

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

**Kandidatnummer: 302** \_\_\_\_\_

**Eksamensnavn: Syba3900** \_\_\_\_\_

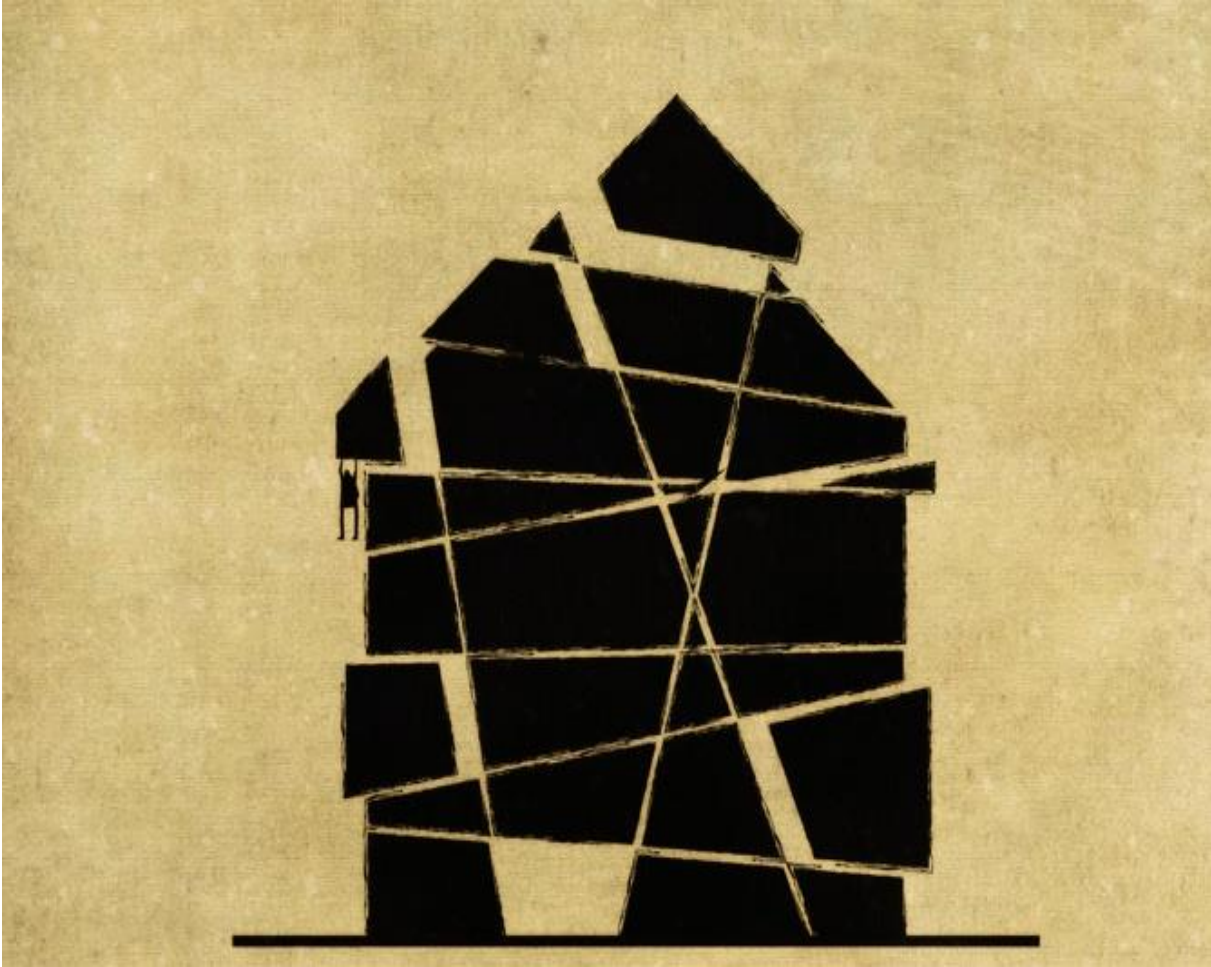
**Dato: 16.03.2017** \_\_\_\_\_

**Klasse: 3E** \_\_\_\_\_

**Kull: 2014** \_\_\_\_\_

**Antall ord: 10 460** \_\_\_\_\_

*«Se mennesket!»*



*Skjermdump; boardpanda.som.*

*«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon styrke pasientens identitet i en post-psykotisk restitusjonsfase?»*

Kull: 2014. Klasse 3E.

Kandidatnummer: 302

Publikasjonsår, 2017

Antall ord: 10 460

## SAMMENDRAG BACHELOROPPGAVE

### Tittel på oppgaven:

«Se mennesket!»

### Sammendrag (abstrakt):

#### **Bakgrunn:**

Det har i de siste årene blitt forsket på sammenhengen mellom identitet, selvopplevelse og alvorlig psykiske lidelser, særlig i forhold til psykose. I pasientfortellinger forklares ofte psykosen som at selvet på en måte har blitt «demontert». Utfordringene i tiden etter at psykosen har «sluppet taket» går så ut på å sette seg selv sammen igjen, og det vil som oftest ikke være mulig å gjøre alene. For å unngå at pasienten opplever å ikke bli sett og møtt på sine individuelle behov i denne fasen, vil kunnskap og refleksjoner rundt hvordan sykepleier kan møte og kommunisere med pasienten vil kunne bidra positivt i en bedringsprosess. Derfor har jeg formulert følgende problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon styrke pasientens identitet i en post-psykotisk restitusjonsfase?»*

#### **Fremgangsmåte:**

Oppgaven er et litteraturstudium, der det er brukt pensumlitteratur, annen faglitteratur og gjennomført søk i ulike databaser for å finne relevant forskning.

#### **Diskusjon, funn og konklusjon:**

Kommunikasjon som styrker identitet innebærer blant annet at sykepleier bidrar til at pasienten gjenvinner og utvikler evner til selvutforskning, selvvurdering og evner til å ta beslutninger og til å kunne ta ansvar for seg selv. For pasienten skal få mulighet til å utvikle seg og bli mer klar over egne muligheter, samtidig som arbeidet også skal bidra til økt selvforståelse rundt svakheter og hvordan kompensere for disse. Sykepleier kan imøtekomme pasientens behov gjennom å være genuin og aktivt tilstedeværende, og gjennom å aktivt arbeide for å se mennesket bak pasienten.

### Nøkkelord:

Sykepleier, kommunikasjon, psykose, identitet.

# Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Hensikt.....	3
1.5 Begrepsavklaringer.....	4
1.5.1 Identitet, Selvpålevelse og selvværd.....	4
1.5.2 «Styrke».....	4
1.5.3 Psykose.....	4
1.6 Oppgavens disposisjon.....	5
2.0 METODE.....	6
2.1. Beskrivelser av metoder.....	6
2.1.2 Søkeprosessen.....	7
2.1.3 Søkord og avgrensninger.....	7
2.1.4 Kildekritikk.....	7
2.1.5 Litteraturgjennomgang.....	8
2.2 Presentasjon av forskning.....	9
2.2.1 Studier gjennomført med metasyntese som metode.....	9
2.2.3 Forskning gjennomført med kvalitativ metode.....	9
2.2.4 Forskning gjennomført med kvalitative metode.....	10
3.0 TEORI.....	11
3.1. Identitet og psykiske lidelser.....	11
3.2 Psykose.....	12
3.2.1.Psykologiske funksjoner som påvirkes av psykosen.....	12
3.2.3 Psykosens faser og forløpsproblematikk.....	13
3.3 Sykepleie til pasienten i post-psykotisk resitutsjonsfase.....	13
3.3.1 Sykepleie i restitusjonsfasen.....	14
3.4 Kommunikasjon.....	16
3.4.1 Travelbee, kommunikasjon som prosess.....	16
3.4.2 Kommunikasjonsferdigheter.....	17

4.0 DRØFTING.....	18
4.1 Pasientens forutsetninger og hindringer. ....	18
4.2 Sykepleie som ivaretar pasientens nye behov. ....	19
4.3 Kommunikasjon som bidrar til positiv selvutforskning. ....	22
4.3.1 Anerkjennelse og samhandling.....	24
4.4 Sykepleiers utfordringer. ....	25
5.0 AVSLUTNING. ....	28
5.1 Forslag til videre arbeid rundt tema.....	29
5.2 Etterord.....	30
Kilder.....	31

## **1.0 INNLEDNING.**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema.**

Min hovedmotivasjon og utgangspunkt for valg av tema er min interesse og nysgjerrighet rundt hvordan psykiske lidelser påvirker menneskets opplevelse av seg selv, altså hvordan det påvirker identiteten. Når mennesket blir en pasient som mottar behandling for en psykisk lidelse mener Solvoll (2016, s. 16) at dette gir utfordringer i forhold til å skape mening, som er et iboende behov mennesket har, og det er omfanget av tvil, usikkerhet og manglende evne til å oppleve mening som vil gi ulik grad av identitetsutfordringer. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på psykosetilstander og spesifikk forløpsproblematikk i en gitt fase.

I møte med pasienter som har psykoselidelser er det i Nasjonale retningslinjer for psykosebehandling blitt utarbeidet en overordnet anbefaling. Anbefalingen går på at utredning, behandling og oppfølging bør være fasespesifikk og individuelt tilpasset. I praksis skal det baseres på pasientens egne valg og prioriteringer, og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet. Det innebærer å tilrettelegge for gode relasjoner og kontinuitet i behandlingen og oppfølgingen av pasienten (Helsedirektoratet, 2013).

Dette forstår jeg som at sykepleier også har et ansvar for å bidra til at pasienten gjenvinner og utvikler evner til å orientere seg i sin unike situasjon. For å kunne oppleve seg selv som verdifull og kunne finne mening i livet vil det være relevant å se på situasjonen som en mulighet til å gjennomgå prosesser hvor identiteten løftes frem og styrkes. Pasienten kan gjennom å forstå seg selv, utvikle seg og bli mer klar over egne muligheter kunne få en større innsikt i hvem han er og hvilke verdier han står for (Hummelvoll, 2012, s. 136). For å utforske sykepleiers betydning for pasientens identitetsprosess har jeg valgt å formulere følgende problemstilling:

### **1.2 Problemstilling.**

*«Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon styrke pasientens identitet i en post-psykotisk restitusjonsfase?»*

### 1.3 Avgrensning.

Pasientgruppen er voksne fra 18 år og oppover som er innlagt på bakgrunn av en psykoseepisode. Jeg ønsker ikke å gå nærmere inn i ulike former for psykoselidelser, fordi kjernesymptomene er felles for alle funksjonelle psykoser, enten de skyldes bi-polare lidelser, reaktive psykoser eller schizofreni (Von Krogh, 2009, s. 101). I likhet vil identitetsproblematikken som oppstår ved psykoselidelser omtales på et generelt grunnlag. Jeg vil ikke gå nærmere inn på psykotisk- tilbaketrekning, aggresjon, omnipotens, kroniske tilstander, depresjon eller disorganisering (Von Krogh, 2009, s. 103-105). I oppgaven vil Travelbees (1966/2010) teorier om kommunikasjon og menneske-til- menneske forholdet knyttes opp til hvordan sykepleier kan kommunisere og samhandle med pasienten. Jeg vil henvende meg til Eide & Eide (2014) og benytte meg av deres formuleringer av relevante kommunikasjonsferdigheter. For å få dypere innsikt i relasjonen og hva kommunikasjonen bør og ikke bør inneholde har jeg valgt forskning fra både pasient- og sykepleieperspektiv. Etiske temaer som stigmatisering, skjerming, makt, tvang og kritikk mot diagnosekulturen og samfunnsøkonomiske forhold innen psykisk helsevern vil jeg ikke inkludere. Pasientens rettigheter og autonomi vil inkluderes som et bidrag for å begrunne hensikt, men ikke utdypes i særlig grad. Jeg anser etiske temaer som viktig, men jeg har tatt valget ut ifra at dette vil ikke få plass i oppgaven, både med tanke på ordrammen og problemstillingens fokus.

Konteksten for møtet med pasienten er satt til en langtidsavdeling og pasienten er i en bedringsprosess, det vil være relevant å tenke at pasienten snart bør bli mobilisert og forberedt på utskrivelse. Kommunikasjonen jeg skriver om i oppgaven er utelukkende rettet til sykepleier- pasient relasjonen og vil ikke omhandle miljøterapi, miljøaktiviteter, familieorientert terapi, gruppeterapi eller behandlingstilbudet for øvrig som helhet.

## 1.4 Hensikt.

Hensikten med denne oppgaven vil være å oppnå økt kunnskap innen tema, å kunne løfte frem viktigheten av å møte pasienten som menneske. Ønsket med oppgaven er å oppnå refleksjonsevner rundt hva sykepleier kan bety for pasienten som opplever store utfordringer knyttet til sin identitet. Sykepleier har både et etisk og juridisk ansvar for å ivareta pasientens autonomi for pleien pasienten mottar skal ta utgangspunkt i respekten for menneskets iboende verdighet (Pasient- og Brukerrettighetsloven [prbl], 1999, §3.1-3.3) (Helsepersonell loven [hpl], 1999, §4.0). Dette menneskesynet skal bidra til at pasienten ikke blir krenket og samtidig sikre retten til helhetlig pleie (Norsk Sykepleierforbund, [NSF], 2011). Det er også hensiktsmessig at jeg oppnår innsikt i kommunikasjonens betydning i samhandling med pasienten, slik at jeg kan unngå å gi pasienten en opplevelse av å ikke bli sett og ivaretatt, men at pasientens individuelle behov og opplevelse av sin helsetilstand blir synliggjort (Solvoll, 2016, s. 26).

Min mening er at arbeidet med denne oppgaven også kan gi en generell kunnskap og innsikt i identitetsproblematikk. Som Solvoll (2016, s. 19) skriver, så gjør de fleste mennesker seg ulike erfaringer rundt både det å ha god helse og oppleve sykdom, og erfaringene er formet av både individuelle faktorer og omgivelsenes forestillinger. Uansett om det er somatiske eller psykiske tilstander så er det nyttig å vite mer om hvilke refleksjonsevner og kommunikasjonsferdigheter som er relevant for sykepleier å ha, utvikle og vedlikeholde. Jeg håper dette arbeidet vil gi meg en innsikt i hvordan sykepleier kan imøtekomme pasienters unike eksistensielle behov ved sykdom. I praksis har jeg observert og reflektert rundt akkurat dette, for det virker som at det gir en veldig positive effekt når sykepleiere tydelig viser interesse for pasienten som menneske og hvordan sykdommen oppleves for akkurat det individet, ikke kun som sykdommen, symptomene eller hvilket romnummer pasienten har. Det å arbeide for å synliggjøre mennesket bak sykdommen har inspirert meg og gitt meg ambisjoner rundt hvilke holdninger og ferdigheter jeg selv ønsker å besitte som sykepleier.



## **1.5 Begrepsavklaringer.**

For å tydeliggjøre begrepene identitet, selvopplevelse og selvverd har jeg forsøkt å avklare begrepene og definere de ut ifra pensum og annen selvvalgt litteratur. Jeg vil også avklare begrepet «styrke» og fenomenet psykose.

### 1.5.1 Identitet, Selvopplevelse og selvverd.

Identitet kan forstås som det organiserende prinsipp i menneskets personlighet, identiteten er ansvarlig for menneskets samlede enhet og for den stabile kontinuitet (Hummelvoll, 2012, s. 136). Selvopplevelse og selvverd er nyanser av identiteten, og jeg har valgt å bruke disse tre begrepene fordi de settes i sammenheng både i forskning på området og i relevant litteratur (Hummelvoll, 2012, s. 136).

### 1.5.2 «Styrke».

I problemstillingen har jeg brukt ordet «styrke» som et formål i kommunikasjonen sykepleier anvender i relasjonen med pasienten. Styrke som begrep har vært utfordrende å definere, men jeg vil si dette handler om en egenskap som er ønskelig og gir som oftest positive assosiasjoner, fordi det kan handle om å øke noe, gjøre noe bedre for så å oppnå noe man ønsker. Dette kan jeg begrunne ved å henvende meg til Solvoll, hun skriver at en styrket bevissthet om hva en selv tenker og føler er viktig for å oppnå bedring i en personlig utviklingsprosess (Solvoll, 2016, s. 33).

### 1.5.3 Psykose.

Psykose forklares som et fenomen og beskrives som en psykologisk oppløsning og et kaos (Von Krogh, 2009, s. 101). Kjennetegn ved psykosetilstander er at det oppstår forstyrrelser i tanker, persepsjon, affekt og at dette innebærer at pasienten får og har alvorlige forstyrrelser i sin virkelighetsoppfatning (Snoek&Engedal, 2008, s. 69). Kjernesymptomene kan variere i styrke og omfang, men karakteriseres i hovedsak som vrangforestillinger i forhold til bisarre ideer, tankekaos, hallusinasjoner, angst og ulik grad av manglende kontroll over egen atferd (Cullberg, 2001, s. 37). I psykiatrisk sykepleie forstås de funksjonelle psykosene utifra at det er flere faser, og hver fase har sin egen problematikk.

## **1.6 Oppgavens disposisjon.**

I kapittel en, har jeg gjort rede for bakgrunn av valgt tema, avgrenset oppgaven, definert innholdet i begreper jeg har i problemstillingen og hvilken hensikt jeg mener oppgaven har. I kapittel to, metodekapittelet, vil jeg redegjøre for litteraturstudiets innhold, presentere søkeprosessene og vise til fremgangsmåten søkene er gjennomført før jeg viser kunnskap om kildekritikk og en kort litteraturgjennomgang. I kapittel tre, teorikapittelet, vil jeg presentere utvalgt forskning og relevante funn. Kapittel tre, teorikapittelet, inneholder en redegjørelse av identitetsteori. Psykose, psykosens stadier, hvilke kognitive funksjoner som påvirkes ved psykose og generell sykepleie til pasienter i post-psykotisk restitusjonsfase. Og til slutt presenteres utvalgt kommunikasjons- og sykepleieteori.

Kapittel fire, drøftingskapittelet, vil jeg drøfte pasientens identitetsproblematikk, kommunikasjon som styrker pasientens evne til å forstå seg selv og hvilke utfordringer sykepleiere kan møte i dette arbeidet. Avslutningen vil bestå av en oppsummering av prosess, funn og refleksjoner rundt sammenhenger som kan bidra til å svare på formulert problemstilling.

## 2.0 METODE

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2012, s. 111).*

I den litterære oppgaven beskrives ikke en bestemt metode, men fremgangsmåten som er brukt for å finne relevant litteratur. I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleier Forbund, [NSF], 2011) og i helsepersonell loven (hpl, 1999, § 4.0) er det et krav om å inkludere kunnskapbasert praksis i sin yrkesutøvelse som sykepleier. Dette betyr at yrkets kunnskapsgrunnlag skal være forskningsbasert, erfaringsbasert, inkludere brukeren og alltid sees utifra en gitt kontekst (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Et litteraturstudie baserer seg på allerede eksisterende kunnskap og derfor må fremgangsmåten vise hvordan funn er gjort. Videre må utvalgt litteratur begrunnes ut ifra hvilken relevans og forbindelse det har i forhold til oppgavens problemstilling (Dalland, 2012, s. 228). Dette kapitlet inneholder beskrivelse av konkrete søkeprosesser, hvor databaser og søkeord har blitt benyttet. Bacheloroppgaven som helhet er basert på litteratur fra pensumbøker, selvvalgt litteratur og forskningsartikler (Thidemann, 2015, s. 98) og jeg vil beskrive hvilke kriterier jeg har gått ut fra for å velge artikler og litteratur.

### 2.1. Beskrivelser av metoder.

En metasyntese er en litteraturoversikt hvor forskerne systematisk har gjennomgått allerede eksisterende kunnskap og data er inkludert, som er en sekundærkilde, for så å drøfte funn på nytt opp mot nye funn. Dette er en prosedyre hvor kvalitativ forskning sammenstilles (Thidemann, 2015, s. 98). Kvantitative metoder innhenter kunnskap som er målbare, denne metoden gir muligheter til å gjøre større oversiktsstudier og videre gi viktig informasjon som gir materiale til blant annet statistikk (Dalland, 2012, s. 112). Kvalitative metoder innhenter kunnskap som ikke er målbare, metoden brukes for å innhente mening og opplevelser rundt et tema (2012, s. 113), gjerne som intervju eller ustrukturerte observasjoner.

### 2.1.2 Søkeprosessen.

Aktuelle databaser som jeg har søkt i har vært gjennom Høyskolens søkeportal. I databasene Cinahl, psychinfo, Medline, SweMed+ og CochraineLibery har jeg gjort flere runder med søk, og antall treff har vært i Cinahl- 9 treff, psychinfo- 4 treff, Medline- 14 treff, Cochrainlibery- 25 treff. Målet har vært å finne kvalitativ forskning som har tatt utgangspunkt i sykepleieperspektivet, og annen forskning med utgangspunkt fra pasientperspektivet.

### 2.1.3 Søkeord og avgrensninger.

Kriterier og avgrensninger jeg har gjort har vært språk- Norsk, Dansk, Svensk og Engelsk. Årstall for publisering har blitt avgrenset til 2004-2017 og det har blitt gjort en geografisk avgrensning til forskning som har blitt utført og publisert i Europa og Nord- amerika. Søkeordene jeg har benyttet meg av har jeg utarbeidet gjennom å samle søkeord fra pensumlitteratur, forskning og ved å finne Mesh- termer. Som utgangspunkt hadde jeg laget følgende søkeord på Norsk; Sykepleier, psykisk helse, psykiatrisk avdeling, identitet, pasientfortellinger, psykose, post-psykose, bedringsprosess, kommunikasjon, voksne, etikk, terapeutisk relasjon, sykepleier-pasient relasjon. Søkeordene ble utarbeidet og oversatt til følgende søkeord; OR- Nurse, Mental health nursing, psychiatric nursing. OR- identity crisis, cost of illness, identitywork, «identity» «recovery». OR- Mental health, psychiatric ward, psychiatric hospital. OR- Communication, nurse- patients relationship, therapeutic communication, communicationskills, mental health /nurse communication education. Videre inkluderte jeg; adult, psychotic diorders, nursing skills. Før jeg søkte med AND- psychiatric/mental health nursing, identity/identitywork, adult, ethical, psychosis/psychoticdisorders, recovery, therapeutic communication/skills.

### 2.1.4 Kildekritikk.

Kildekritikk betyr at man vurderer kvaliteten og karakteriserer kildene og metodene som er brukt. Hensikten er at leseren skal se refleksjonene jeg som student har gjort for å kunne se om valgt litteratur er holdbar, relevant og gyldig til å besvare problemstillingen (Dalland, 2012, s. 73). Derfor er det viktig at jeg redegjør for fremgangsmåten for innhenting av kildene, slik jeg har gjort i de to tidligere underkapitlene. For å utøve kildekritikk er grunnlaget kunnskap, der det skal komme tydelig frem hva de ulike kildene har bidratt med. I følge Dalland (2012, s. 78) kan det være en fordel å benytte primærkilder for å unngå

eventuelle feiltolkninger eller unøyaktigheter, da en primærkilde vil gi direkte eller førstehåndsbevis om et emne. Likevel har jeg valgt å inkludere sekundærkildene fordi metasyntesene gir en god oversikt og studiene viser til publiserte og godkjente studier. Forskningen som brukes i oppgaven presenteres i neste kapittel og vil inkludere hvilken metode studiene har brukt og hvilke funn som er relevant for oppgavens problemstilling. Gjennom å velge forskning hvor ulike metoder har blitt benyttet og inkludere både eldre og nyere relevant litteratur håper jeg på å oppnå ulike perspektiver og en bredere forståelse rundt valgt tema. Likevel har jeg vært bevisst på at en litteraturstudie har sine begrensninger og svakheter, det er mye litteratur tilgjengelig på området, og jeg kan derfor ha oversett relevant og viktig litteratur, det er også muligheter for at jeg ikke har oversatt helt korrekt fra Engelsk til Norsk når jeg har lest forskning. Et annet punkt jeg også vil nevne er at det finnes særlig mye kvalitativ forskning rundt psykisk helse, derfor har jeg forsøkt å være bevisst rundt det at forfatterens personlige tolkning kan ha preget den valgte litteraturen, som igjen kan påvirke meg som lesere og mine refleksjoner når jeg drøfter.

#### 2.1.5 Litteraturgjennomgang.

I oppgaven har pensumlitteratur i hovedsak blitt hentet fra emnet psykisk helse, bøkene jeg har valgt å bruke er skrevet av, Hummelvoll (2012), Von Krogh (2009), Snoek & Engedal (2012). Annen pensumlitteratur er hentet fra «grunnleggende sykepleie» bind 3 (2016), Dalland (2012), Travelbees sykepleieteorier (2010), Eide&Eide (2014) og Slettebø (2013). Som selvvalgt tilleggslitteratur hentet fra bøkene til Cullberg (2001), Oterholt & Brox Haugen(red) (2015). Nettressurser jeg har innhentet kunnskap fra er rethink.org (2015), Helsedirektoratet.no (2017) og Lovdata.no (2017).

## 2.2 Presentasjon av forskning.

### 2.2.1 Studier gjennomført med metasyntese som metode.

Den første artikkelens formål var å forsøke på å bidra med tilleggskunnskap til allerede eksisterende kunnskap, gjennom å formulere nye forskningsspørsmål innen tematikken. Publikasjonen «*A striving towards normality; illness- related beliefs among individuals living with a psychotic disorders*» Syrèn & Hultsjø (2014)» er fra Universitetet i Linnaeus, Sverige. Studie er relevant for min oppgave fordi den både gir en oversikt over tidligere forskningsprosjekter og er interessant i form av at forskerne søker utvidet forståelse av allerede eksisterende kunnskap. Materialet de presenterer i forskningen handler i hovedsak om pasientens opplevelse og forståelse av sykdomsårsak, hva det vil si å være «normal» og hva bedring vil si i forhold til sin psykiske lidelse. Forbindelsene mellom selvopplevelsen, identitet, egenverd og mulighet for bedring er fokus i forskningen og vil derfor være relevant i denne oppgavens drøftningsarbeid.

Den neste artikkelen; «*What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature*» av Dziopa & Ahern, 2008, er et større litteraturstudie hvor forskning rundt tema sykepleier-pasient relasjonen har blitt samlet og analysert. Materialet som forskerne har valgt kommer fra 31 forskningsstudier publisert mellom 1996-2008. Søket de gjorde for å innhente studiene gjorde de i Medline, Cinahl og PsychInfo. Utvalget er begrunnet med at publikasjonene de fant var utført med lik metode (kvalitative), men alle presenterte særegne fokusområder i sin forskning og derav ulike funn. Studiet som Dizopa & Ahern (2008) har gjennomført har hatt som formål å utvikle en konkret oversikt over hvilke verktøy sykepleier kan benytte seg av i møtet og relasjonen med pasienter som har hatt alvorlig psykiske lidelser. Relevansen iforhold til min oppgave er at den gir bred oversikt over funn fra en periode på 12 år, og har fokus på sykepleier-pasient relasjonen i psykiatrisk sykepleie. Forskerne har konkretisert hvilke særegne ferdigheter og evner sykepleier må utvikle for oppnå nær relasjon med pasienten, og hvordan dette kan bira til å oppnå gode terapeutiske relasjoner på en konstruktiv og effektiv måte.

### 2.2.3 Forskning gjennomført med kvalitativ metode.

Den kvantitative forskningsstudie jeg har valgt tar utgangspunkt i en spørreundersøkelse med formål å se på hvordan sykepleierne opplevde å få brukt ny ervervet kunnskap i praksis. Funn

fra undersøkelsene gikk utifra hvordan sykepleiere opplevde at muligheter for økt kompetanseområder kunne fungere i møte med pasientene. «*Getting psychosocial intervention into mental health nursing practice: a survey of skills use and perceived benefits to service users*» Butler, Begley, Parahoo & Finn (2013). Dette gir min oppgave innsikt i områder som kan føre til begrensninger i relasjonsbygging. Det er relevant å se på funn fra studie om sykepleiers muligheter for konkret anvendelse av sin kompetanse.

#### 2.2.4 Forskning gjennomført med kvalitative metode.

«*Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for patients with serious mental illness: considerations for mental health professionals*». av; Buck, Roeb, Yanosc, Bucked, Fogleye, Grante, Lubina & Lysaker (2013). Er fra USA og undersøker utfordringene pasienter med psykiske lidelser kan oppleve i bedringsprosessen, den fokuserer på pasientreaksjoner og utfordringer som ofte er usnakkert i bedringsprosessen. Funn viste til at bedring ofte er forbundet med usikkerhet og en form for sorg over å ikke kunne beskytte seg bak symptomer og et «tap» av den kjente identitet. Så undersøker studie hvordan sykepleier kan få en økt bevissthet og refleksjonsevner, og om dette kan bidra til en mer effektiv og støttede bedringsprosess for pasienten. Relevans i forhold til mitt valg av tema er at forskningen fokuserer på hvordan helsepersonell møter pasientens usikkerhet og sorg rundt identitetstap av sin lidelse/sykdom på vei til bedring. Studiets form har forskerne utarbeidet gjennom å bruke 4 pasientfortellinger fra klinisk praksis, hvor aktuelle utfordringer er synliggjort. «*Going beyond: Users experiences of helping professionals*» Av Topor & Denhov (2015). Studie anerkjenner viktigheten av trygge og nære relasjoner mellom sykepleier og pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Målet for studie var å analysere konkrete sykepleiehandlinger som var av verdi for pasientene. 58 pasienter med alvorlig psykisk lidelse, som var i en bedringsprosess, ble intervjuet i forsøk på å identifisere konkrete handlinger som bidro til relasjonsbygging. Arbeidet med å analysere svarene ble sortert i subkategorier. Funn viste at ved å fremme individualitet, minimere hierarki- kommunikasjon og synliggjøring av menneskelighet både hos sykepleier og pasient var med på å styrke relasjoner i et behandlingsforløp.

## 3.0 TEORI

### 3.1. Identitet og psykiske lidelser.

Det har i de siste årene blitt forsket mye på sammenhenger mellom identitet, selvopplevelse og alvorlig psykiske lidelser, særlig i forhold til psykose (Slade, 2015, Lauveng, 2015, Solvoll, 2016). I forskningen blir det stadig trukket frem hvor viktig det er å se forbi de generelle symptomene og heller fokusere på kjerneproblemet, som er de forstyrrelsene pasienten har i sin grunnleggende selvopplevelse (Gjengitt etter Lauveng, 2015, s. 69).

Selv-begrepet består i følge Hummelvoll (s. 143-149) av menneskets oppfattelse av seg selv, et bilde man har av seg selv. Dette «bildet» av seg selv er ikke noe man kan se eller fysisk ta på, verken i seg selv eller hos andre. Som Hummelvoll videre skriver gjør dette at mennesket skaper en mening rundt sin tilværelse gjennom å ha evnen til å selv-aktualisere seg selv, som betyr å skille mellom seg selv og omgivelsene,. Hummelvoll mener at denne prosessen skjer gjennom at individet utvikler evner til refleksjon, får kunnskap om seg selv. Slade (2015) forklarer at når det oppstår identitetsproblematikk ved psykisk sykdom, så er det relatert til en endring i deler av den eksisterende identitetsopplevelsen samtidig som det skjer utvikling av nye identitetslementer, identiteten består av mange ulike deler, men fungerer sammen som en helhet. Hummelvoll beskriver sammenhengen mellom identitetens kompleksitet som at selvbildet består av et samspill mellom menneskets ulike behov og følelser, forbindelsen mellom dem er at behovene gir drivkraft for å utføre handlinger, mens følelsene våre er delvis ubevisste selvvurderinger av opplevelser. Identiteten beskriver Solvoll (2016, s. 16) som den oppmerksomheten menneske har av å være seg selv, dette skjer gjennom å vurdere seg selv og ved å ha en bevissthet rundt alle sidene ved seg selv. Identiteten er altså opplevelsen av seg selv i en samlet og integrert helhet. Gjennom å vurdere seg selv ser mennesket sin egen verdi, som gir egenverd, selavktelse og bidrar til opplevelsen av selvkontroll.



## 3.2 Psykose

Psykose som fenomen uttrykker definisjonsmessig en forstyrrelse i selv/objekt-differensieringen (Cullberg, 2001, s. 52). Personen har en forstyrrelse i evnene til å skille mellom seg selv og andre, sanseinntrykk blir ikke organisert på en forståelig måte og gi en usammenhengende tilværelse preget av manglende evne til å skape mening av omgivelsene sine og seg selv (s. 52-55). Symptomene vil variere i styrke og omfang, men følgende kjernesymptomer vil alltid være tilstede; vrangforestillinger, hallusinasjoner og atferdsavvik (Cullberg, 2001, s. 37). En psykose kan være funksjonell eller organisk betinget, hvor de funksjonelle psykosene er forårsaket av langvarig funksjonshindring mens organiske psykosener er utløst av fysiologiske/patologiske forandringer i hjernen (Cullberg, 2001, s. 171).

### 3.2.1.Psykologiske funksjoner som påvirkes av psykosene.

Psykosene gjør at pasienten opplever stor uklarhet rundt egen selvopplevelse og tenker ofte negativt om seg selv som gir et lavt selvbilde. Hummelvoll påpeker at sykepleiers utfordringer blir å holde motivasjonen til pasienten oppe, slik at pasienten får mot til å undersøke egne utfordringer, bekrefte seg selv som den han er og til å se hvilke muligheter han har (2012, s. 142). Gjennom denne prosessen kan pasienten utvikle seg og få økt selvforståelse rundt svakheter og hvordan kompensere for disse (2012, s. 142-144).

Psykosene skaper en realitetsbrist ved at evnen til å realitetsteste egne fantasier og hvordan ytre stimuli tolkes forstyrres. Det skapes ulogiske tankerekker og derav vrangforestillinger. Når psykosene påvirker sansningen blir omgivelsene uforståelige, hallusinasjoner og stemmer i hodet kan gi opplevelser av å bli styrt av andre. Pasienten vil da ha problemer med å skille seg selv fra andre, de identitetsavgrensende evner forsvinner (Von Krogh, 2009, s. 103). Fordi forsvarsmekanismene er nede vil tapet av identitetsavgrensning føre til psykisk smerte og omfattende angst, pasienten kan da forsøke å lindre smerten og angsten ved å projisere følelser på omgivelsene. Samtidig vil tap av impuls kontroll gjøre at pasienten mister, i varierende grad, evnen til å styre eller kontrollere lystimpulsene. Grunnen til at jeg inkluderer dette i oppgaven er fordi det viser hvor omfattende en psykose kan være i forhold til pasientens opplevelse av seg selv og forståelse av egen identitet. Von Krogh (2009, s. 103-104) skriver at jo lengre pasienten har vært psykotisk, jo lengre tid vil det ta å gjenvinne oversikt og trygghet i forhold til seg selv og omgivelsene.

### 3.2.3 Psykosens faser og forløpsproblematikk.

Promodalfasen, eller «Varselsfasen», er den tiden før symptomene er inngrepene og blir oppdaget, altså før personen kommer i kontakt med helsevesenet. I følge Møller (2015, s. 178-180) kan pasienten i denne fasen oppleve økende ubehag, angst og dyp eksistensiell forvirring eller endring i identiteten og/eller selvopplevelsen. I Pre-psykotisk fase (Von Krogh, 2009, s. 103.) er tilbaketrekning vanlig, og gjør det vanskelig å identifisere at det er en psykoseutvikling. Pasienten klarer ikke å forholde seg til omverden og trekker seg bort fra andre og inn i seg selv.

I den psykotisk fasen (2009, s. 105) vil evnen til mestring opphøre og pasienten kommer inn i en regressiv prosess. Regressiv betyr i følge Hummelvoll -å gå tilbake til en tidligere tilstand, hvor utviklingsmuligheter er redusert. I den post-psykotiske fasen (Von Krogh, 2009, s. 111) vil vrangforestillingene pasienten har hatt i psykotisk fase forsvinne, dette vil ofte gjøre at pasienten opplever en sterk angst og stor psykisk smerte, dette er fordi det ikke lengre er ubevisste opplevelser og følelser. Pasienten er da klar over sin egen situasjon og virkeligheten kan virke uoverkommelig og håpløs. Mange vil tvile på egen kapasitet, tvile på egen fremtid og muligheten for å klare seg etter utskrivelse. I utskrivelsesfasen kan pasienten da få mer angst og regrediere på grunn av denne tvilen (2009, s. 111). Særlig i forhold til forandringer og snakk om mobilisering som retter seg mot utskrivelse. Denne angsten er ikke psykotisk, men eksistensiell, fordi pasienten er klar over sin egen situasjon. Angsten utløper fra en uoverkommelig opplevelse av tvil og usikkerhet, mange føler seg svake, ynkelige og som en byrde for andre (2009, s. 112).

### **3.3 Sykepleie til pasienten i post-psykotisk restitusjonsfase.**

Det overordnede mål for sykepleien i den post-psykotiske restitusjonsfasen (heretter kalt restitusjonsfasen) mener Hummelvoll (2012, s. 344) handler om å stimulere pasienten til å vokse, utvikle seg og bli mer klar over egne muligheter, samtidig som arbeidet skal bidra til økt selvforståelse rundt svakheter og hvordan kompensere for disse. Meningen er at dette skal kunne bidra til at pasienten får en klarere selvoppfattning, opplevelse av personlig integritet, bedre relasjoner, til å håndtere hverdagens oppgaver og evne til å orientere seg i forhold til omgivelsene (2012, s. 344). Den post-psykotiske restitusjonsfasen (Von Krogh, 2009, s. 112-113) er preget av at håpet kommer tilbake, som den i post-psykotisk depresjonsfasen sjelden gjør. Pasienten har gjenvunnet tro på fremtiden, det ligger mer optimisme og mindre tvil

rundt egne muligheter. Von Krogh skriver at pasienten i restitusjonsfasen kan oppleve seg selv som mer skjør enn før selve krisen, dette viser seg i form av angst, varhet for avvisning og en hyppig tendens til regresjon. Det vil i noen tilfeller være slik at pasienten opplever «skygger» av psykosen i denne fasen, fordi selvopplevelsen har blitt så utsatt vil det kunne oppstå øyeblikk med tvil rundt de tidligere forestillingene og miste oversikt over hva som er ekte og ikke ekte (Hummelvoll, 2012, s. 65).

### 3.3.1 Sykepleie i restitusjonsfasen.

Forutsetningene for å kunne samarbeide og utføre meningsfulle aktiviteter hevder Hummelvoll er bygget på bevisst refleksjon, kunnskap om seg selv, selvvurdering, selvaktelse og selvkontroll. Pasienten i restitusjonsfasen vil ha forutsetninger for å kunne aktivt delta i å definere problem og videre mål i sitt forløp, og derfor mener Hummelvoll at gjennom kommunikasjon og samhandling kan pasienten gjenvinne sin selvstendighet som gir muligheter for å kunne ta meningsfulle valg i eget liv. Samhandle eller samarbeide er også et mål i seg selv fordi det styrker refleksjonsevner og skaper muligheter for problemløsende prosesser (Hummelvoll, 2012, s. 351).

Slades (2015) råd i denne sammenhengen er at sykepleier først må kartlegge pasientens selvforståelse og selvbylde. Slade anbefaler som en del av denne kartleggingen at sykepleiere forsøker å finne måter som synliggjør pasienten når symptomene er fremtredende og videre øke samhandlingen når pasienten er i en friskere fase. Det inkluderer å lytte aktivt til det pasienten forteller om seg selv, slik at alternative forståelser kan undersøkes og åpne opp for nye oppdagelser om selvbildet (Hummelvoll, 2012, s. 143). En lyttende væremåte mener Hummelvoll er nødvendig i samtaler, fordi det vil fungere anerkjennende og kan være positivt for pasientens prosess med å oppnå en klarere selvforståelse (2012, s. 143-144). Hummelvoll (2012, s. 143-145) hevder at en holdning hos sykepleier som viser toleranse for pasientens reaksjoner bidrar til å dempe angst og usikkerhet hos pasienten. Dette krever at sykepleier er tålmodig, viser romslighet, varme, gir positive bemerkninger og godartet kritikk (Von Krogh, 2009, s. 195). Det motsatte av toleranse er «fiendtlighet», og er en uønsket holdning som består av å være moraliserende, skape skyldfølelse, avvise, straffe og krenke. Dette vil kun bidra til økt angst, usikkerhet og til økte symptomer (2009, s. 195).

Slade (2015) anbefaler også at sykepleier og pasienten arbeider med å utarbeide en «rammeforståelse» av den psykiske lidelsen, dette innebærer at pasienten får innsikt og en forståelse av den delen av seg selv som helsepersonellet oppfatter som psykisk syk. Forståelse kan oppnås på ulike måter skriver Slade, det kan være en diagnose eller en beskrivelse, eller den kan være uten tilknytning til faglige modeller. Selvvurdering hevder Hummelvoll (2012, s. 143-144) består av sykepleie som oppfordrer pasienten til å se nærmere på sin egen væremåte og hvilke konsekvenser det har gitt, som hvordan han tidligere har møtt utfordringer og problemer. Målet med dette arbeidet mener Hummelvoll vil være å hjelpe pasienten til å se at problemene bare er en del av hans situasjon, og fokusere på synliggjøre pasientens sterke sider. Konfrontasjon hevder Hummelvoll kan være en del av det arbeidet, gjennom konfrontasjon vil sykepleier kunne tilby informasjon som pasienten kanskje ikke har sett, eller ikke ønsker å se, betydningen av (Hummelvoll, 2012, s. 147).

I Slades (2015) råd om bedring er personlig ansvar er viktig for å kunne forstå erfaringene sine iforhold til sin psykiske lidelse for å oppnå en tydeligere kontekst hvor sykdommen blir en del av livets utfordringer, altså ikke overskygger hele livet. Dette skal være med på å muliggjøre utvikling av evner til å ta ansvar for eget liv. Slade anbefaler at sykepleier og pasienten kan sammen formulerer og planlegger mulige løsninger uten at sykepleier forsøker å overtale pasienten til løsninger (Slade, 2015). Målet er å få frem pasientens egne ønsker for hva som skal realiseres (Hummelvoll, 2012, s. 148). Pasienten kan ha for urealistiske krav til seg selv og det kan føre til opplevelse av håpløshet, fordi det bidrar til en konstant utilstrekkelighet. Sykepleien må forsøke å stimulere pasienten til å justere seg etter yteevnen, det skriver Von Krogh at kan være å bidra til et mer her-og-nå perspektiv (2009, s. 212). Forslaget hun presenterer er at sykepleier kan konkret bidra ved å komme med relevante forslag til treningsmuligheter for å oppnå at pasienten opparbeider seg evner til å ta ansvar for seg selv og det å kunne ta egne beslutninger. Både Hummelvoll, Slade og Von Krogh legger vekt på viktigheten av å utvikle verdsatte sosiale roller. De mener at det gir grunnlag for egenverd gjennom å oppleve mestring i sitt eget liv, at livet kan være meningsfylt, for ved å utvikle sosiale roller som ikke har noe med psykisk sykdom å gjøre kan gi næring til den spirende identiteten til mennesker i bedring.

### 3.4 Kommunikasjon.

Kommunikasjon kan defineres som «utveksling av menings-eller betydningsfullt- innhold mellom individer og grupper gjennom felles system av symboler. Kommunikasjonsbegrepet betyr blant annet; å gjøre noe felles eller å ha en forbindelse (Eide&Eide, 2014, s. 17).

Kommunikasjon i en profesjonell forståelse beskriver Eide&Eide (2014, s. 12) som hjelpende kommunikasjon. Innholdet i hjelpende kommunikasjon forutsetter beherskelse av en lang rekke ferdigheter, men samtidig er den åpen og preget av noe uvisshet og uforutsigbarhet (2014, s. 12), kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, og Eide & Eide mener dette gjøres ved å aktivt lytte, være åpen og direkte. Dette forutsetter at sykepleier har satt seg inn i pasientens sykdomshistorie og behandlingssituasjon på forhånd. Eide&Eide påpeker at ord og uttrykk gir individuelt ulike assosiasjoner og nonverbal kommunikasjon kan være flertydig, det gjør at sykepleieren må forsøke å oppfatte dette komplekse samspillet, videre forsøke å se helheten og komme med tilpasset respons på det som blir formidlet av pasienten (2014, s. 14-15).

#### 3.4.1 Travelbee, kommunikasjon som prosess.

Joyce Travelbee (2010, s. 123.) mener at kommunikasjon som en prosess som kan sette sykepleier i stand til å etablere et menneske- til menneske forhold, og dermed oppfylle formålet med sykepleien; å kunne hjelpe individer og familier med å forebygge og håndtere erfaringer med sykdom og lidelse. Om nødvendig vil sykepleier kunne hjelpe dem til å finne mening i erfaringene. Hennes forståelse av et menneske- til- menneske forhold og hennes menneskesyn viser konsekvent til viktigheten av å respektere individet.

Travelbee (2010, s. 158-159) har også definert ulike former for møter mellom mennesker og poengterer at der hvor sykepleier-pasient kommuniserer kan bære preg av å være situasjonsbetenget, men det bør unngås fordi det går ut fra sykepleiers premisser. Sykepleier må forsøke å innhente den viktige informasjonen som kan bidra til planlegging av sykepleieintervensjoner, dette krever ferdigheter og kunnskap med en intellektuell og terapeutisk tilstedeværelse (Travelbee, 2010, s. 125). For å kunne utøve dette mener Blix Flage (2015, s. 119-120) at sykepleier må ha en evne til å reflektere og selvavgrense seg selv. At gode kommunikasjonsferdigheter utvikles når sykepleier søker kunnskap, gjøre seg erfaringer og øver bevisst. Travelbee (2010, s. 125) påpeker at dette skjer når sykepleier er observant og aktivt tilstede i situasjonen, og derav kan søke og oppdage nye muligheter videre

i kommunikasjonen med den enkelte pasient. En del av forståelsen for kommunikasjonen karakter er at i hvert enkelt møte mellom to mennesker er det stigning og fall i innflytelse og motinnflytelse, sykepleier og pasient observerer hverandre og kommuniserer tanker, følelser og holdninger (2010, s. 125), kommunikasjonen er altså både verbalt og nonverbalt.

Kommunikasjonen er en prosess hvor man deler med hverandre, men individet vil ikke dele noe betydningsfullt med noen andre før det er sikkert at det som deles blir anerkjent, og ikke ignorert, avvist eller latterliggjort. Travelbee mener at hvis sykepleier ikke er interessert i pasienten som menneske vil denne manglende interessen synliggjøres i kommunikasjonen, uansett hva som sies eller gjøres. Menneske-til menneske forholdet vil etableres hvis partene beveger seg bort ifra der rollene pasient og sykepleier er tydelig adskilt, hun mener at det er i en slik relasjon mulig å oppnå gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleier må forsøke å se pasienten som et individ og åpne opp for et mer helhetlig perspektiv. (Travelbee, 2010, s. 155-157). Slettebø (2013, s. 72-73) skriver at Travelbee både implisitt og konkret forholder til et menneskesyn hvor alle mennesker er unike individer, dette påvirker sykepleiers holdninger og evne til å se pasienten. Dette mener Slettebø viser at hun har respekt for individet og gjør at teorien hennes er gyldig i dagens sykepleie.

#### 3.4.2 Kommunikasjonsferdigheter.

Sykepleier må være bevisst på at hun kan kommunisere noe med kroppsspråket men noe annet verbalt, som kan føre til en inkongrens, dette kan føre til misforståelser og dårlig kommunikasjon i relasjonen videre (Eide&Eide, 2014, s. 205). Nonverbal kommunikasjon sier ofte noe om relasjonen, for både tanker og følelser kan synliggjøres nonverbalt, noen ganger uten at en selv vet om det. Faren er at de nonverbale tegnene kan være flertydige og vanskelig å forstå (2014, s. 200-201). Nonverbal kommunikasjon uttrykkes på mange ulike måter, (2014, s. 202) men kan grovt sett deles inn i 7 forskjellige grupper, bestående av ansiktsuttrykk, blikket, kroppen, stemmen, tempo, berøring, stillhet og ikke-ord. I bekreftende kommunikasjonsferdigheter handler det om å vise den andre at man ser og forstår. Dette kan gjøres konkret ved å følge pasienten verbalt med lyder eller korte ord som oppmunterer den andre til å fortsette. Bekreftende ferdigheter vil også være hvor man gir den andre positive og oppmuntrende ord (2014, s. 219-220). I tillegg vil utforskende ferdigheter som aktiv lytting og utforske følelser, et problem og/eller forklaringer og begrunnelser kunne virke inn som bekreftende i den forstand at det viser aktiv interesse for den andre (2014, s. 265).

## 4.0 DRØFTING

Konteksten jeg avgrenset oppgaven til er der hvor sykepleier kommuniserer med pasienten i en-til en relasjon, og målet vil være at sykepleier forsøker å bidra til at pasienten oppnår en mer helhetlig forståelse av seg selv og sin identitet. Som jeg redegjorde i teorien er det vanlig at pasienter i restitusjonsfasen lett opplever angst, de har en varhet for avvisning og en tendens til regresjon (Von Krogh, 2009, s. 103). Med grunnlag i teorien om psykoseforløpet, så har pasienten et bedre utgangspunkt for å kommunisere sine behov og utfordringer i post-psykotisk restitusjonsfase enn tidligere faser av psykosen. Dette gjør at pasienten på et generelt grunnlag har mulighet til å være aktiv i samtaler og samarbeide med sykepleieren (2009, s. 113). Det gir muligheter for at samtalene kan inneholde temaer hvor pasienten og sykepleieren kan identifisere og etablere seg undersøkende i forhold til pasientens identitetsproblematikk (Hummelvoll, 2012, s. 350). Likevel tenker jeg at det er nødvendig å forholde seg til pasientens forutsetninger som en omtrentelighet, så det ikke oppstår for høye forventninger som kan skape forhold som minner om en fastsatt mal. I flere av studiene og i litteratur jeg presenterte tidligere i oppgaven er det blitt poengtert at det som fungerer for en pasient, vil ikke nødvendigvis fungere for en annen pasient. Individualiteten er altså viktig. Dette vil jeg ta med meg videre gjennom drøftingen.

### 4.1 Pasientens forutsetninger og hindringer.

Psykosefenomenet som Cullberg (2001, s. 52) og Von Krogh (2009, s. 111) beskriver virker som en opplevelse av «miste» seg selv. For pasienten har i psykoseforløpet erfart en opplevelse av at selvet på en måte har blitt «demontert», utfordringene i restitusjonsfasen går så ut på å «sette» seg selv sammen igjen, og det vil som oftest ikke være mulig å gjøre alene. Pasienten vil som oftest oppleve seg selv, og sin identitet i restitusjonsfasen som forvirrende (Cullberg, 2001, s. 52-53) det preges av et uklart og usikkert forhold til hvordan det oppleves å være seg selv. Redusert selvverd kan komme av denne usikkerheten, med grunnlag i teorien til Von Krogh (2009, s. 111) og Hummelvoll (2012, s. 149) har en gjevnunnet forståelse og bevissthet av at man trenger hjelp kunne oppleves som avslørende, fordi det synliggjør en form for utilstrekkelighet. Hummelvoll skriver at det er en fare for at de negative tankene om seg selv vil selvforsterkes og føre til utvikling av angst, skyld og øke en allerede manglende selvrespekt. Når jeg leste pasientfortellingene i Syrén&Hultsjøs (2014) studie så ble det veldig tydelig for meg hvor omfattende identitetsrelaterte utfordringer pasientene opplever. Å

bistå pasienten til å oppnå større selvforståelse og styrket identitet fremstår som en viktig del av både den helhetlige behandlingen pasienten har rett på (prbl.1999, §1-1.) og det som en del av det etiske ansvaret sykepleier har for å ivareta pasientens autonomi (NSF, 2011) og for å kunne utøve pleie slik at pasienten gjenvinner sin helse, altså mottar helhetlig og tilpasset pleie (hpl, 1999, §4-1.).

Mennesker som har opplevd psykose har gjennomgått en tid hvor virkeligheten har vært annerledes enn den andre opplever (Cullberg, 2001, s. 42), gjennom å ha ulike sanseforstyrrelser, virkelighetsforvregninger og forstyrrelser i sitt indre følelsesliv virker det som om tilværelsen har vært preget av store, nesten helt uangripelige utfordringer. At psykosen påvirker menneskets evne til å forstå hva som er virkelig og ikke tenker jeg naturlig gir forhold hvor pasienten ikke evner å fungere sammen med andre i en form for felles virkelighet (Hummelvoll, 2012, s. 342-343). Hvis ingen har sett det du har sett, eller forstår hvordan tanker, følelser og virkeligheten mangler sammenheng og mening, så tenker jeg at dette må oppleves utrolig ensomt. Hvordan sykepleier kan styrke pasientens identitet i denne fasen tenker jeg at krever gode refleksjonsevner og en interesse for å oppriktig forstå pasientens individuelle behov og utfordringer.

#### **4.2 Sykepleie som ivaretar pasientens nye behov.**

Når sykepleier møter pasientens utfordringer og skal bidra i pasientens bedringsprosess oppfatter jeg det utifra litteraturen og valgt forskning at det forutsetter sammensatte evner og ferdigheter, og som problemstillingen min er formulert vil fokuset være særlig rettet til sykepleierens kommunikasjonsferdigheter. Når sykepleier skal bidra i pasientens selvsaktualiseringsprosess, så er det helt essensielt at sykepleieren oppriktig forsøker å forstå pasientens forestillingsverden.

Ut ifra et humanistisk-eksistensiell ståsted har mennesket et iboende behov for å bli anerkjent (Hummelvoll, 2012, s. 338), et behov som blant annet innebærer å forstå seg selv som unik og ha verdi. Dette synliggjøres i forskningen til Topor & Denhov (2015) hvor pasientene beskrev opplevelsen av selvverd som noe som skjer gjennom å oppleve bekreftelse og ved å oppleve å ha en verdi, en betydning for andre. Når mennesket har opplevd en annen virkelighet enn andre, fått tankene sine «overtatt» og mistet oversikt over hva som er en selv og hva som er andre, vil det kanskje være forventet at personen opplever angst, usikkerhet, forvirring rundt hvem man er og om de har betydning for andre. Når jeg har lest pasientfortellinger fra



studiene til både Buck, et al., (2013), Syrèn & Hultsjø (2014), har psykosens individuelle form og utfordringer blitt tydeligere for meg, og ikke minst hvor vanskelig det må være å finne tilbake til en forståelse av sin egen identitet.

Travelbee (2010) forholder seg, som nevnt i teoridelen, til kommunikasjon som en prosess hvor det fordrer at sykepleier kontinuerlig arbeider med å identifisere pasientens behov og forholder seg til disse. For å kartlegge pasientens behov skriver Slade (2015) at det er nødvendig å sette seg inn i hvordan mennesket opplever sine psykiske vansker, oppmuntre pasienten til å integrere erfaringene i deres samlede identitet og derfor må kartleggingen inneholde arbeid hvor pasienten selv får utvikle sin egen forklaring, med sine egne ord. Dette kan settes i sammenheng med forskningsstudie til Syrèn & Hultsjø (2014) hvor pasientene blant annet ble stilt spørsmålet «hva tror du er årsaken til din psykiske lidelse?». Svarene viste store individuelle forskjeller, noen pasienter svarte at det handlet om sårbarhet, biologiske forsvarsmekanismer og brukte fagtermer for å beskrive sine opplevelser, altså hadde disse pasienten en form for biologisk-medisinsk forståelse. Den andre gruppen svarte at de ikke kunne relatere seg til sårbarhetsforklaringen og lagde sine egne forklaringer, som ofte gikk ut på å plassere årsaken utenfor seg selv. Pasientene brukte ord som var gjenkjennelig for dem selv i samtaler med sykepleierne, faguttrykk, assosiasjoner, følelser og tanker kom altså til uttrykk på veldig individuelle måter. I studiet til Topor & Denov (2015) viste funn at det å tilpasse kommunikasjonens formuleringer i forhold til pasientens behov ga en positiv effekt på relasjonen, fordi pasienten opplevde seg forstått og derav bekreftet. Forskningen viste også viktigheten av at det hele tiden er viktig å huske på at pasienten eier sin egen situasjon, og derav føre samtaler på pasientens egne premisser, som forsterker tanken om at kommunikasjonens form og uttrykk må være individuell. For at pasienten skal klare å sette ord på sine tanker og følelser vil det kanskje derfor være en fordel at sykepleier bruker pasientens egne begreper og ord som utgangspunkt i samtalen. For å unngå misforståelser, som igjen kan oppleves som en avvisning fra pasientens ståsted. For i selvutforskende samtaler er hensikten at pasienten selv setter ord på tanker, følelser og uttrykker (Hummelvoll, 2012, s. 144). Ved å høre seg selv formulere tankene til ord kan dette bidra til den selvutforskende prosessen. For pasienten er det viktig at sykepleier tydelig viser holdninger basert på aksept og anerkjennelse i slike situasjoner, varheten for avvisning er som sagt tilstede (Von Krogh, 2009, s. 111) og dette tenker jeg sykepleier må forholde seg til i alle samtaler med pasienten, for å unngå at kommunikasjonen «går i lås» og selvutforskningen til pasienten blir negativ.

I restitusjonsfasen oppfatter jeg det som at pasientens behov for bekreftelse øker, fordi denne delen av bedringsprosessen virker til å handle om å gjenvinne og utvikle evner til å se seg selv som eget individ med både sine styrker og svakheter. Prosessen inneholder det å arbeide for å oppnå en forståelse av seg selv som helhet, et eget individ. Bekreftelse for den man er mener jeg sykepleier kan gi pasienten gjennom å tydelig vise en interesse, utrykke «varme» og fremstå oppriktig i møte med pasienten. Som kan sammenlignes med evnen til å se pasienten, som Travelbee skriver at er basert på respekt for individet, oppriktighet og tydelig interesse. Von Krogh (2009, s. 155) formulerer tilnærmingen som bekreftende, tolmodig og forutsigbar, og hun skriver videre at dette kan bidra til at pasienten ikke blir overstimulert og usikker på relasjonen i ulike situasjoner som oppstår. Travelbee poengterer at kommunikasjonen både er verbal og nonverbal, og derfor er alt som skjer i møtet mellom sykepleier og pasienten kommunikasjon. Kommunikasjonen må derfor også inkludere observasjoner av endringer i pasientens nonverbale atferd. Dette mener Travelbee (2010, s. 124-126) fordrer en trygg, nær og etablert relasjon. For det er relasjonen som er grunnlaget sykepleier må arbeide utifra for å fange opp de nye behovene og adressere disse utifra pasientens situasjon. Jeg tenker at sykepleier kan utvikle en trygg relasjon gjennom å kommunisere på pasientens premisser gjennom å for eksempel notere ned ord, begreper og forklaringer som pasienten selv forholder seg til i sin bedringsprosess. Som kan knyttes opp til sentrale anbefalinger for psykosebehandling, som jeg innledningsvis henviste til helsedirektoratets nasjonale anbefalinger. For pasientgruppen skal motta en fasespesifikk og individuelt tilpasset tilnærming, hvor pasientens egne valg og prioriteringer skal kunne bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet. Det innebærer å tilrettelegge for gode relasjoner som legger til rette for kontinuitet og den videre oppfølgingen av pasienten (Helsedirektoratet.no, 2013).

Ensomheten pasienten ofte har opplevd i psykoseforløpet vil jeg si at gi en sårbarhet, for som Von Krogh (2009, s. 196) skriver har pasienten risiko for ensomhet i restitusjonsfasen, og ved at nye behov ikke får oppmerksomhet vil dette fort bidra til at pasienten opplever ensomhet, usynlighet og verdiløshet ( Von Krogh, 2009, s. 196).

I studiet til Syrèn & Hultsjø (2014) fortalte en pasient hvor stor betydning det var at sykepleieren satt seg ned, var på «mitt» nivå og viste å ha god tid. Pasienten opplevde altså dette som at sykepleieren så henne, ønsket å lytte, både med verbal- og nonverbal kommunikasjon. Det er en risiko for at pasienten kan oppleve små handlinger som avvisning, og dette kan som sagt utløse regresjon og bidra til en opplevelse av verdiløshet og forhindre prosessen med å utvikle en positiv identitet. Alt sykepleier gjør og sier blir tolket av pasienten, som Travelbee hevder kan ikke sykepleieren unngå å vise en eventuell uinteressert holdning. Pasienten vil lett kunne oppdage en eventuell manglende interesse og bli påvirket av dette på en negativ måte (Travelbee, 2010, s. 123). Forskningen (Syrèn & Hultsjø, 2014) konkretiserte dette gjennom et lite møte, at den nonverbale kommunikasjonen ga opplevelsen av å bli bekreftet. Men dette må også settes i sammenheng, for i eksemplet tenker jeg at et viktig element var at den nonverbale kommunikasjonen var kongruent med den verbale (Eide & Eide, 2014, s. 219).

#### **4.3 Kommunikasjon som bidrar til positiv selvutforskning.**

Pasienten må orientere seg i seg selv som frisk og kan ha opplevde problemer med å uttrykke sine utfordringer knyttet til dette. I bedringsprosessen vil det kunne oppstå «usnakkede» temaer som både sykepleier og pasienten vil kunne ha nytte av å vite om (Buck et al. 2013). I forskningen til Buck et al., (2013) viste funn at noen av pasientene opplevde utfordringer rundt hvordan orientere seg i forhold til sin «friske» identitet. Dette stemmer med Slades (2015) råd om å øke samhandling når symptomene er redusert, for å kunne synliggjøre mennesket ved eventuelle perioder med regresjon. Slade (2015) hevder at en av hovedoppgavene i arbeidet med å oppnå bedring handler om at pasienten får arbeide med å avgrense den psykiske lidelsen, fordi dette innebærer at pasienten utvikler en forståelse av den delen av seg selv som er psykisk «syk» og hva som er de «friske» delene. Buck et al., (2013) viste funn som bekrefter den positive effekten av at helsepersonell var bevisst rundt dette. En felles forståelse av hva sykepleieren forstod som symptomer og hva pasienten opplevde var et utgangspunkt for selvutforskning. Pasientene i Buck et al., (2013) uttrykket et sterkt ubehag og en form for sorg i fasen hvor en positiv identitet skulle arbeides fram. Pasientene fortalte at de kunne oppleve den nye identiteten som en «trussel», for den bidro til å utslette den tidligere identiteten. Psykotiske symptomer som tidligere har «beskyttet» pasienten fra virkeligheten

forsvinner og utløser en sterkere angst, som også Von Krogh (2009, s. 111) påpeker at ofte følger med i resittusjonsfasen. For pasienten i den post psykotisk restitusjonsfasen vil ikke lengre ha et ubevisst, men bevisst forhold til sin egen situasjon. Når pasienten begynner å forholde seg til tanker om å delta i hverdagen utenfor institusjonen vil også alle tap som følge av den psykiske lidelsen bli synliggjort. Dette viste studiet til Buck, et al., (2013) for pasientene ble som følge av økt bevissthet i forhold til omgivelsene også mer bevisst på sine utfordringer (Buck. Et al, 2013).

Som Slade (2015) formulerer i sine råd, vil sykepleien som gis kunne gå ut på å oppfordre pasienten til å se nærmere på sin egen væremåte og hvilke konsekvenser det har gitt, som hvordan pasienten tidligere møtte utfordringer og problemer. Målet med dette arbeidet mener Slade (2015) skal være å hjelpe pasienten til å se at problemene bare er en del av hans situasjon, og fokusere på synliggjøre pasientens sterke sider. Når Slade (2015) beskriver «synliggjøre» pasientens sterke sider rommer dette mye mer enn det å motivere til å ta opp sine tidligere hobbyer, for å sette det på spissen.

I Syrèn & Hultsjøs studie (2014) kom det fram at pasientene opplevde usikkerhet rundt begrepene «normal» og «god nok», dette ledet til tanker rundt hvordan andre ville forholde seg til selv etter utskrivelse. Innholdet i begrepene «normal» viste seg å være svært individuell, og derfor ble det anbefalt som tema i samtaler med helsepersonell (Syrèn&Hultsjø, 2014). Dette tenker jeg er viktig, med grunnlag i den tidligere presenterte teorien til Hummelvoll (2012, s. 145), fordi det kan være nyttig å huske på at pasienten kan oppleve «skygger» av psykosen, prosessen virker til å ikke nødvendigvis være linjær og evnen til å realitetsteste seg selv kan kanskje derfor variere. Det at pasienten vil ha behov for å formulere sine egne tanker og meninger rundt hva «normal» eller «god nok»begrepene betyr og utveksle tanker rundt dette kan kanskje bidra til å endre en negativ utvikling av selvopplevelsen? Kanskje vil det bidra til at pasienten slipper å tenke på seg selv som «farlig», «gal» eller «unormal». Mine tanker om dette kan bekreftes i forbindelse med funn fra studiet til Syrèn og Hultsjø (2014), hvor funn viste at sykepleiere som utforsket og anerkjennet pasientens forhold til begrepene «normal» og «god nok», ga pasienten tro på at det var mulig å fungere i et felleskap med andre etter utskrivelse, gjennom å utforske begrepene kunne de ufarliggjøres og omformuleres. Pasienten kunne fortelle om en økt opplevelse av håp for fremtiden, det ble flere positive tanker rundt muligheten for å kunne ta ansvar for seg selv og andre (Syrèn& Hultsjø, 2014).

#### 4.3.1 Anerkjennelse og samhandling.

Funn fra et pasientperspektiv (Buck et al., 2013) var at sykepleiere som brukte tid på å finne løsninger sammen med pasienten, altså samhandlet, fremfor å kontrollere pasienten, ga pasienten en følelse av å være verdifull og bli sett som et individ. Pasientene i Dizopa&Aherns studie (2008) uttrykket ubehag når sykepleier ga medisiner i forbindelse med en nær og utforskende samtale. Ubegagat kan komme av at pasienten ble «minnet» på at sykepleier hadde en viss kontroll. En sammenblanding av terapeutisk samtale og medisinutdeling kan og bør kanskje derfor unngås. Det vil være fullt mulig å gjøre dette som adskilte handlinger, men det fordrer at sykepleier vet om pasienten opplever dette som ubehagelig, og det vil alltid være individuelt. Kanskje det kan løse seg gjennom at sykepleier tar det opp i samtale tidligere i den post-psykotiske fasen. For ved å inkludere og etterspør pasientens tanker og mening vil det være en mulighet for at pasienten blir medvirkende, ser at det er valg som han selv kan ta (Hummelvoll, 2012, s. 143). Pasientene (Dizopa&Ahern, 2008) uttrykket stor misnøye med behandlere og sykepleiere som bare antok at ulike handlinger var greit, disse reaksjonene er med på å støtte viktigheten av å være bevisst på kanskje «små» detaljer, men som utgjør stor forskjell for pasienten.

Anerkjennelse kan forstås utifra ulike perspektiver, både som holdning og som atferd i følge Eide&Eide (2016, s. 220-222). Felles er faktorene; lytting, forståelse, aksept, toleranse og åpenhet. Konkret utførelse vil være å vise at man forstå gjennom å bevisst bruke blikket, kroppen vendt mot den man snakker til og følge verbalt med ord som oppmunterer den andre til å forsette (Eide&Eide, 2016, s. 221). Som holdning vil anerkjennelse være en stor del av hvordan den andre opplever egen verdi, det handler ikke bare om å være positiv til den andre, men om å skape hverandres forutsetninger. Dette forstå jeg som at sykepleier gjennom en anerkjennende holdning også viser toleranse, som pasienten igjen kan føle gir mulighet til å uttrykke seg selv mer åpent og fritt. I en prosess hvor pasienten skal gjenvinne forståelse av seg selv og sin identitet vil det være viktig at pasienten får høre tankene sine gjennom å fortelle om dem. Tankene kan lettere sorteres, ufarliggjøres og kan videre korrigeres av pasienten, mulighetene som ligger i det å verbalisere tankene kan bidra til mer oversikt og positiv utvikling. Blix Flage (2015, s. 119-120) hevder at det er gjennom ydmykhet i en medmenneskelig kontakt at den ene kan bekrefte den andres iboende muligheter og begrensninger. Anerkjennelse kan altså være med på å gi pasienten positive opplevelser av sine omgivelser og det som skjer i kommunikasjonen. Dizopa&Ahern (2008) bekrefter dette i

sitt studie rundt terapeutiske relasjoner, at tålmodighet, tilgjengelighet og aktiv involvering fra sykepleier opplevdes som anerkjennende og økte en positiv selvopplevelse hos pasientene. I studiet Buck.et.al (2013) ble effekten av at sykepleier var på «mitt nivå» poengtert som et positivt bidrag til positiv selvopplevelse, for ved å minimere forskjellen, altså unngå hiarki-ovenifra og ned kommunikasjon, kunne pasienten oppleve seg mer forstått og hadde lettere for å sette ord på egne tanker. Ved at sykepleier brukte pasientens ord ble samtalen styrt utifra pasientens egne premisser og opplevd som tryggere og bekræftende.

I samhandling, eller i et menneske-til menneske forhold (Travelbee, 2010, s. 156) vil relasjonen bygges opp gjennom flere faser og derav bidra til identitetsvekst fordi det synliggjør individets behov og muligheter. At pasienten oppmuntres til å være medbestemmende er både en rett pasienten (Prbl,1999, §3-3) har og det er med på å synliggjøre valg og mulighetene som gjør at pasienten kan ta egne beslutninger/avgjørelser. For å fremme selvfølelsen er det samhandling som bidrar til at pasienten kan endre og korrigere sine egne tanker om seg selv. At pasienten får innsikt og opplever en sterkere autonomi er altså en viktig del av å forstå seg selv som et helt individ og oppnå styrket identitet.

#### **4.4 Sykepleiers utfordringer.**

I møte med pasientens idenitetsproblematikk er dette et arbeid som kan bety at sykepleier involverer seg emosjonelt, skillet mellom sykepleier og pasienten kan derfor bli uklare. Sykepleier må arbeide for å sortere egne tanker, følelser, sanseopplevelser og reaksjoner. For sykepleier handler det om å ha et bevisst forhold til seg selv og derav klare å selvavgrense seg, selv om relasjonen og kommunikasjonen er nær (Blix Flage, 2015, s. 118).

Selvavgresning er helt avgjørende for kunne frigjøre den andre til å kunne ta egne avgjørelser, bruke sin evner og ressurser. Pasientens negative selvopplevelse, ble i studiet (Butler et al., 2013) ofte forbundet med tanker som hjelpsløshet og tanker om at det ikke ville være mulig å klare seg selv. Det vil altså være viktig for begge parter at sykepleier bevisst selvavgrenser seg selv, slik at det blir plass til pasientens utvikling av en positiv identitet hvor tro på egne evner og selvstendige valg/beslutninger kan være mulig. Hvis sykepleier ikke selvavgrenser seg kan relasjonen «låse» seg, i form av at sykepleieren påvirkes av pasientens negative opplevelse av seg selv, sykepleier selv får lav selvfølelse, som igjen kan påvirke den videre kommunikasjonen (Blix Flage, 2015, s. 120). Dizopa&Aherns (2008) funn viste at

sykepleieres forståelse av hva som var profesjonelt og ikke-profesjonelt i relasjonen med psykiske syke ofte var svært sprikende. Noen sykepleiere opplevde «vennskaps-aktige» relasjoner, og at ved å vise sin menneskelighet åpent på en personlig måte ofte førte til en dypere forståelse av pasientens situasjon, mer fortrolighet i relasjonen og positiv utvikling i pasientens helsetilstand. Andre sykepleiere i studie Butler et al., (2013) stilte seg uforstående til denne problematikken, siden emosjonelle bånd var ifølge deres mening «uprofesjonelle». På den andre siden hevder Travelbee (2010, s. 156) at sykepleieren må være genuin, altså oppriktig og tilstedeværende, dette inkluderer å vise interesse samtidig som pasientens behov er førsteprioritet. En forståelse av det å være genuin, og være til en viss grad også følelsesmessig involvert virket til å være uforståelig for noen, og uungåelig for andre. Faktorer som påvirket svarene viste seg å være både relatert til holdninger, mulighet for å felles refleksjoner og muligheter for å dele erfaringer og diskutere med kollegaer.

Sykepleiere i studie (Butler et al., 2013) uttrykket et behov og savn etter å få mulighet til å oversette teori til konkrete handlinger. De opplevde også et sprik i ulike holdninger i forhold til relasjoner, roller og arbeidsoppgaver. Jeg tenker at dette er på grunn av manglende fokus på utvikling av refleksjonevner på arbeidsplassen, som også studiet (Butler et al., 2013) viste. Faktorene tid og underkommuniserte behov hos sykepleiere var noen av punktene som utgjorde mangelen på mulighet til refleksjon og utarbeidelse av konkrete ferdigheter i møte med pasientene. Dette kan også være en av årsakene til at holdninger rundt hva som er «profesjonelt» og ikke i en relasjon forstås svært ulikt av sykepleiere. Arbeidet med å balansere rollen som sykepleier inn i en langvarig relasjon virker til å være utfordrende, men samtidig viser sykepleiere i undersøkelsen Butler et al., (2013) at sykepleierene ønsket å få mulighet til å reflektere i fellesskap rundt disse temaene. Evnen til selvrefleksjon skriver Solvoll (2016, s. 27) at er viktig i arbeidet med å forstå egne og andres handlinger. Fordommer og misforståelser som oppstår i interaksjoner vil unngås neste gang hvis partene kan reflektere rundt sin egne reaksjoner, holdninger og fordommer.

Jeg tenker at dette er veldig aktuelt i møte med psykiatriske pasienter fordi det krever en tålmodighet og utholdenhet hos sykepleier når relasjonen går over tid. Ulikhetene som sykepleierene fortalte om i dette studiet vil dette kanskje være et nyttig fokus for videre felles refleksjoner og bidra til å kunne oppnå en mer integrert enighet, og videre forhåpentligvis kunne bidra til faglig vekst og godt arbeidsmiljø. Ved å felles reflektere rundt hva relasjoner med pasienten inneholder, utfordringer og positive opplevelser, effekt og hva den bør/ikke bør

inneholde vil løsningen i følge Butler et al., (2013) rettes til den som har lederansvaret. At avdelingsleder aktivt lytter til sykepleierens behov og derav tilrettelegger for felles refleksjoner og økt forståelse rundt den kompleksiteten som relasjonen i psykiatrien sykepleierne fortalte om.



## 5.0 AVSLUTNING.

I denne oppgaven har jeg forsøkt å oppnå en utvidet kunnskap og forståelse rundt hvordan sykepleier kan kommunisere for å styrke identiteten hos pasienter i post-psykotisk restitusjonsfase. I dette arbeidet har jeg henvendt meg til både pensumlitteratur og faglitteratur om psykose, identitet og kommunikasjon. I tillegg har jeg gjennomført systematiske søk etter relevant forskning som har gitt en innsikt i pasientens forutsetninger og utfordringer. Det meste av forskningen jeg har funnet og valgt er kvalitativ, noe som vil være naturlig når det kommer til psykisk helse, fordi det handler ikke om noe som er målbart eller noe som skal brukes til statistikk. Den kvalitative forskningen har gitt meg økt kunnskap knyttet til psykose, restitusjonsfasen og hvordan det kan påvirke pasientens selvopplevelse og identitet, fordi den har formidlet opplevelser, meninger og refleksjoner som har belyst tematikken.

I Nasjonale retningslinjer for psykosebehandling er det konkret anbefalt at tilnærmingen til pasientgruppen skal være fasespesifikk og individuelt tilpasset. Verdien av dette kommer frem både i valgt litteratur og funn fra forskning, for jeg mener at det er en forbindelse mellom at når sykepleier aktivt søker etter forståelse av pasientens forestillingsverden, ser mennesket, også vurderer situasjonen til pasienten individuelt. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg fått en større forståelse for viktigheten av at sykepleier møter pasienten som individ, med anerkjennelse, respekt og en toleranse. Med formål om å gi pasienten en opplevelse av å bli bekreftet. Bekreftelse virker til å innebære aksept for både situasjonen og individets særegenhet, og at kommunikasjonens tilnærming både kan være individuell og fasespesifikk.

Gjennomgående i litteratur og valgt forskning er viktigheten av bekreftelse løftet frem, for det er en sammenheng i det at bekreftelse skaper rom for at pasienten kan åpne seg opp, kan formulere sine tanker og følelser og lære seg selv å kjenne igjen. Dette mener jeg kan sammenlignes med å skape et grunnlag for identitetsstyrkende prosesser. I følge litteratur og forskning er det min oppfattelse at kommunikasjonen som styrker identitet innebærer at sykepleier bidrar til at pasienten gjenvinner og utvikler evner til selvutforskning, selv vurdering og evner til å ta beslutninger og til å kunne ta ansvar for seg selv. Pasienten skal få mulighet til å utvikle seg og bli mer klar over egne muligheter, samtidig som arbeidet skal bidra til økt selvforståelse rundt svakheter og hvordan kompensere for disse. Sykepleier kan imøtekomme pasientens behov gjennom å utrykke en genuin og aktiv tilstedeværelse, som

konkret består av å bruke bekreftende-, utforskende- og utfordrende kommunikasjonsferdigheter. Det virker til å være et komplekst arbeid for sykepleieren i samtale med pasienten og den individuelle identitetsproblematikken han opplever. For sykepleieren innebærer dette en nær og emosjonell tilstedeværelse som krever kunnskap og evne til å balansere mellom å være en ytre, støttende profesjonell hjelper og samtidig vise engasjement og sin egen menneskelighet. Til forskjell fra å bli så nær pasienten at man blir emosjonelt påvirket, som igjen kan føre til at man som sykepleier blir handlingslammet og overveldet av pasientens utfordringer i sin identitet. For å unngå dette kan sykepleier med fordel arbeide for å forstå sine egne reaksjoner, følelser og utfordringer i samtalene med pasienten. Et behov for å dele erfaringer og kunnskap i fellesskap med kollegaer, som ble aktualisert i den kvantitative studie, kan være veldig forståelig. For det å vise menneskelighet og samtidig være profesjonell hjelper vil naturlig by på komplekse utfordringer. Utfordringene sykepleier møter, både i samtaler med pasienten og sine kolleger vil kanskje kunne tas opp i felles refleksjonsmøter, som igjen kan bidra til et faglig fellesskap med åpenhet og utvikling. Jeg tenker at dette kan redusere for store ulikheter i sykepleiers tilnæringsmåter, kommunikasjonsferdigheter og holdninger. Både i forbindelse med hva kommunikasjonen og relasjonen med fordel kan inneholde, og ikke bør inneholde i arbeidet med å styrke identiteten til pasienten i sin unike situasjon.

### **5.1 Forslag til videre arbeid rundt tema.**

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg lært mye mer enn det som har fått plass i ordrammen. Tema består av mange ulike perspektiver og antallet etiske problemstillinger er kanskje like mange som det er mennesker. Holdninger og etiske vurderinger av ulike situasjoner hvor sykepleier møter denne pasientgruppen tenker jeg absolutt vil være nyttig å utforske videre. Videre kan en forlengelse av dette tema være å undersøke hvordan det kan tilrettelegges for større faglig utvikling og åpenhet blant sykepleiere når det kommer til å møte pasientgruppens behov. Fordi jeg mener dette er en vesentlig del av å oppnå helhetlig kommunikasjon med pasientene, for sykepleiere som samarbeider samstemt kan bidra til trygghet og kontinuitet for pasientene, og mulig vil dette bidra til faglig vekst hos sykepleiere. Konkretisering av tiltak for å sikre sykepleiers kompetanse vil derfor kunne være interessant å undersøke videre.

## 5.2 Etterord.

Tegningen på forsiden av denne oppgaven er designet av en arkitekt. Bildet er en del av et prosjekt hvor han har konstruert hus utifra beskrivelser av ulike psykiske lidelser. Huset jeg har på min forside representerer psykose. Et demontert hus, man ser at det på en måte henger sammen men, det mangler noen deler og den lille mannen som henger etter armene langs den ene siden av huset trenger hjelp. Bildet fant jeg etter at jeg hadde lest mye forskning om psykose og selvopplevelsen fra et pasientperspektiv. Huset illustrerer er for meg en visuell fremstilling av den post-psykotiske restitusjonsfasen. Likheten ligger i at både huset og identiteten er delvis sammenhengende. I mine øyne viser huset et behov for form og mening, overført til pasienten illustrerer det for meg nødvendigheten av å gjenvinne en helhetlig forståelse av seg selv, med både styrker og svakheter.

## Kilder.

Blix Flage, K.H. (2015). Veiledning. F. Oterholt, & G. Brox Haugen (Red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Buck, K. D. , Roe, D. , Yanos, P. , Buck, B. , Fogley, R. L. , Grant, M. , Lubin, F. & Lysaker, P., (2013). Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: Considerations for mental health professionals. *Psychosis*, 5:2, 134-143, doi: 10.1080/17522439.2012.699544.

Butler, M.P., Begley, M., Parahoo, K., & Finn, S., (2014) Getting psychosocial interventions into mental health nursing practice: a survey of skill use and perceived benefits to service users. *Journal of Advanced Nursing* 70(4), 866–877. doi: 10.1111/jan.12248

Cullberg, J. (2001). *Psykosere: et integrert perspektiv*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Dizopa, F. & Ahern, K., (2008) What makes a quality therapeutic relationship in psychiatric/mental health nursing; a review of the research literature» *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2008 Volume 10 Number 1.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra; <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/forord;jsessionid>.

Hummelvoll, J- K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg). Oslo: Gyldendal.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!/: en arbeidsbok*. (kap. 1. 15-26). Oslo: Akribe.

Helsepersonell loven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:  
<https://lovdata.no/sok?q=helsepersonell+loven>

Lauveng, A. (2015). Når livet går i stykker, er det livet som må repareres. F. Oterholt, & G. Brox Haugen (Red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Møller, P. (2015). Psykosens anatomi og selvets grunnstoff. F. Oterholt, & G. Brox Haugen (Red.), *Mening og mestring ved psykoselidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleier forbund [NSF], (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ICNs etiske regler*. Oslo: NSF.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om Pasient og brukerrettigheter*. Hentet fra:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Stuart, G. W. (2008). Self- concept responses and dissociative diorders. I: Stuart, G.W. (Red.) *Principles and practice of psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. (Kap.4, s. 69- 78). (3. utg). Oslo: Akribe.

Solvoll, B. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener og livsutfordringer*. (Kap. 21, s. 105- 137) (3. utg., Bind 3). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slade, M., (2015) «100 ways to support recovery»: *A guide to mental health professionals by Mike Slade*. Hentet fra [https://www.rethink.org/media/704895/100\\_ways\\_to\\_support\\_recovery\\_2nd\\_edition.pdf](https://www.rethink.org/media/704895/100_ways_to_support_recovery_2nd_edition.pdf)

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

Syrèn, S., & Hultsjø, S., (2014). « A striving towards normality; illness-related beliefs among individuals living with psychotic disorders» *Issues in Mental Health Nursing*, 35:842–850, 2014 doi: 10.3109/01612840.2014.924043

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

Topor A, P., & Denhov, A., (2015) Going beyond: Users' experiences of helping professionals. *Psychosis* . 7 (3), 228 – 236. doi: 10.1080/17522439.2014.956784

Travelbee, J (2010). *Mellemmenneskelige aspekt i sygepleje*. (2.utg.). København: Scandinavian Books

Von Krogh, G. (2009). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.