ifra dens ressurser og begrensninger. På den måten kan vi tilby pasienten best mulig omsorg og hjelp (Martinsen, 2003). I et japansk studie fant de at mange sykepleiere som manglet erfaring med pasienter med schizofreni, ble overrasket da de så hvor godt pasientene klarte seg i dagliglivet. I utgangspunktet hadde sykepleierne mange fordommer mot pasientgruppen, og trodde for eksempel at de var helt avhengige av hjelp fra andre i dagliglivet. Erfaringer med pasientgruppen ledet imidlertid til en holdningsendring hos mange av sykepleierne, og erfaringene gjorde at de følte seg mer på bølgelengde med pasientene sine. De så i større grad pasientene som unike individer, akkurat som dem selv. Én sykepleier mente at hun på bakgrunn av sine nye erfaringer kunne snakke mer oppriktig med pasientene uten å trække så varsomt (Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki, 2010).

### **5.2.3 Avgjørende å se forbi diagnosen**

Det er tydelig at diagnosen schizofreni kan ha en tendens til å hindre sykepleier i å bli kjent med pasienten. Målet bør være å forstå "hele mennesket" så langt det lar seg gjøre. En slik holistisk tilnærming bygger på at pasienter skal betraktes som medmennesker og likeverdige samarbeidspartnere i behandlingen deres (Brinchmann, 2016). Det er viktig å klare å se forbi en diagnose. I studien til Williams & Tufford fant de at personer med schizofreni satte stor pris på fagfolk som var observante og som klarte å se "hele mennesket". Disse sykepleierne klarte å balansere behandling av en lidelse med det å se mennesket bak lidelsen. Et holistisk perspektiv blir høyt verdsatt av pasienten, der sykepleier klarer å se pasientene deres i lys av

deres nettverk av mennesker, interesser og aktiviteter som ikke var knyttet til sykdommen (Williams & Tufford, 2012). I denne sammenheng kan det være viktig med personorientert kommunikasjon, der sykepleier forholder seg åpen og anerkjennende til pasienten. På den måten anerkjenner man og forsøker å forstå pasientens perspektiv, samtidig som at man sammen når frem til enighet og deler på makten (Eide & Eide, 2017). Personorientert kommunikasjon, der fokuset ligger på pasienten som et unikt individ, kan tenkes å være særlig viktig for denne pasientgruppen. Schizofreni omtales som nevnt som en gruppe lidelser der symptomer og sykdomsforløp varierer stort (Borg & Topor, 2011). Man kan altså ikke ta det for gitt at pasienter med schizofreni som man har behandlet tidligere, står ovenfor de samme utfordringene som fremtidige pasienter. Derfor kan det være spesielt viktig at sykepleier stiller med blanke ark ved nye møter med pasienter med schizofreni. Dette kan personorientert kommunikasjon og en holistisk tankegang muligens bidra til.

Videre ser man at pasienter oppgir at sykepleiere som i størst grad har hjulpet dem, har hatt et svært fleksibelt syn på grensene mellom frisk og syk, samt grensene mellom pasient og personale (Borg & Topor, 2011). Dette understreker betydningen av å møte pasienter med ekte interesse og forsøke å forstå personens unike erfaringer, samtidig som at man unngår å kategorisere trekk som personen har til felles med andre pasienter. I studien til Williams & Tufford (2012) fant de at pasienter så det som svært betydningsfullt at sykepleier førte samtaler om livet generelt, og at ikke alt fokus hele tiden lå på sykdommen. En slik atferd gjorde at pasientene i større grad følte seg anerkjent og sett som mennesker, og ikke kun redusert til en lidelse. Dette kunne i seg selv ha en betydningsfull terapeutisk effekt.



## 6 Konklusjon

En god relasjon mellom sykepleier og pasient bør som vi har sett preges av pasientmedvirkning og tillit mellom sykepleier og pasient. Vi har både en lovpålagt plikt til å skape et godt samarbeid med pasienten (Folkehelseloven, 2011), samt yrkesetiske retningslinjer som peker på at sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot (Norsk sykepleierforbund, 2.1, 2.2 & 2.9). Det er imidlertid flere ting som kan stå i veien for en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Mange personer med schizofreni opplever symptomer som kan gjøre samarbeid med andre mennesker utfordrende. Tillit er vanskelig å skape dersom pasienten utviser mistenksomhet ovenfor sykepleieren, og empowerment vil være vanskelig å sikre uten samarbeid og engasjement fra pasienten.

Det viser seg likevel at på tross av de utfordrende symptomene ved schizofreni, er det flere områder sykepleier kan fokusere på som vil kunne bidra til en god relasjon og mer positive bedringsutsikter for pasienten. Vi kommer langt med å legge fordommer og usunne holdninger til side, og se pasienten som et unikt individ på lik linje med oss selv. Som det kommer frem av Kari Martinsens omsorgsteori, har vi som medmennesker forutsetning for å forstå den syke fordi våre dagligliv har mange likhetstrekk (Martinsen, 2003). Ulike studier har vist oss at mange sykepleiere opplever en holdningsendring gjennom økt erfaring med pasientgruppen. Det er dessuten flere som peker på endringer i menneskers forventning til bedring som en av årsakene til de stadig mer optimistiske bedringsutsiktene ved schizofreni. Vi har i denne oppgaven hørt at mennesker har en tendens til å innfri til omgivelsenes forventninger av oss. Dersom sykepleier forventer bedring fra pasienten, og samtidig legger til rette for dette gjennom et oppgjør med usunne holdninger, ser pasienter som likeverdige individer og arbeider for en god maktfordeling mellom sykepleier og pasient, kan man tenke seg at mye kan ligge til rette for bedring.

## 7 Referanseliste

- Askheim, O. P. (2019). Pasientopplæring i det helsepolitiske landskapet. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.). *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Borg, M. & Topor, A. (2011). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Brataas, H. & Evensen, A. E. (2019). Modell for pasientundervisning. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.). *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De Jacq, K., Norful, A.A. & Larson, E. (2016). The Variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 30(6), 788-796.  
<https://10.1016/j.apnu.2016.07.004>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Gammersvik, Å. & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (2. utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Glynn, S. M. (2014). Bridging Psychiatric Rehabilitation and Recovery in Schizophrenia: A Life's Work. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 17, 214-224.  
<https://10.1080/15487768.2014.935668>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>

Helsedirektoratet. (2018). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hummelvoll, J.K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag.

Johannessen, J. O. (2011). Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.). *Schizofreni* (4. utg.). Stavanger: Hertervig Akademisk.

Karlsson, B. & Borg, M. (2018). *Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karlsson, B. & Kim, S. H. (2015). *Sykepleie i kommunalt og psykisk helse- og rusarbeid: En studie om sykepleiers rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid* (Senter for psykisk helse- og rusarbeid rapport 16/2015). Hentet fra <file:///Users/hemidtbo/Downloads/SFPR-Forskningsrapport%20nr.16-2015.pdf>

- Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N. & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 102-109. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x>
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorem, G. F. & Hem, M.H. (2011). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114-122. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Otta: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-2018-06-15-38. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pounds, K. G. (2010). Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 770-774. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.518337>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2016). *Psykiatriboken* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S. E., Fox, A. & Cancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of mental health*, 24(2), 103-110. <https://10.3109/09638237.2014.998811>
- Svartdal, F. (2018). *Holdning*. Store norske leksikon. Hentet fra <https://snl.no/holdning>
- Thorsnes, S. L., Rønning, A. B. & Brataas, H. V. (2019). Pasientveiledning og yrkesfaglig veiledning. I H. Brataas, A. E. Evensen & K. Ingstad (Red.). *Pedagogisk praksis i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ververda, J. & Bjørnstad, M. M. (2018). Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni. *Sykepleien*, 106(65895). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895>
- Williams, C. C. & Tufford, L. (2012). Professional Competencies for Promoting Recovery in Mental Illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 75(2), 190-201. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.190>