



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 179**

---

**Eksamensnavn: SYBA3900**

---

**Dato: 16.03.2017**

---

**Klasse: 3A**

---

**Kull: 2014**

---

**Antall ord: 10397**

---

***”Relasjonsbygging mellom sykepleier og menneske i psykose”***

BØNN(IKON)

Vi ber ikke om utskrifter

Forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke engang om overbevisninger

Vi ber om å blitt sett av en annen

Vi ber om et ansikt

Stein Mehren, *I Nattmaskin – dikt.*

Aschehoug 2007.

**TITTEL:**

Relasjonsbygging mellom sykepleier og menneske i psykose.

**SAMMENDRAG**

**Bakgrunn for oppgaven:**

Sykepleie bygger på grunnleggende prinsipper som omhandler empati, respekt og likeverd. Jeg har lenge interessert meg for psykiatri, og gjennom denne oppgaven vil jeg se på relasjonen mellom sykepleier og menneske i psykose.

**Problemstilling:** *Hvordan kan sykepleier fremme en trygg relasjon til mennesker i psykose?*

**Metode:** Denne oppgaven bygger på et litteraturstudium som metode. Den omfatter litteratur som er fra fagbøker, tre forskningsartikler og historier fra en selvbiografi skrevet av en kvinne som selv har opplevd psykoser.

**Oppsummering**

Funn som kommer frem gjennom denne oppgaven belyser viktigheten av at sykepleier møter mennesket med likeverd og respekt, og hvor mye dette har å si for videre samarbeid og behandling. Det å kommunisere med mennesker i psykose kan være utfordrende, da personen ofte kan ha nedsatt konsentrasjonsevne og lett la seg distrahere. Sykepleier må ha kunnskap om hvordan hun kan møte denne pasientgruppen. Det er vesentlig at pasienten blir møtt med forståelse og anerkjennelse, for å føle trygghet og tillit til sykepleieren. Det å la pasienten delta i behandlingen, vil ha betydning for hvordan han mestrer sin livssituasjon.

**Nøkkelord:** *Relasjon, sykepleier, psykose, trygghet*

(191 ord.)

## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	5
1.1 Presentasjon av problemstilling .....	5
1.2 Avgrensning av oppgaven .....	5
1.3 Definisjon av begreper i problemstillingen .....	6
1.3.1 <i>Sykepleie</i> .....	6
1.3.2 <i>Trygghet</i> .....	6
1.3.3 <i>Relasjon</i> .....	6
1.3.4 <i>Psykose</i> .....	7
1.4 Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2.0 HVA ER METODE?</b> .....	8
2.1 Litteraturstudium som metode .....	8
2.2 Forskningsetikk .....	8
2.3 Kvantitative og kvalitative metoder .....	9
2.4 Søk av forskningsartikler .....	10
2.5 Valg av litteratur .....	11
2.6 Kildekritikk .....	11
2.7 Presentasjon av forskningsartikler .....	12
<b>3.0 TEORI</b> .....	14
3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori .....	14
3.1.1 <i>Menneske – til – menneske – forhold</i> .....	14
3.2 Sykepleierens rolle i psykisk helsearbeid .....	16
3.3 Relasjonsbygging .....	17
3.4 Kommunikasjon .....	18
3.5 Hva er psykose og hvilke utfordringer kan oppstå? .....	19
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	23
4.1 Å se personen bak symptomene .....	23
4.2 Kommunikasjon med mennesker i psykose .....	25
4.3 Relasjonsbygging med mennesker i psykose .....	27
4.4 Brukermedvirkning .....	29
<b>5.0 AVSLUTNING</b> .....	32
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	34
<b>Vedlegg</b> .....	37

## 1.0 INNLEDNING

Både i praksis og på jobb har jeg observert at relasjonen mellom pleier og pasient har mye å si for pasientens hverdag og bedringsprosess. Alle mennesker har behov for å bli møtt med respekt, empati og medfølelse. Dette er vesentlig i sykepleie da de grunnleggende prinsippene bygger på omsorg, varme, respekt og et likeverdig forhold mellom pleier og pasient. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier har kunnskap om relasjonsbygging og betydningen av denne for videre behandling.

Studier viser at mennesker som har vært igjennom psykotiske kriser vil ha utbytte av trygghet og det å vite at noen er der for dem. Flere forteller at de gjennom en psykotisk episode kunne ønske at de fikk mer kontakt og omsorg (Bjørger, D., Storvold, A., Norvoll, R. & Husum, T. L., 2014).

Jeg har lenge visst at jeg ville skrive en bacheloroppgave som omhandlet psykiatri, da dette er et område som jeg finner interessant. Jeg har ingen særlig erfaring fra praksis med mennesker som opplever en psykose, men opplevde dette nylig i nær familie. Jeg la da merke til viktigheten av en trygg relasjon mellom pleier og pasient, og hvor mye dette har å si for pasientens hverdag. Gjennom denne oppgaven vil jeg belyse viktigheten av kommunikasjon og relasjon, og måten dette blir praktisert i møte med mennesker i psykose.

### 1.1 Presentasjon av problemstilling

*Hvordan kan sykepleier fremme en trygg relasjon til mennesker i psykose?*

### 1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på fenomenet psykose, uavhengig av diagnose. Behandlingen av mennesker i psykose er sammensatt og omfatter blant annet medikamenter, miljøterapi, familiesamarbeid, pårørendeperspektiv og videre behandling i nærmiljøet. I denne oppgaven har jeg avgrenset til å rette fokuset kun mot relasjonsbyggingen mellom pleier og pasient, og ikke videre behandling som også kunne vært sentralt.

Med tanke på oppgavens omfang har jeg ikke utdypet hva ego-støttende sykepleie er, men det blir omtalt der jeg fant det aktuelt. Jeg har også valgt å ikke omtale trygghet i et eget punkt i teoridelen, da jeg ser på dette som kjernen i relasjonen, og at det gjennomgående i besvarelse søkes å nå et mål om opplevelsen av trygghet. Fokuset i oppgaven bygger derfor på

mennesket i psykose sin opplevelse av trygghet i forhold til sykepleieren, for å kunne legge til rette for å danne en relasjon.

I oppgaven har jeg fokuset på Joyce Travelbees teori, og hennes betydning av mennesket – til – menneske – forhold, sykepleiers rolle i det psykiske helse arbeid, betydningen av kommunikasjon, og møte med mennesket i psykose. Det jeg kunne skrevet mer om, men som ble minsket ned grunnet omfanget til oppgaven er viktigheten av det tverrfaglige behandlingsopplegget for pasienten. Det at pasienten blir møtt på forholdsvis lik måte gjennom døgnet vil holde rammene trygge. Videre kunne jeg skrevet mer om viktigheten av at sykepleier er reflektert over egne holdninger og atferd.

I visse setninger avgrensner jeg til at sykepleier blir omtalt som ”hun” og pasient som ”han”.

### **1.3 Definisjon av begreper i problemstillingen**

#### **1.3.1 Sykepleie**

Jeg velger å skrive om Joyce Travelbees definisjon på sykepleie. Da jeg senere i oppgaven vil skrive om hennes menneske – til – menneske - forhold.

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene.” (Travelbee 2010, s. 27).

#### **1.3.2 Trygghet**

Begrepet trygghet har ingen klar definisjon, men alle mennesker har en tilknytning til begrepet. Trygghet er noe som danner seg i samvær med andre, den er relasjonell og står alltid i forhold til noe (Kristoffersen, 2014). I denne oppgaven velger jeg å ta utgangspunkt i at begrepet trygghet omhandler det å føle seg sett og hørt, og at man kjenner en tillit til andre.

#### **1.3.3 Relasjon**

I dagligtale brukes begrepet relasjon ofte om forbindelsen mennesker har mellom hverandre. I boken til Eide og Eide (2012) definerer de begrepet relasjon om den enkelte pleiers forhold til pasienter, pårørende, og kolleger. Man kan skille mellom private og profesjonelle relasjoner. Private relasjoner er ofte kjennetegnet ved sterke følelsesmessige bånd og gjensidighet. De er ikke begrenset av tid og sted. Profesjonelle relasjoner kjennetegnes ved asymmetri og ensidighet. Det er en som gir omsorg, uten at den forventer å få noe tilbake (Kristoffersen, Nortvedt 2014).

#### **1.3.4 Psykose**

Psykose kan defineres som en tilstand der man har realitetsbrist knyttet til fortolkning av omgivelser, egne tanker og opplevelser (Løberg & Johnsen, 2016). Hummelvoll (2012) skriver at mennesker som er i en psykose opplever hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring. Psykosen er individuell, og personen forsøker å mestre sin indre og ytre opplevelse så godt han/hun klarer (Hummelvoll 2012).

#### **1.4 Oppgavens oppbygning**

Oppgaven er som vist i innholdsfortegnelsen delt opp i fem deler. I den andre delen vil jeg ta for meg fremgangsmåten, der jeg forteller om metode, søkeprosess, forskningsetikk, valg av litteratur, kildekritikk og en kort presentasjon av forskningsartikler som jeg har funnet. I kapittel tre vil jeg belyse litteratur som er det faglige grunnlaget for drøftingen. Jeg ser på Joyce Travelbees perspektiv om relasjonsbygging, sykepleierens rolle i psykisk helsearbeid, kommunikasjon og hva psykose er. I kapittel fire vil jeg ta for meg funn i forskningsartikler og drøfte disse opp mot funn fra litteraturen. Det settes fokus på å se personen bak sykdommen, kommunikasjon, brukermedvirkning og relasjonsbygging. Til slutt vil jeg oppsummere funn, og besvare oppgavens problemstilling.

## 2.0 HVA ER METODE?

Dalland (2014) beskriver at metoden viser oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å få tak i kunnskap på en best mulig måte. Han siterer sosiologen Aubert (Dalland 2014, s. 111):

”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.”

Valget av én bestemt metode avhenger av at den metoden vi velger belyser det vi vil oppnå på en faglig interessant måte. Metoden kan bli sett på som et hjelpemiddel for å få tak i den informasjonen vi er ute etter (Dalland, 2014).

### 2.1 Litteraturstudium som metode

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudium som metode. Det har jeg valgt på bakgrunn av at jeg mener det vil være en fremgangsmåte som vil kunne gi svar på problemstillingen, ved at jeg bruker forskningsartikler som belyser temaet jeg har valgt. Hvis jeg skulle valgt en empirisk metode hvor jeg utøver forskning, måtte jeg stilt ideen ovenfor en komite, og det er strengere etiske retningslinjer for å gjennomføre undersøkelser med mennesker. I henhold til skolen anbefalinger har jeg derfor forholdt meg til et litteraturstudium som metode. Et litteraturstudie bygger på systematisert kunnskap fra skriftlige kilder og sekundærdata – informasjon man får fra blant annet bøker, databaser og tidsskrifter (Thidemann, 2015). Målet ved et litteraturstudium er å kritisk granske litteratur som allerede finnes, få en forståelse av kunnskapen og på den måten kunne sammenfatte litteraturen og besvare problemstillingen (Thidemann, 2015).

### 2.2 Forskningsetikk

Som sykepleier er det grunnleggende viktig å ha kunnskap om forskningsetikk. Man kan selv få tilbud om å være med i en forskning, være en forsker, benytte oss av forskning eller veilede pasienter som skal være med i forskning (Slettebø, 2014). Forskning er nødvendig for å tilegne ny kunnskap, men det er viktig å være kjent med de forskningsetiske prinsippene for å få god forskning til sykepleie og medisin (Slettebø, 2014). Helsinkideklarasjonen er sentral innenfor forskning på og om mennesker og bygger på Nürnbergkodeksen fra 1946. Gjennom Helsinkideklarasjonen er det utviklet anbefalte retningslinjer innenfor forskningsetikk, et av de viktigste prinsippene er at forskningen ikke skal skje på bekostning av menneskets integritet og helse, og at hensynet til individet skal gå foran hensynet til forskningen og



samfunnet (Slettebø, 2014). Andre forskningsetiske prinsipper omhandler informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet, Sykepleierens Samarbeid i Norden har utformet retningslinjer som bygger på de biomedisinske etiske prinsippene autonomi, ikke-skade, velgjørenhet og rettferdighet (Slettebø, 2014). I Norge har kunnskapsdepartementet etablert en rekke forskningsetiske komiteer. Disse komiteene har utviklet visse etiske retningslinjer, og de kan gi råd og veiledning om forskningsetiske spørsmål som omhandler de etiske normer og verdier som mange i samfunnet aksepterer (Dalland, 2014).

Dette er en litteraturoppgave, og jeg har foretatt etiske overveielser i valg av forskningsartikler og litteratur. Dette har jeg gjort ved at alle sitater og all litteratur jeg har brukt er referert til kildehenvisning, og oppgaven følger skolens retningslinjer for oppgaveskriving. I følge Dalland (2014) handler etiske overveielser om å være bevisst på at den nye kunnskapen som kommer av forskningen skal være til nytte for noe, og i hvilken grad de involverte i forskningen kan ha utbytte av å være inkludert. I artiklene jeg har valgt har forskerne selv tatt egne etiske overveielser, de har utformet informasjonsskriv om forskningen, og gitt deltakerne i studien valget om å delta eller ikke. De har sørget for at all informasjon som kom ut av intervjuene er utilgjengelig for andre. Deltakerne ble også informert om hensikten med studiet. I artikkelen skrevet av Randi Tofthagen (2004) og Marianne Wyder, Robert Blend m.fl. (2015) er det et underkapittel som omhandler etiske hensyn.

### **2.3 Kvantitative og kvalitative metoder**

Det kan skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder innen forskning på, og om mennesker. Kvantitative metoder bygger på å samle informasjon i form av målbare enheter, mens de kvalitative metodene har som formål å fange opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2014).

De forskningsartiklene jeg har valgt å bruke i denne oppgaven bygger på kvalitative forskningsintervjuer. Et kvalitativt forskningsintervju har som mål å sette seg inn i intervjupersonenes syn på verden, og å få frem erfaringer og deres opplevelse av hvordan de opplever verden (Dalland 2014, s 48). Jeg har valgt å fokusere på kvalitative artikler, da de vil gi dypere svar enn de kvantitative artikler gjør. Jeg fant ingen kvantitative artikler som ga interessante funn med tanke på problemstillingen. Ved å bruke de kvalitative artiklene jeg fant vil jeg få et bredere perspektiv på sykepleierens og pasientens opplevelser, og ut ifra det finne

en tendens til hvordan sykepleie kan utøves. Gjennom en slik besvarelse kan man ikke generalisere, men det kan være at noen kjenner seg igjen i det funnene viser. Det er fortsatt grunnleggende viktig at man som sykepleier sørger for å se mennesket og behandle det individuelt.

## 2.4 Søk av forskningsartikler

For å finne relevante forskningsartikler til mitt litteraturstudie søkte jeg i databasene; Swemed+, Cinahl og PsycINFO. Jeg tok utgangspunkt i problemstillingen og laget et PICO-skjema, som er vedlagt i oppgaven. På Swemed+ kombinerte jeg søkeordene "Nursing" "Psychosis" og "Interpersonal relations". Resultatet ble 17 artikler. Jeg valgte deretter å avgrense til at artiklene skulle være "peer reviewed" og resultatet jeg fikk var da 4 artikler. Jeg så igjennom overskriftene, og leste abstraktet til artiklene, og valgte den jeg mente var mest relevant: *"Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?"*. Skrevet av Randi Tofthagen, publisert i *Vård i Norden* i 2004.

Jeg brukte de samme søkeordene i Cinahl, men var ikke fornøyd med resultatene. Jeg valgte derfor å bruke søkeordene: "Nursing" "Communication" og "Psychiatric patients". Resultatet ble 84 artikler. For å avgrense kombinerte jeg søket med søkeordet "Nurse-patient relations". Det ble da 55 treff, jeg avgrenset søket igjen ved å skrive at artikkelen skulle være nyere enn fra 2005. Resultatet ble 45 treff. Jeg leste igjennom overskriftene og noen av abstraktene og fant; *"What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use"*. Skrevet av Imani Gunasekara, Tina Pentland, Tracey Rodgers og Sue Patterson. Publisert i *International Journal of Mental Health nursing* i 2013.

På PsycINFO brukte jeg søkeordene "Nursing" "Psychosis" "Interpersonal relations". Resultatet ble 249 artikler. Jeg avgrenset først med at artiklene skulle være nyere enn 3 år, da ble resultatet 45 artikler. Da jeg avgrenset med "Peer reviewed" var resultatet 40 artikler. Jeg leste igjennom overskriftene og abstraktene til de jeg mente var mest relevant. Men endte til slutt med artiklene; *"Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward"*. Skrevet av Marianne Wyder, Robert Bland, Andrew Blythe, Beth Matarasso og David Crompton. Publisert i *International Journal of Mental Health Nursing* i 2015.

## 2.5 Valg av litteratur

I et litteraturstudie tar man utgangspunkt i litteraturen og det er valg av litteratur som bidrar til at man kan svare på problemstillingen (Dalland, 2014). I tillegg til skolens pensumbøker har jeg lest andre bacheloroppgaver og ut ifra disse sett hvilken litteratur andre har brukt. Jeg plukket opp noen av forfatterne og søkte på Oria som er en database som har oversikt over alle bøkene til Høgskolen i Oslo og Akershus bibliotek. I tillegg til dette fikk jeg råd av veilederen min om noen forfattere og bøker som var relevante, som jeg også søkte opp disse i Oria for å få tilgang til bøkene. Jeg har også valgt å lese boken til Arnhild Lauveng ”Unyttig som en rose” for å få innblikk i hvordan menneske i psykose kan oppleve sin situasjon.

## 2.6 Kildekritikk

Kildekritikk vil si at jeg selv skal kritisere den litteraturen jeg har brukt i oppgaven. På den måten vil leseren kunne delta i mine egne refleksjoner rundt valget av litteratur (Dalland, 2014).

Noe av litteraturen jeg har valgt å bruke overskrider ti år, noe som ikke er optimalt, men jeg mener de fortsatt har en relevans med tanke på oppgaven. Boken til Lindström er fra 2003, men jeg har valgt den fordi hun belyser sykepleiers rolle som er relevant den dag i dag. Boken til Lysnes er fra 1982, som vil si at den er 35 år i år, men den beskriver psykiatriens historie, noe som ikke har endret seg siden den gang. Artikkelen skrevet av Randi Tofthagen er publisert i 2004, den har jeg valgt fordi jeg mener den fortsatt er relevant og belyser viktigheten av trygge relasjoner.

Jeg har i hovedsak valgt å bruke primærkilder i oppgaven. Sekundærlitteratur er bearbeidet og kan ofte føre til at den egentlige informasjonen er fortolket og at budskapet til den opprinnelige forfatteren er endret (Dalland, 2014). Boken til Travelbee er oversatt til dansk, og kan derfor gi noen svakheter ved oversettelse. Jeg har derfor brukt Kristoffersen, N.J. (2014) sin bok til å underbygge litteratur jeg har funnet.

Artiklene jeg har valgt er peer reviewed. Ved dette menes det at artiklene jeg er sikker på at de er kvalitetssikret. Peer reviewed eller fagfelleevaluering som det heter på norsk, vil si at artiklene blir vurdert av eksperter innenfor fagområdet. Det er strenge krav om innhold og form som må godkjennes før det blir publisert i et vitenskapelig tidsskrift (Dalland, 2014).

## 2.7 Presentasjon av forskningsartikler

”What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use.”

Skrevet av Imani Gunasekara, Tina Pentland, Tracey Rodgers og Sue Petterson, publisert i *Journal of Mental Health Nursing* i Australia i 2013.

Denne forskningsartikkelen tar utgangspunkt i hva som kreves for å bli en utmerket psykiatrisk sykepleier, og er gjennomført i Brisbane i Australia. Studien har et kvalitativt design som bygger på et intervju med tjue mennesker som tidligere har vært innlagt på en psykiatrisk avdeling. Seks erfarne psykiatriske sykepleiere deltok i studien etter at data var analysert, for å diskutere innholdet og gi tilbakemeldinger. Intervjuet med brukerne bygget på et ustrukturert intervju, med to brede hovedspørsmål; Hvilke faktorer gjør en psykiatrisk sykepleier fantastisk? Og hva kan gjøres bedre?. Intervjuene varte fra tre til femten minutter. Brukerne var alle enige om at de som er innlagt må bli behandlet med medfølelse og føle at de får omsorg. De ønsker at pleierne skal være interessert i hver enkeltes håp, ambisjoner, mål og styrker. Brukerne ønsker å bli mer sett og være mer involvert i behandlingen. Konklusjonen i artikkelen er at de små tingene kan gjøre at brukerne føler seg tryggere, og at miljøet for bedring vil øke.

“Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?”

Skrevet av Randi Toftehagen og publisert i *Vård i Norden* i 2004.

Dette er en kvalitativ studie gjennomført i Norge som tar for seg hva det innebærer for den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon til mennesker i psykose. Ni sykepleiere som jobber på en akuttpsykiatrisk avdeling ble intervjuet, hvorav seks stykker hadde videreutdanning i psykiatri. Intervjuene varte i ca. 1 time. Et kjernesporsmål i studien er hvilken kunnskap sykepleierne benytter seg av i møte med mennesker i psykose. Data i artikkelen er analysert ved hjelp av Kvaales fortolkningsnivåer; selvforståelse, kritisk common sense og teoretisk tolkning. Studiet bygger på teorigrunnlag fra studier gjort av Mellow, Peplau, Lindstrøm og Hummelvoll. Funnene viser at sykepleier bruker tid, evne og vilje til å skape en dialog med mennesker i psykose. De ser på det som sitt ansvar å skape en relasjon med pasienten, og bruke tid på å skape en tillitsrelasjon. Videre formidler de at de diskuterer med kolleger for å få råd hvis de synes det er vanskelig å skape en relasjon til pasienten. Konklusjonen i artikkelen er at målet ved den hjelpende relasjon er å forstå mennesket bak

psykose, skape tillit og vise medmenneskelighet. Sykepleierne må også reflektere over egne holdninger i møte med mennesker i psykose.

”Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users’ interactions with health-care professionals on the ward”

Skrevet av Marianne Wyder, Robert Bland, Andrew Blythe, Beth Matarasso og David Crompton. Den er publisert i Journal of Mental Health Nursing i Australia i 2015.

Denne artikkelen er en kvalitativ studie som omhandler synspunkter fra mennesker som var ufrivillig innlagt, og deres opplevelser av sykehusinnleggelsen og forholdet med helsepersonalet. Tjuefem mennesker som var ufrivillig innlagt på en psykiatrisk avdeling i Australia deltok i studiet. Intervjuene fulgte en semistrukturert intervjuguide hvor hovedtemaene omhandlet: hvordan de kom til sykehuset, forståelse og opplevelse av å være tvangsinnlagt, opplevelser på avdelingen, og deres relasjoner med de ansatte. Intervjuene varte fra tjue minutter til to timer. Alle deltakerne i undersøkelsen beskrev innleggelsen som skremmende, forvirrende og stressende. Deltakerne hadde forskjellige opplevelser av oppholdet. Noen mente oppholdet hadde beskyttet dem, og at de hadde hatt utbytte av å være innlagt. Andre mente at innleggelsen var en inntrenging på deres frihet og fysiske integritet, og mente at oppholdet var ugunstig for deres bedringsprosess. Noen hadde mer blandede meninger, og mente at selve oppholdet hadde vært gunstig, men at det å bli innlagt ufrivillig var påtrengende. Konklusjonen i artikkelen bygger på at ansattes atferd og holdninger former oppholdet, at det er viktig at pasienten blir inkludert i behandlingen, at ansatte lytter til deres bekymringer og at de fikk dele erfaringer. Det kommer også frem at ufrivillig innleggelse ikke minsker muligheten for å skape positive relasjoner.

## 3.0 TEORI

I denne delen vil jeg presentere teori som jeg finner hensiktsmessig for å belyse problemstillingen. Jeg skal først ta for meg sykepleieteorien til Joyce Travelbee, videre vil jeg se på sykepleierens rolle i det psykiske helsearbeidet, deretter se på ulike faser i relasjonsprosessen, kommunikasjon samt se på hva psykose er.

### 3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

I denne oppgaven har jeg valgt å belyse problemstillingen gjennom sykepleieteorien til Joyce Travelbee. Joyce Travelbee var født i USA og jobbet som psykiatrisk sykepleier. Hennes definisjon på sykepleie er velkjent og bygger på at sykepleie er en mellom-menneskelig prosess mellom sykepleier og det mennesket hun hjelper. Hun tar sterk avstand fra generalisering som omhandler de ulike rollene mellom sykepleier og pasient. Og hun er opptatt av at hvert enkelt menneske er unikt, og uerstattelig (Travelbee, 2010). Jeg mener at mye av hennes tenkning er relevant for denne oppgaven, da relasjonen mellom sykepleier og den hjelpetrengende er sentralt.

Travelbee (2010) beskriver at sykepleier må ha kunnskaper om intellektuell tilnærming, og bruke seg selv terapeutisk for å skape en hjelpende relasjon. Sykepleier må bruke sin egen personlighet på en hensiktsmessig og bevisst måte, og være oppmerksom på hvordan egen atferd påvirker andre mennesker (Travelbee, 2010).

#### 3.1.1 Menneske – til – menneske – forhold

Hensikten med sykepleie kan kun oppnås ved et etablert menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå et slikt forhold mellom sykepleier og det mennesket hun hjelper, må de generaliserte rollene ”sykepleier” og ”pasient” unngås. Sykepleieren og det mennesket hun hjelper må se hverandre som unike enkeltindivider og forholde seg til hverandre deretter (Travelbee, 2010).

Travelbee sier at for å etablere et menneske-til-menneske-forhold må det følges en prosess som har flere faser;

- Det innledende møtet
- Framvekst av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold kan foregå i forskjellige hastigheter, enten hurtig eller langsomt. Det kan oppstå tilbakeskritt eller fremskritt i fasene. Det er sykepleieren som er forpliktet til å finne årsaken til eventuelle tilbakeskritt i fasene, og jobbe mot at fremskritt nås. Samtale med kollegaer kan gjøre at sykepleieren vil kunne identifisere faktorer som gjør at fasene ikke når fremskritt (Travelbee, 2010).

Den første fasen omhandler da sykepleier og den hun gir omsorg for møtes. Begge parter får et førsteinntrykk av den andre ved å observere verdier, handlinger, væremåte og språk. Observasjon er det første og viktigste skritt i denne sykepleieprosessen, og danner grunnlaget for hvordan en oppfatter den andre. For å kunne gå over i neste fase er det grunnleggende at begge parter ser bort ifra de stereotypiske rollene ”sykepleier” og ”pasient”, og ser på hverandre som enkelt individer (Travelbee, 2010).

Den andre fasen bygger på at begge parter skaper en tilknytning til hverandre og ser hverandre som unike individer. Sykepleieren legger merke til hvordan den andre føler, tenker og oppfatter sin situasjon. De begge vil se på hverandre som særegne personer. Sykepleierens oppgave i denne fasen er å være bevist på hvordan hun oppfatter den andre og anerkjenner den andre som unik, og ulik fra andre pasienter. Videre må likheter og ulikheter mellom partene evalueres for å kunne utvikle empati (Travelbee, 2010).

Empati bygger på evnen til å sette seg inn den andres situasjon. Det handler om å ta del i og forstå den andres psykiske tilstand, samt å ha innsikt i den andres indre opplevelse og ytre atferd. Empati handler om å forstå den andre, men samtidig holde sitt eget selv adskilt. Empati kan også føre til at en kan forstå og forutsi den andres adferd og handlinger, men er ikke tilstrekkelig for gjensidig forståelse (Travelbee, 2010).

Den fjerde fasen omhandler sympati. Evnen til å sympatisere er et resultat av empatiprosessen. Sympati er evnen til å vise medfølelse, sykepleier viser et grunnleggende ønske om å hjelpe den andre, og minske lidelse og ubehag. Ved å vise sympati for den syke vil sykepleier kunne vise at hun forstår og deler fortvilelsen, og viser sin støtte, slik at den syke ikke skal føle at den går igjennom dette alene (Travelbee, 2010).

Travelbee (2010) beskriver disse fasene som et overordnet mål for sykepleie. Ved å ha gjennomgått disse fasene vil sykepleier kunne danne gjensidig forståelse og kontakt med det mennesket hun hjelper. På dette stadiet ser sykepleier og hennes pasient på hverandre som unike mennesker, og de har utarbeidet en nærkontakt. Ved å ha dette menneske-til-menneske-forholdet vil den som pleies ha tillit til sykepleieren, og det vil være en lettere forutsetning for behandling (Travelbee, 2010).

### 3.2 Sykepleierens rolle i psykisk helsearbeid

Et historisk tilbakeblikk viser at sykepleierens rolle ikke har vært like involvert i det psykiatriske aspekt som i det somatiske. Personalet som ga pleie og omsorg til de syke på det som da het asyl ble omtalt som voktere og voktersker frem til begynnelsen av 1900-tallet. Deres oppgave var for det meste å sørge for at pasienten ikke skadet seg selv eller andre. På denne tiden var mindre fokus på å finne den klare årsaken til sinnslidelsene, og det var derfor ofte menn som jobbet på slike asyl (Lysens, 1982). De hadde ingen spesiell utdanning og det var i hovedsak legene som stod for opplæringen. Kvinnene som jobbet på slike asyl hadde ofte erfaring som tjenestepiker. Kvinnene ble sett på som en økonomisk vinning, da de ikke krevde like høy lønn, det blir også nevnt at kvinnene ville gjøre huset hyggeligere og mer ordentlig. Med tiden fikk vokterpersonalet utdanning, og de ble kalt ”pleiere” og ”pleierske” (Lysnes, 1982). Det var også krav om at sykehusene skulle ha autoriserte sykepleiere. Psykofarmaka ble utviklet på 50-tallet og hadde en positiv effekt på mange pasientens livssituasjon. Synet på pleien gikk fra tanken om å beskytte og overvåke til å omhandle etablering av sosiale relasjoner, personlig kontakt og utvikling av sosiale ferdigheter (Kristoffersen, 2014).

Det ble også mulighet til å ta en videreutdanning innenfor psykiatri da disse skolene kom på 1950- og 60-tallet. Dette førte til at pleiere og sykepleiere økte kvaliteten på omsorgen som ble gitt til psykiatriske pasienter (Kristoffersen, 2014). Lindström (2003) beskriver at basiskunnskapene i sykepleievitenskapen utgjør psykiatrisk sykepleie. Psykiatrisk sykepleie følger sykepleievitenskapens sentrale teori, logikk og begrepsapparat, men har samtidig et eget teoriinnhold og spesifikke fremgangsmåter for å praktisere sykepleie. Lindström (2003) uttrykker at kjærlighet, ansvar og barmhjertighet er den innerste kjerne av sykepleie, og skal kontinuerlig komme til syne ved utøvelse av sykepleie. I følge Hummelvoll (2012) er utgangspunktet i psykiatrisk sykepleie den psykiske dimensjon av sykepleie. Den undersøker den psykiske dimensjon i samarbeid med menneskets sosiale, åndelige og fysiske aspekter.



Hummelvoll (2012) beskriver psykiatrisk sykepleie som en planlagt virksomhet hvor hensikten med arbeidet er å søke å redusere eller å løse pasientens lidelse og helseproblem. Det bygger på omsorg, varme og respekt, og et likeverdig forhold mellom pleier og pasient. Sykepleieren skal styrke pasientens egenomsorg, og gi assistanse slik at personen vil føle mestring i forhold til sin situasjon og sine psykiske plager. En av sykepleiers oppgave er å danne en relasjon til pasienten som vil gi muligheten for et samarbeid. Det vil åpne anledning for støtte, kunnskap og utfordring. Pleier kan på den måten hjelpe til med å øke pasientens selvrespekt, og bevare pasientens egne verdier og ønsker for sitt liv. I tilfeller der pasienten ikke er i stand til å beskrive sine behov og ønsker vil sykepleieren bli pasientens omsorgsgiver og sørge for at hans personlige integritet ivaretas.

### 3.3 Relasjonsbygging

Jeg har tidligere sett på Travelbees (2010) beskrivelse og betydningen av menneske-til-menneske-forhold. En god relasjon mellom pleier og pasient er avgjørende i all slags sykepleie, for å skape tillit, trygghet og kvalitetssikring i behandlingen.

Gjennom relasjonen mellom sykepleier og pasient vil en hente inn opplysninger om pasientens behov for hjelp og hvordan man kan minske lidelsen. Flere sykepleieteoretikere omtaler sykepleie-pasienten relasjonen i ulike faser. Hummelvoll (2012) deler fasene inn etter tidsperspektivet forholdet brer seg over:

*Forberedelsesfasen* – Blir sett på som fasen der pleier og pasient ennå ikke har møttes.

Pasienten kjenner at noe er galt og merker at han har behov for hjelp. Før han søker om hjelp vil pasienten måtte erkjenne at behovet for behandling må prioriteres, uavhengig om hvilke tanker han har om psykiatriske pasienter. Samfunnet er ofte preget av fordommer mot psykiske lidelser, og kan føre til at mange synes det er vanskelig å oppsøke hjelp. De prøver å ordne opp i problemene på egenhånd, men søker hjelp når de merker at de ikke mestrer dette (Hummelvoll, 2012). Sykepleieren må reflektere over sine egne holdninger til psykiske lidelser og pasienten bak lidelsen. Før samtalen må sykepleier legge til rette for de praktiske forhold som å gjøre klart rom og servering (Hummelvoll, 2012).

*Orienteringsfasen* – I denne fasen foregår det første møte mellom sykepleier og pasient.

Pasienten vil bære preg av en følelsesmessig tilstand, og vil være preget av de holdninger han møter. Måten sykepleier møter pasienten på kan ha en avgjørende faktor for videre samarbeid.

Åpenhet og forståelse vil være vesentlige aspekter for å gjøre pasienten tryggere på sin situasjon og oppleve tillit til sykepleieren (Hummelvoll, 2012). Fellesmål for samtalen er å høre om pasientens opplevelser, tanker, følelser og problemer som han ønsker hjelp til, og formulere kortsiktige mål og behandling ut ifra dette (Hummelvoll, 2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient er en viktig rolle i denne fasen, da den bygger på tillit, åpenhet og trygghet.

*Arbeidsfasen* – I denne fasen trer behandlingen inn. De problemutløsende faktorene blir definert og arbeidet går på å øke pasientens selvinnsett. Man arbeider for at pasienten skal få en forståelse av egne problemer og virkningen av disse på selvoppfatning og atferd. Videre ser man på hvilke problemløsende metoder som har hatt virkning eller ikke. Pasientens ønsker og behov for å oppnå tilfredsstillelse i det daglige liv må kartlegges (Hummelvoll, 2012).

*Avslutningsfasen* – Denne fasen kan virke problematisk for sykepleier og pasient. Pasienten kan oppleve en avhengighet til sykepleieren, selv om dette er noe hun har jobbet i mot. Reaksjoner som sinne, tristhet eller at pasienten kan føle seg avvist kan oppstå. Det kan derfor være gunstig med en åpenhet og nedtrapping i kontaktforholdet (Hummelvoll, 2012). Møtene kan bli sjeldnere, kortere og sykepleier kan inkludere personer som pasienten vil ha kontakt med i videre behandling (Hummelvoll, 2012).

### **3.4 Kommunikasjon**

Travelbee (2010) definerer kommunikasjon som et av de viktigste redskapene sykepleier bruker i et menneske- til – menneske- forhold. Det vil alltid være en form for kommunikasjon mellom to mennesker som møtes, enten verbalt eller nonverbalt. Kommunikasjon kan bli sett på som en slags prosess som fører til at sykepleier blir kjent med pasienten som person. For å kunne utøve sykepleie som bygger på pasientens behov, er det nødvendig at sykepleier blir kjent med pasienten og hans behov. En må kunne skille pasienten fra tidligere pasienter, og en må kunne skille sine egne behov fra pasientens behov. Travelbee mener at det er grunnleggende for å kunne planlegge og utføre sykepleie i balanse med pasientens krav (Kristoffersen, 2014).

Eide og Eide (2012) beskriver den hjelpende kommunikasjon som en kunst. Kjernen er at den hjelpende kommunikasjon er faglig begrunnet og til hjelp for pasienten. Man skal anerkjenne den andre, være en aktiv lytter, åpen og direkte. I følge Eide og Eide (2012) er evnen til å lytte

aktivt noe av det mest grunnleggende og viktigste i en profesjonell og hjelpende relasjon. De mener også at god kommunikasjon mellom pleier og pasient vil kunne kvalitetssikre helsearbeidet. Aktiv lytting kan deles i to hovedgrupper, verbale og non-verbale ferdigheter.

En stor del av menneskets kommunikasjon er nonverbal. Nonverbale uttrykksformer kan avsløre et menneskets bevisste eller ubevisste spontane reaksjoner. Det kan gjøre at vi uttrykker følelser eller reaksjoner ved et smil, en nervøs latter eller for eksempel et bekymret blikk. Som pleier er det avgjørende at vi legger merke til pasientenes nonverbale uttrykk da disse kan gi viktig informasjon om hvordan pasienten føler det. Det er ikke minst viktig å være klar over sin egen nonverbale kommunikasjon som sykepleier, da disse uttrykkene kan signalisere vår interesse og vilje til å hjelpe pasienten. Det vil ha betydning for at den vi hjelper føler trygghet og godt ivaretatt (Eide og Eide, 2012). Nonverbale kommunikasjonsferdigheter kommer også til uttrykk ved delferdigheter som tilstedeværelse, interesse, øyekontakt, berøring, ikke-ord, kroppsspråk, stillhet, stemmens klang og responderende språk. Ved å bruke disse delferdighetene kan sykepleier skape en trygg relasjon til pasienten, som gjør det lettere for han å åpne seg og dele tanker og erfaringer (Eide og Eide, 2012).

I en samtale må sykepleier kunne bruke nonverbal kommunikasjon i samsvar med verbalt bekræftende ferdigheter. Ved å bruke verbalt bekræftende ferdigheter kan sykepleier uttrykke at hun ser, lytter og forstår det som blir sagt. Sykepleier kan bruke bekræftende ferdigheter ved å følge opp verbalt, gi oppmuntring og anerkjennelse, og gjenta nøkkelord som vil vise pasienten at en følger med i samtalen. Ved å reformulere og speile følelser vil en la den andre sette ord på følelser man kanskje ikke var så bevisst på, og man vil på den måten også kunne vise at en følger med i samtalen. Eide og Eide (2012) nevner at å dele egne erfaringer og ha humor i samtalen kan bidra til et mer likestilt forhold mellom pasient og pleier og kan i enkelte tilfeller være gunstig. Men man skal være bevisst og kritisk ved bruk av egne erfaringer, hvis det blir brukt for ofte vil det kunne føre til at det ikke er pasientens behov som blir ivaretatt (Eide og Eide, 2012).

### **3.5 Hva er psykose og hvilke utfordringer kan oppstå?**

Mennesker som opplever en psykose vil ha en virkelighetsoppfatning som er ulik den de fleste rundt opplever. Psykose kan beskrives som en tilstand der personen har en realitetsbrist knyttet til fortolkning av omgivelser og opplevelser, og til sine egne tanker (Løberg og Johansen, 2016). Mennesker som går gjennom en psykose kan være engstelige og forvirret,

og prøver å mestre sin indre og ytre opplevelse for å få bekreftelse på egen identitet. En psykose preges av vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser eller forvirring (Hummelvoll, 2012). Ved at personen har en annen virkelighetsoppfatning vil verden ofte virke skremmende og truende å leve i.

En psykose kan være kortvarig eller langvarig, og personen som går igjennom denne tilstanden har på lik linje som andre sykdommer, behov for individuell behandling. Psykose kan være en del av sykdomsbildet til schizofreni, paranoide psykoser, bipolar lidelse og rusavhengighet. På tvers av disse diagnosene vil realitetsbrist alltid være et symptom på psykose (Løberg og Johansen, 2016).

De psykotiske symptomene forekommer grunnet svikt eller forstyrrelser i egofunksjonene. Freud beskrev at personligheten kan bli sett på som tredelt, han delte det inn i id, ego og super-ego. Id uttrykker de behov mennesker er født med, og innebærer de erotiske og aggressive signaler. Ego utvikles i to til fire –årsalderen og består av den vurderende og impulskontrollerende funksjon. Super-ego omtales som det moralske prinsipp og inneholder verdier og normer som dannes i tre til fire –årsalderen, og betegnes i dag som samvittighet (Hummelvoll, 2012). I følge Hummelvoll (2012) omtales ego som en meglerfunksjon mellom de tre personlighetsdelene.

I nyere ego-psykologi er ego gitt en viktigere og mer selvstendig rolle enn det Freud tenkte. Man mener at mennesket har større mulighet til å kunne kontrollere og påvirke sine omgivelser, og ikke bare styres av krav fra drifter og omgivelsene (Hummelvoll, 2012). Begrepet ego kan bli sett på som de prosessene som styrer menneskets adferd, kontrollerer selvbildet og bevarer balansen mellom impulser og verdier. Når disse egofunksjonene ikke fungerer etter sin hensikt vil det være krevende for pasienten å orientere seg og forholde seg til ytre krav (Hummelvoll, 2012). Bakgrunn for de psykotiske symptomer kommer da av varierende grad i funksjonssvikt i egofunksjonene. Symptomer som da ofte vil prege pasienten er svikt i realitetsoppfatningen, sansebedrag, vrangforestillinger og manglende sykdomsinnsikt (Hummelvoll, 2012).

Etter å ha sett på bakgrunnen for de psykotiske symptomene vil jeg beskrive noen av symptomene nærmere:

*Vrangforestillinger* er forestillinger som personen oppfatter som virkelige, selv om det ikke lar seg bevise. Det kan beskrives som feilaktige motiver og handlinger, som personen forsvarer med tydelig entusiasme og energi. Disse forestillingene kan omfatte at personen tror han er en annen, har urealistiske makter som å lese andre sine tanker, og har vanskeligheter med å skille mellom fantasi og virkelighet (Jordahl og Repål, 2006).

*Hallusinasjoner* er sanseopplevelser uten form for indre eller ytre påvirkninger. Det kan bygge på alle sanser som lukt, berøring, temperatur, syn og hørsel. Ved psykose er det vanligst å ha hørsel – eller synshallusinasjoner. Det kan være at en hører stemmer, disse stemmene kan diskutere med hverandre eller kommentere ting en gjør, eller man kan se ting som andre ikke ser. Dette kan forekomme når en er alene eller i samvær med andre, og kan virke veldig skremmende for personen (Løberg og Johansen, 2016).

*Negative symptomer* blir omtalt om de symptomene som inkluderer sosial isolering, emosjonell tilbaketrekking og tap av vanlig psykisk fungering. Disse ses oftest hos mennesker med schizofreni. Man kan virke apatisk og ha mangel på interesser og motivasjon. De *Positive symptomer* bygger på de symptomene som er knyttet til hallusinasjon og vrangforestillinger (Løberg og Johansen, 2016).

*Tankeforstyrrelser* er symptomer på at noe påvirker tankegangen, for eksempel stemmer eller synshallusinasjoner. Personen kan ha vanskeligheter med å fullføre setninger, ordlegge seg og holde en logisk sammenheng i samtale (Jordahl og Repål, 2006).

*Følelsmessige reaksjoner* er symptomer som kan kjennetegnes ved at personens følelsmessige aspekt blir påvirket. En kan ha vanskeligheter med å kontrollere følelsene, og for eksempel begynne å le eller gråte i en situasjon som ikke gir samsvar med disse følelsene. I noen tilfeller kan følelsene forsvinne eller falme (Jordahl og Repål, 2006).

Da disse symptomene oppleves virkelige for den som går igjennom psykosen er det mange som mangler sykdomsinnsikt. Det at noen kommer og forteller deg at det du føler og opplever ikke samsvarer med det som andre mener er virkeligheten, er en skremmende og fortvilende opplevelse for den som går igjennom dette. Mange som opplever en psykose vil derfor bli preget av angst og depresjoner (Hummelvoll, 2012). Det er derfor grunnleggende at

pleiepersonale får en forståelse av personens situasjon, hans tanker, sanser og hvordan han forholder seg til sin situasjon og omgivelser (Hummelvoll, 2012).

## 4.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven vil jeg bruke funn fra forskning og teori for å belyse og drøfte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier fremme en trygg relasjon til mennesker i psykose?*

### 4.1 Å se personen bak symptomene

Selv om mennesker i en psykose kan ha svikt i ego-funksjonene og ha mistet noe av evnen til å ta vare på seg selv, har de krav på god behandling og respekt i møte med helsevesenet. Sykepleieren er pliktig til å fremme et tillitsforhold til pasienten, ivareta hans rettigheter og møte han med respekt og integritet (Pasient- og bruker.. 1999). Tidligere i oppgaven har jeg beskrevet Travelbees (2010) syn og betydningen av menneske – til menneske – forhold. Travelbee (2010) beskriver relasjonen mellom sykepleier og den hjelpetrengende som vesentlig for videre behandling. Hun tar sterk avstand fra de generaliserte rollene ”sykepleier” og ”pasient”, og mener at det er grunnleggende at de to partene ser på hverandre som unike mennesker (Travelbee, 2010). Studien utført av Gunasekara m.fl. (2013) underbygger dette. Der forteller brukerne at de ønsker å bli møtt med respekt, bli anerkjent og behandlet helhetlig og ikke som en samling av symptomer (Gunasekara m.fl. 2013). På den andre siden vil ikke sykepleier følge de grunnleggende prinsippene innenfor sykepleie, nemlig å møte mennesket med respekt, hvis hun ikke legger til rette for et likeverdig forhold. Det vil være vanskelig å bygge opp et tillitsfullt forhold fordi rollene vil stå i mot hverandre. Pasienten kan føle at det er ”de” mot ”meg”, og ikke ”oss” mot symptomene. Med tanke på Travelbees (2010) syn på menneske – til – menneske –forhold er det vesentlig at pleier og pasient ser på hverandre som unike individer, ellers vil det ikke gå an å etablere en relasjon. Tilliten mennesket i psykosen har til pleier vil være svekket, og det å bygge en relasjon vil derfor ta lenger tid hvis de ikke ser på hverandre som likeverdige.

Løberg og Johansen (2016) samt Jordahl og Repål (2006) forklarer at tillit og trygghet er vesentlig i arbeid med mennesker i psykose. Å bli anerkjent for egne opplevelser og livsforståelse er viktig for videre relasjonsbygging. Det er ingen fasit på hvor lang tid det tar å danne et menneske – til – menneske – forhold, dette avhenger av pleier og pasient. Med tanke på å danne en relasjon til mennesker i psykose kan dette ta lang eller kortere tid. I akutfasen er det ofte vanskelig å samtale med en person i psykose. Opplevelsene av å være i en psykose kan være overveldende, og mennesker rundt personen kan ta del i den psykotiske forestillingen. Ofte kan noen personer oppleve at behandlerne jobber i mot dem, og se på pleiere som en trussel (Jordahl og Repål, 2006). Slik jeg ser det er det nødvendig at pleieren

respekterer at pasienten har behov for avstand, og rolig nærmer seg pasienten etter hans behov og tempo. Det å ha en forståelse av forholdet mellom nærhet og avstand er vesentlig, slik at pasienten ikke ser på pleieren som en enda større trussel. Dette kan føre til at det å etablere en relasjon kan ta lenger tid, og sakte må bygges opp. Sykepleieren må møte pasienten der han er og etter hans behov.

I studiet til Toftehagen (2004) kommer det frem at sykepleierne ser på relasjonen som en likeverdig jeg – du – relasjon på likhet med det Travelbee (2010) beskriver. De ser på pasientens erfaringer med det å være i en psykotisk tilstand, søker forståelse og lærer på den måten å se mennesket helhetlig (Toftehagen, 2004). I studiet til Wyder og Blend (2015) understreker deltakerne behovet for vanlig samtaler, og var takknemlig for sykepleiere som, til tross for å være opptatt med andre oppgaver, fant tid til å samtale med dem. Snoek og Engedal (2013) formidler at pasienter som har et positivt forhold til sin behandler har større mulighet for å fullføre behandlingsopplegget. Lauveng (2006, s.16) beskriver hvordan en lege møtte hennes behov om å gå en tur i regnet da hun ønsket det. Ingen av pleierne var interessert i å gå ut, og legen lot henne gå en tur alene. Videre beskriver hun hvor mye denne varmen og respekten hadde å si for henne i denne situasjonen. I studiet gjort av Gunasekara mfl. (2013) forteller deltakerne at sykepleieren må være oppmerksom, og beskrive hvorfor de eventuelt ikke kan samtale i det øyeblikket, men heller sette av en tid når hun er ledig. Videre forteller de at frustrasjon og aggresjon ble fremkalt når behovet ikke ble oppfylt, og de ikke fikk noen grunn til hvorfor de ble avvist (Gunasekara mfl., 2015). Disse funnene belyser viktigheten av et mellommenneskelig forhold som bygger på likeverd og respekt, og betydningen det har for videre behandling. Ved at sykepleier går rett forbi uten å se pasientens behov for å snakke eller å ha noen i nærheten, kan dette føre til at pasienten føler seg ignorert og oversett av pleieren. Dette kan igjen medføre at pasienten blir mer innesluttet, og kan ha vanskeligheter for å åpne seg når sykepleier først byr til samtale. Det å kontinuerlig vise en interesse for pasienten vil øke hans tanker om at noen bryr seg, og at han ikke er en ”samling” av symptomer.

Hummelvoll (2012) beskriver empati, solid fagkunnskap, åpenhet, tilgjengelighet, fleksibilitet og medmenneskelighet som nyttige holdninger i møte med mennesker i psykose. Man bør jobbe målrettet og utholdende, og gi pasienten en trygghet til å kunne dele følelser og tanker som bekymrer en. Dette underbygges i studiet til Tofthagen (2004) der hun forklarer at sykepleierne i studiet tar mennesket i psykose sitt forsøk på uttrykke seg verbalt og nonverbal



på alvor. Sykepleierne brukte tid, evne og vilje til å skape dialog og relasjon med mennesket i psykose. De ga pasienten en trygghet på at han blir tatt imot som den han er, og ble sett på som et enkelt individ med ressurser, og ikke som psykotiske symptomer. Sykepleieren må ta ansvar for å etablere en relasjon, og ha forståelse for at mennesket i psykose kan være redd for nære relasjoner (Tofthagen, 2004).

#### 4.2 Kommunikasjon med mennesker i psykose

Som nevnt tidligere i oppgaven kan kommunikasjon bli sett på som en slags prosess der mennesker utveksler meningsfulle tegn mellom hverandre (Eide og Eide, 2012).

Kommunikasjon er noe som finner sted hver gang mennesker møter mennesker, den kan være non-verbal eller verbal. Verbal er når man samtaler, mens non-verbal kan bli sett på som et responderende språk som kommer til syne ved aktiv lytting, kroppsspråk, holdninger, øyekontakt etc. Travelbee (2010) mener at kommunikasjon er en prosess som kan gjøre at sykepleier danner et menneske – til - menneske – forhold med den hjelpetrequende. Ved å etablere en relasjon til mennesket som opplever psykose, kan sykepleier hjelpe personen i å mestre sykdom og lidelse, og hjelpe han til å finne en mening i disse erfaringene (Travelbee, 2010). Det å kommunisere med mennesker i psykose kan være utfordrende og føre til misforståelser. Personen kan bli distraheret av tanker eller andre detaljer i omgivelsene som kan forstyrre samtalen (Hummelvoll, 2012). Noen mennesker som går gjennom en psykose bruker få ord, mens andre kan formulere seg ved uvant bruk av ord som gjør det utfordrende å forstå dem (Hummelvoll, 2012). Noen kan bruke ord som ”de” og ”vi” på en uklar måte, som gjør at man ikke forstår hvem de refererer til. Andre kan anta at personen de snakker med kan lese tankene deres, og bruker utsagn som ”vet du” eller ”du skjønner hva jeg mener”. Ofte når personen vil belyse et budskap kan det være vanskelig å forstå hva de vil frem til, da budskapet kan bli pakket inn i detaljer og irrelevante opplysninger. Man kan tenke seg til at mennesker i psykose er preget av konkret tenkning fremfor abstraksjon (Hummelvoll, 2012).

I kommunikasjon med mennesker i psykose er det grunnleggende viktig at sykepleier møter pasienten med forståelse og en anerkjennende holdning, og viser gjennom sin interesse at hun er til å stole på. Eide og Eide (2012) beskriver at det er et bredt spekter av ferdigheter som må til for å forstå den andres situasjon, både verbalt og nonverbalt. For å få en forståelse av hvordan pasienten opplever sin situasjon kan det være gunstig å oppmuntre til å la den andre fortelle, stille åpne spørsmål, lytte aktivt, bruke bekreftende ferdigheter som å speile følelser, parafrasere og gi mulighet til pauser og stillhet (Eide og Eide, 2012). I studiet til Wyder og

Bland mfl. (2015) beskriver en av deltakerne at hun følte seg truet da sykepleierne snakket til henne, når hun selv ikke forstod hva som skjedde. De stilte spørsmål om saker hun ikke følte seg klar til å snakke om. Flere av deltakernes erfaringer fremhever betydningen av at pasienten må føle tillit før de klarer å åpne seg om sine erfaringer (Wyder og Bland mfl. 2015). Det å ikke føle tillit til pleier kan i motsatt fall føre til at personens opplevelse av psykosen kan bli forsterket, og at behandlerne kan bli en del av den psykotiske opplevelsen. Pasienten kan føle seg mer innesluttet, og det kan være vanskeligere for pleier å få tilgang til pasientens opplevelse og erfaringer av situasjonen, da han ikke har en tillit til pleieren.

Mennesker som er opplever en psykose vil ofte bære preg av angst og mistillit, og det er derfor grunnleggende viktig at sykepleier er reflektert over sin egen nonverbale kommunikasjon. Disse uttrykkene kan signalisere interesse og vilje til å hjelpe pasienten. De nonverbale delferdighetene som tilstedeværelse, øyekontakt, berøring, stillhet, kroppsspråk og stillhet kan bidra til å skape en trygg relasjon til pasienten, og gi mulighet for at han åpner seg og deler tanker og erfaringer (Eide og Eide, 2012). Dette kan være utfordrende i møte med mennesker i psykose da noen vil unngå blikkontakt med den han snakker med, og kan på den måten virke uinteressert. Evnen til å motta og bearbeide informasjon som blir sagt kan være svekket, og pasienten kan trenge lenger tid til å oppfatte det som blir sagt. Dette kan føre til at nonverbale tegn kommer som en senere reaksjon og kan være vanskelig å tolke (Hummelvoll, 2012). I studien til Tofthagen (2004) kommer det frem at mennesket som opplever en psykose kan være preget av å ha "mistet kontrollen". Han kan vandre rundt, drikke mye væske, røyke og være litt på "høygir". Med tanke på dette kan det være vanskelig å gå i dialog med pasienten, og nettopp her er det viktig at sykepleier er klar over sin egen nonverbale kommunikasjon. Hvis hun stresser rundt, maser og blir urolig, vil dette kunne prege pasienten og kan gjøre han mer urolig og engstelig.

Hummelvoll (2012) beskriver at sykepleieren fungerer som en 'beholder' i kommunikasjon med pasienten. Med dette mener han at sykepleier tar i mot pasientens budskap, tolker og bearbeider det som ble sagt, og senere gir en tolket forståelse av situasjonen til pasienten. Å fungere som en 'beholder' krever empatisk lytting av sykepleieren (Hummelvoll, 2012). I en samtale med pasienten vil det være nødvendig å bruke verbalt bekreftende ferdigheter som å følge verbalt, gi oppmuntring, anerkjennelse og gjenta nøkkelord, på den måten vil pleier kunne vise pasienten at hun følger med og er interessert (Eide og Eide, 2012). Dette er viktig i samtale med mennesker i psykose, slik at de føler seg anerkjent, og føler tillit til pleier.

I studien til Wyder og Bland mfl.(2015) forteller brukere at de satte pris på ansatte som var omsorgsfulle, hadde en sans for humor, var hjelpsomme, hyggelige, snille og glade. Bruk av humor og å dele erfaringer kan bidra til et likestilt forhold mellom pleier og pasient, men det er ikke i alle situasjoner dette er gunstig. Det å dele erfaringer med mennesker i psykose kan rette fokuset mer på en selv og ikke være til nytte for pasienten. Det kan føre til mer informasjon som pasienten må bearbeide, og som egentlig ikke er relevant for situasjonen. Bruk av humor kan i noen tilfeller løsne stemningen og redusere spenningen rundt det som er vanskelig (Eide og Eide, 2012). I akutfasen er nok ikke humor noe særlig gunstig da pasienten kan mistolke dette. Hvis man bruker humor i en samtale er det viktig å ha en god relasjon til pasienten, og vite om det er noe han finner morsomt (Eide og Eide, 2012). For noen mennesker som opplever psykose kan det å bruke humor være forløsende, men for andre kan det være vanskelig å forstå. Slik jeg ser det blir det derfor viktig at sykepleier reflekterer over bruken av humor i møte med mennesker i psykose, og at man evner å vurdere om man tror pasienten vil forstå dette akkurat nå. Hvis pasienten selv bruker humor i samtalen, er det nødvendig å reflektere over hvordan en som sykepleier møter denne humoren.

I likhet med Jordahl og Repål (2006) beskriver Snoek og Engedal (2013) at det kan være vanskelig å få noe ut av en samtalebehandling med pasienter i akutfasen av en psykose. Slik jeg ser det kan de nonverbale ferdighetene være gunstig i denne situasjonen. Det er ikke alltid nødvendig å si så mye, men man kan vise mennesket at en er tilgjengelig, fleksibel og interessert. Dette må sees på individuelt, og man må analysere pasientens behov, man trekker seg unna hvis pasienten har behov for avstand. Lauveng (2006, s. 18) beskriver hvordan en sykepleier og lege satt inne hos henne hele natten da hun hadde det vanskelig. De snakket ikke så mye, men de var der helt til hun sovnet og passet på at hun ikke skadet seg selv. Hun beskriver at denne tilstedeværelsen var uendelig godt.

### **4.3 Relasjonsbygging med mennesker i psykose**

Den første fasen i Travelbees (2010) menneske – til – menneske – forhold omhandler det første møte mellom pleier og den hjelpetrequende. En deltaker i Toftthagen (2004) sitt studie uttrykker at måten du tar kontakt med mennesket i psykose på bør skje langsomt, og på en vennlig måte. At en ikke skal gå direkte på sykdommen, men prøve å bli kjent med personen. Snakke om dagligdagse ting, og få tak i mennesket bak symptomene. Og ikke konfrontere pasienten (Toftthagen, 2004). Hvis en ikke tar seg tid til å bli kjent med personen som

opplever psykosen kan det bli krevende å danne en relasjon og et likeverdig forhold. En av deltakerne i Wyder og Bland mfl. (2015) beskriver at hun følte seg truet av en sykepleier ved første møtet, og reagerte med aggresjon mot sykepleieren. Videre beskriver hun at hvis de hadde snakket med henne på en ”ordentlig måte” så kunne hun forberedt seg og ikke reagert med aggresjon. Etter denne opplevelsen ble kvinnen møtt med større respekt av et par andre sykepleiere som hun etterhvert stolte på, og som hjalp henne til å få en positiv opplevelse av sykehusoppholdet (Wyder og Bland mfl. 2015). Disse funnene belyser viktigheten av å ha et tillitsforhold før pasienten kan åpne seg og dele erfaringer. Holdninger, adferd og språket som sykepleier bruker har mye å si for hvordan pasienten tolker møtet, og det er ekstremt viktig at dette er noe sykepleier reflekterer over. Det er denne første fasen som danner grunnlaget for relasjonsbygging, og dette kan ta tid, spesielt i tidlig fase av innleggelse. Jeg mener at dersom det er vanskelig å komme i samtale med personen som opplever psykose, kan det å vise nærhet gi en trygghet og tillitt for videre relasjonsbygging. Det er grunnleggende å alltid ha i tankene at pasientens behov skal stå først, og en må møte disse behovene med respekt. I studiet til Tofthagen (2004) beskrives det at sykepleierne jobber med mange mennesker som opplever reinnleggelser i faser over år, og etter hvert i relasjonsprosessen brukes det mindre tid på å skape tillitsrelasjoner og behandlingen kommer raskere i gang.

Den andre fasen i Travelbees (2010) betydning av menneske – til – menneske –forhold trer til verks når begge parter ser på hverandre som likeverdige. Deltakere i studiet til Wyder og Bland mfl. (2015) beskriver at de satte stor pris på de pleiere som så forbi sykdommen, og viste respekt for den de var som person. Videre forteller de om viktigheten av å ha en sykepleier som fokuserte på deres individuelle opplevelse, og ikke symptomer. Da dette skjedde følte de seg hørt, og åpnet seg om hvordan sykdommen hadde en effekt på livet deres. De beskriver videre viktigheten av at forholdet er bygd på likeverd (Wyder og Bland mfl., 2015). Målet i relasjonen er å gi mennesket som opplever en psykose en trygghet og tillit til seg selv og menneskene han står i relasjon til (Tofthagen, 2004). Deltakerne i studie til Gunasekara (2013) ønsket å få en bekreftelse på at sykepleier er nysgjerrig på deres personlige livshistorier og erfaringer, de ønsket å bli anerkjent og møtt med respekt. Videre ønsket de at sykepleier er interessert i å lære om hvert enkeltes menneske håp, mål, styrker, ambisjoner, og at pleier oppmuntret til fremgang i behandling. Jeg tolker disse funnene som en begrunnelse for at nettopp det å bli sett på som et likeverdig menneske har stor betydning for relasjonen. Slik jeg forstår det er det lettere for pasientene å åpne seg til sykepleiere som ser mennesket bak symptomene, viser interesse for pasientens opplevelse, og verdier i livet.

Den tredje fasen til Travelbee (2010) bygger på empati, evnen til å sette seg inn i andres situasjon. Tofthagen (2004) beskriver at pleierne bærer den psykotiske smerten, og at det er det som gjør en til en hjelper. Å sette seg inn i pasientens situasjon, og skape en – en relasjon beskrives som det å nærme seg pasienten (Tofthagen, 2004). Alle deltakerne i studiet til Wyder og Blend mfl. (2015) beskrev det å bli innlagt som svært skremmende, stressende og forvirrende. De satt stor pris på sykepleiere som ga muligheten for rom, hvor de kunne snakke om sine opplevelse, få informasjon og ble guidet til å få en mening i sine erfaringer. Slik jeg ser dette belyser pasientene viktigheten av empati som grunnleggende prinsipp i sykepleie. Det at sykepleier setter seg inn i den andres situasjon, gjør at pasienten føler en tillit og trygghet til sykepleier, og har lettere for å åpne seg.

Den fjerde fasen omhandler sympati som angår evnen til å vise medfølelse. Sykepleier viser at hun har et ønske om å minske lidelse og ubehag hos pasienten (Travelbee, 2010).

Respondentene i studiet til Tofthagen(2010) beskriver at de søker råd og veiledning hos kollegaer for å bære og utholde den psykotiske smerten. Ved å diskutere med kollegaer vil sykepleieren nyansere sitt syn på det psykotiske mennesket, og jobbe med kollegaer for å nå den mellommenneskelige relasjonen. Deltakerne beskrev det som et svik ovenfor pasienten hvis de ga seg som kontaktperson (Tofthagen, 2004). Slik jeg tolker dette er det vesentlig at sykepleier er klar over egne refleksjoner, og holdninger. Det kan være tungt å samarbeide med mennesket i psykose hvis relasjonsbyggingen tar lang tid, noe den ofte kan gjøre. Sykepleier kan bli utålmodig og irritert hvis pasienten ikke er samarbeidsvillig, noe som er negativt for begge parter, og videre behandling. Jeg tenker at det å diskutere med andre kollegaer vil rette fokuset mot å hjelpe pasienten, og jobbe videre med samarbeidsforholdet.

#### **4.4 Brukermedvirkning**

Hummelvoll (2012) beskriver at mennesker i psykose ofte har en uklar selvoppfattelse og har en usikker holdning til hva som er meningen i tilstedeværelsen. Det er derfor viktig å gi pasienten støtte for å styrke selvtilliten og bedre selvbylde. Det kan være hensiktsmessig og la pasienten ta del i avgjørelser i råd om behandlingsopplegg, og gi pasienten støtte og oppmuntring i de oppgaver han mestrer. I arbeidet med pasienten bør også samarbeid, veiledning, undervisning og meningsfulle aktiviteter vektlegges. Dette vil gi pasienten håp, energi og mot til å gripe inn i sin livssituasjon og jobbe mot et selvstendig og meningsfylt liv (Hummelvoll, 2012). I 1999 kom loven om at pasient har rett til å medvirke og ta del i

samarbeid om behandlingen som gis (Pasient og bruker.. 1999). Det at pasienten medvirker i behandlingen er en sterk verdi innenfor psykisk helsearbeid. Relasjonen mellom pleier og pasient bygger på gjensidig respekt, forståelse og tillit, og det er da grunnleggende at pasienten er delaktig når det kommer til å sette egne mål for behandlingen. Det å gi informasjon om faste tidspunkter, avtaler, aktiviteter og andre ting som omhandler behandlingen bør være en kontinuerlig prosess i løpet av behandlingsperioden (Wyder og Blade, 2015). Wyder og Blend mfl. (2015) fant videre at noen av pasientene ønsket større del i behandlingen, og de ønsket mer informasjon om hva som inngikk i behandlingsplanen. Videre understreker de viktigheten av å samarbeide med helsepersonell. I motsatt fall, dersom pasienten ikke fikk delta i behandlingen, ville det tatt lenger tid å styrke pasientens ego – funksjoner, og muligens tatt lenger tid for pasienten å gripe fatt i sin livssituasjon. Det at pasienten tar del i behandlingen, gjør at han selv kan bli delaktig i målsetting, og på den måten selv vite hva som passer best for han. Det er ingen andre enn pasienten selv som sitter på fasiten av det han har opplevd og hvordan det har preget han, og det er derfor vesentlig at han tar del i behandlingen. Det er vanskelig å si når pasienten selv er klar for å ta del i behandlingen, og det er derfor viktig å kontinuerlig samarbeide med pasienten for å møte hans behov.

Sykepleieren vil kunne støtte pasienten for å gi muligheter for personlig vekst. Det er viktig at sykepleier reflekterer over sine egne verdier når hun hjelper personen til å klargjøre sine egne mål. Slik at det på den måten går på pasientens behov og ikke sykepleierens. Det kan være nyttig å se på hva personen tidligere har vært opptatt av og hvilke ressurser personen har. Her spiller ego-styrkende sykepleie en stor rolle. Det å gi pasienten støtte og støtte med utfordringer, slik at personen opplever forbedret relasjon til andre, mestring av oppgaver og opplevelse av personlig integritet (Hummelvoll, 2012). I studiet gjort av Wyder og Blade mfl. (2015) beskriver en jente hvordan hun ble delaktig i behandlingen ved at hun ble spurt om hvordan medisinene fungerte for henne, og hvordan hun mestret situasjonen. Hun fikk delta i endring av medisiner hvis hun ba om det. En annen jente beskriver at hun var bekymret over at hun fikk for mye medisiner, uten at personalet tok hensyn til det. Videre forteller hun at det er pasienten som kjenner virkningen av medisinen på kroppen, og derfor bør bli hørt. I studiet kommer det frem at jenta som fikk ta del i behandlingen hadde en positiv opplevelse av det å være innlagt på sykehus, mens jenta som ikke fikk delta i behandlingen hadde en negativ opplevelse (Wyder og Bland mfl., 2015). Slik jeg ser det belyser dette viktigheten av å lytte til pasienten, som selv er ekspert i hans opplevelse. Det belyser viktigheten av hva

samarbeidet har å si for hverdagen til pasienten. Og hvordan det å ikke lytte kan svekke pasientens tillit til pleier og personal.

## 5.0 AVSLUTNING

Hvis man ser på psykiatriens historie er det tydelig at synet på pleien til mennesker i psykose er betydelig endret siden 18-1900-tallet. Synet på å beskytte og overvåke pasientene, gikk over til å omhandle etablering av sosiale relasjoner (Kristoffersen, 2014). Problemstillingen belyser hvordan sykepleier kan skape en trygg relasjon til mennesker i psykose. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg funnet ut at måten sykepleier møter mennesket i psykose ser ut til å være avgjørende for videre samarbeid, og for pasientens videre behandling. Sykepleier må ha kunnskap om hva psykose er, og kunnskap om viktigheten av å møte pasienter med respekt, kunnskap, forståelse og medmenneskelighet.

Mennesker som opplever en psykose kan bære preg av angst og mistillit, da deres virkelighetsoppfatning ofte er svekket. I møte med disse personene er det nødvendig at sykepleier er reflektert over egen holdning, atferd og kommunikasjon. Det å etablere et menneske – til – menneske – forhold kan utvikles i ulike hastigheter, og det er sykepleierens ansvar å danne denne relasjonen. Det kan føre til at det oppstår komplikasjoner i relasjonsbyggingen, og det kan være nyttig for sykepleier å diskutere med kollegaer for å nyansere sitt forhold til pasienten, og jobbe videre mot pasientens beste.

Kommunikasjon og kommunikasjonsferdigheter er vesentlig i etableringen av en relasjon. Sykepleier må nærme seg pasienten med vennlighet, respekt og etter pasientens behov. Det å være i en samtale med mennesker i psykose kan være komplisert og vanskelig, og det er grunnleggende viktig at sykepleier tar hensyn til pasientens behov. Noen kan ha behov for avstand, mens andre kan ha behov for at noen sitter i nærheten, eller holder ens hånd. Sykepleier må samarbeide med pasienten for å kunne finne rammer som pasienten føler seg trygg i.

Jeg synes det er trøblete å gi et kort svar for å besvare denne problemstillingen, da det er flere faktorer som spiller inn i det å danne en trygg relasjon. Funn viser at det er vesentlig at sykepleier følger de grunnleggende prinsippene i sykepleie; empati, omsorg, respekt og et likeverdighetsforhold. Disse prinsippene er hensiktsmessig for at pasienten føler tillit til sykepleieren, og deretter kan klare å åpne seg om sine erfaringer. Videre kan de arbeide mot et behandlingsopplegg i samarbeid for å styrke pasientens ressurser til å mestre sin livssituasjon.



Det jeg har erfart som nødvendig sett fra pasientens perspektiv er det at man blir møtt på en likeverdig måte og at man er tilgjengelig. Det at man som sykepleier kan sette seg utenfor døra til den syke for å minske angsten, eller holde rundt pasienten for å hindre at han skader seg selv, kan være handlinger som fremmer trygghet hos den som er syk. Det er ikke nødvendig å gjøre så store handlinger, eller å si så mye, men vise tilstedeværelse, medfølelse og interesse for pasienten. Det er vesentlig å alltid vurdere pasientens behov, og ta hensyn til om han ønsker nærhet eller avstand.

## LITTERATURLISTE

Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll. & Husum, T. L. (2014). Alternativer til tvang – sett fra et bruker – og fagperspektiv. *Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse*. Erfaringskompetanse.

Hentet fra:

<http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshefte.pdf>

(lest. 16.01.2017).

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling – konfliktløsning - etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.[ Kap. 4, 6, 7 & 12].

Gunasekara, I., Pentland, T., Rodgers. & Patterson, S. (2014). What makes an excellent mental health nurse? A pragmatic inquiry initiated and conducted by people with lived experience of service use. *Journal of Mental Health Nursing*, 23, 101-109.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt; Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg., kap, 1, 13 & 16). Oslo: Gyldendal akademisk.

Jordahl, H. & Repål, A. (2006). *Mestring av psykoser – Psykososiale tiltak – for pasient – pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 1, s. 213-222). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2014). Sykepleier i organisasjon og samfunn. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug. (red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Bind 2, s. 297 – 298).

Lauveng, A. (2006). *Unyttig som en rose*. Oslo: Cappelen.

Lindström, U. Å. (2003). *Psykiatrisk sykepleie – Teorier, verdier og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Løberg, E. M., Johnsen, E. (2016) Psykose lidelser. Hagen, R., Kennair, L. E. O. (red.). *Psykiske lidelser*. [Kap. 5]. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lysnes, M. (1982). *Behandlere – voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mehren, S. (2007) Bønn(IKON). *Nattmaskin*. Oslo: Aschehoug.

Pasient – og brukerrettighetsloven(1999, rettet 2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)*.

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>  
(lest. 27. 02. 2017).

Slettebø, Å. (2014). Forskningsetikk. Brinchmann, B. S. (red). *Etikk i sykepleien*. ( s. 209-224). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2013). *Psykiatri: Kunnskap - forståelse – utfordringer*. Oslo: Akribe. [Kap, 4.]

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, R. (2014). Trygghet. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. Utg., Bind 3, s. 106 – 132). Oslo; Gyldendal akademisk.

Toftthagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatiske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?. *Vård i Norden* 24(72), 4-9.

Travelbee, J. (2010) *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Munksgaard Danmark.

Wyder, M., Blend, R., Blythe, A., Matarasso, B. & Crompton, D. (2015). Therapeutic relationships and involuntary treatment orders: Service users' interactions with health-care professionals on the ward. *Journal of Mental Health Nursing*, 24, 181-189.

## Vedlegg: PICO-skjema

*Hvordan kan sykepleier fremme en trygg relasjon til mennesker i psykose?*

<b>P –</b> Pasient/problem/population	<b>I –</b> Intervention/behandling	<b>C –</b> Comparison/sammenligning	<b>O-</b> Outcome/hensikt
<b>Psychosis</b> - Psykose <b>Nurse</b> - Sykepleier <b>Psychiatric patients</b> – Psykiatriske pasienter	<b>Relation</b> – Relasjon <b>Communication</b> – Kommunikasjon		<b>Interpersonal relations</b> – Mellommenneskelig relasjoner <b>Nurse - patient – relations</b> – Sykeplei og pasient relasjon

Jeg valgte å ikke bruke noen ord på ”Sammenligning”, da jeg ikke referer til noen sammenligning i problemstillingen. Jeg valgte å bruke ”AND” da jeg søkte på artikler for å få en helhet i søket, og finne artikler som omhandlet disse punktene.