

BACHELOROPPGAVE VÅR 2016:

**Sykepleie til pasienter i psykosebehandling:**  
”Hva fremmer en god relasjon mellom sykepleier og pasient?”

**FORFATTERE:**

FRIDA BRUN KOLSRUD

KJÆRSTI LIEN

BEATE SELLAND NORDNES

TONJE FOSSNES NYGÅRD

**KULL:** 13HBSPLH

**EMNEKODE:** SPL3903

**DATO:** 19.05.2016

NTNU i Gjøvik  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Seksjon for sykepleie

## SAMMENDRAG

Tittel: Sykepleie til pasient i psykosebehandling: Hva fremmer en god relasjon mellom sykepleier og pasient?		Dato: 19.05.16
Deltakere: Frida Brun Kolsrud		
Kjærsti Lien		
Beate Selland Nordnes		
Tonje Fossnes Nygård		
Veileder: Bente Thyli		
Evt. oppdragsgiver: ver:		
Stikkord/nøkkelord: Psykose, relasjon, sykepleie, pasient, behandling		
Antall sider/ord: 53/13551	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p><b>Bakgrunn:</b> En god terapeutisk relasjon bidrar ofte positivt i behandlingsforløpet, men det viser seg at mistillit er et fremtredende problem i behandlingen av psykose. Dette bidrar til å skape utfordringer i relasjonen mellom sykepleier og pasient.</p> <p><b>Hensikt:</b> Dette litteraturstudiet vil undersøke hvordan sykepleier kan fremme en god relasjon til pasienter i psykose som er innlagt under psykisk helsevern.</p> <p><b>Metode:</b> Det er benyttet litteraturstudie som metode, og foretatt et systematisk litteratursøk etter forskningsartikler som kan bidra til å belyse studiets tema og problemstilling.</p> <p><b>Resultat:</b> Basert på resultatene i de inkluderte vitenskapelige forskningsartiklene er det identifisert tre sentrale faktorer som er av betydning for å fremme en god relasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se personen bak sykdommen</li> <li>- Etablering av tillit mellom sykepleier og pasient</li> <li>- Bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling</li> </ul> <p><b>Konklusjon:</b> Det viser seg at empati er en grunnleggende egenskap sykepleier må ha for å kunne danne en mellommenneskelig relasjon med pasienter i psykose. Tillit er en av de viktigste faktorene i en terapeutisk relasjon og bidrar ofte positivt i behandlingsforløpet. Pasienter har behov for informasjon for å kunne forstå og dermed ha innflytelse i egen behandling.</p>		

## ABSTRACT

Title:	Nursing care for patients treated for psychosis: What promotes a positive relationship between nurse and patient?	Date: 19.05.16
Participants/	Frida Brun Kolsrud Kjærsti Lien Beate Selland Nordnes Tonje Fossnes Nygård	
Supervisor(s)	Bente Thyli	
Employer:		
Keywords	Psychosis, relationship, nursing, patient, treatment	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	Availability: open
53/13551		
<p><b>Background:</b> A therapeutic relationship often contributes positively in the course of treatment, but it turns out that mistrust is a prominent problem in the treatment of psychosis. This creates challenges regarding the relationship between nurse and patient.</p> <p><b>Purpose:</b> This literature review will examine how the nurse can promote a positive relationship with patients in psychosis that is admitted under psychiatric care.</p> <p><b>Method:</b> Literature review is used as a method in this study, and it has been conducted a systematic search for research articles that can help to illuminate the theme and issue of the study.</p> <p><b>Results:</b> Based on the results of the included articles, there are identified three important factors to promote a positive relationship in the treatment:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- See the person behind the illness</li> <li>- Creating trust between nurse and patient</li> <li>- Ensure that the patients have influence in their own treatment</li> </ul> <p><b>Conclusion:</b> It turns out that empathy is a fundamental quality for a nurse to be able to form a mutual relation with psychotic patients. Trust is one of the most important factors in a therapeutic relationship and contributes positively to the treatment. Patients need information to be able to understand and have influence in their own treatment.</p>		

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>2</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 INTRODUKSJON TIL STUDIETS TEMA OG SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS.....	5
1.2 RELASJON TIL NTNU GJØVIKS FORSKNINGSOMRÅDE.....	6
<b>2. BAKGRUNN</b> .....	<b>7</b>
2.1 PSYKOSE .....	7
2.1.1 Hallusinasjoner og vrangforestillinger .....	8
2.2 RELASJONER.....	8
2.2.1 Utfordringer ved relasjoner mellom pasient i psykose og sykepleier.....	9
2.3 EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE .....	10
2.3.1 Egostyrkende sykepleieprinsipper .....	10
2.4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	12
<b>3. METODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	13
3.2 LITTERATURSØK OG INNSAMLING AV DATA .....	14
3.3 ANALYSEPROSESS .....	18
<b>4. RESULTATER</b> .....	<b>19</b>
4.1 RESULTATPRESENTASJON .....	19
4.2 SAMMENFATTET RESULTAT .....	31
4.2.1 Se personen bak sykdommen.....	31
4.2.2 Etablering av tillit mellom sykepleier og pasient .....	32
4.2.3 Bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling.....	33
<b>5. DRØFTING:</b> .....	<b>35</b>
5.1 SE PERSONEN BAK SYKDOMMEN .....	35
5.2 ETABLERING AV TILLIT MELLOM SYKEPLEIER OG PASIENT.....	36
5.3 BIDRA TIL AT PASIENTEN HAR INNFLYTELSE I EGEN BEHANDLING.....	41
5.4 FORSKNINGSETISKE- OG METODISKE OVERVEIELSER .....	43
<b>6. KONKLUSJON:</b> .....	<b>47</b>
<b>7. LITTERATURLISTE:</b> .....	<b>48</b>

Antall ord: 13551

# 1. Innledning

## 1.1 Introduksjon til studiets tema og sykepleiefaglig relevans

En psykotisk tilstand er en form for psykisk lidelse der man har en forandret virkelighetsoppfatning, en realitetsbrist (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Wilson og Kneisl (1996) forklarer psykose som en tilstand hvor en person har en svekket evne til å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre mennesker. Psykose kan være preget av en overdreven mistenksomhet, misforståelser, initiativløshet og svingning i følelsene (Thingnæs og Johannessen 2010). Pasienter i psykose kan ofte være forvirret, fiendtlige og aggressive, hvilket gjør det utfordrende for sykepleier å samarbeide med pasienten og gi en god behandling (Bowers 2010). I tillegg kan pasientene ha et flatt stemningsleie, være besatt av fremmede ideer og føle de bor i en fiendtlig verden (Bowers 2010).

Ifølge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2013) har psykosebehandling utviklet seg i et historisk perspektiv. Fra midten av 1800-tallet trodde de fleste at psykose skyldtes en uoppdaget sykdomsprosess i hjernen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Det var vanlig at personer med psykiske lidelser ble beskrevet som sinnssyke, og ble plassert på "galehus" (Vatne 2006). I første halvdel av 1900-tallet ble biologiske behandlingsmetoder som lobotomi og elektro- og insulinsjokk benyttet i behandlingen av psykotiske pasienter (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). De første antipsykotiske legemidlene kom i slutten av 1950-årene og ga nytt håp om bedring for pasienter i psykose (Vatne 2006). I mange av tilfellene hadde disse legemidlene en overbevisende virkning og mange av pasientene ble kvitt sine psykotiske symptomer, noe som skapte en større nysgjerrighet til biologisk forskning (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013).

Psykose er den diagnostiske undergruppen av psykiske lidelser med høyest forekomst av tvangsinnleggelse på tvers av Norden (Hatling 2013). Bruk av tvang i behandlingen er en av de mest aktuelle utfordringene i psykisk helsevern, både internasjonalt og nasjonalt (Hatling 2013). Ifølge Lov om psykisk helsevern (2015) kan pasienter selv oppsøke hjelp og bli lagt inn på døgninstitusjon for sin psykiske lidelse. Hvis pasienten ikke ønsker hjelp, kan det bli nødvendig med tvunget psykisk helsevern (Psykisk helsevernlov 2015). Tvangsbehandling

kan bli nødvendig dersom pasienten har en alvorlig sinnslidelse der det er behov for innleggelse for å få en bedring av tilstanden, hindre forverring i nær fremtid eller hvis det er fare for eget, og andres, liv og helse (Psykisk helsevernlov 2015). Psykotiske pasienter kan oppfatte tvangsinnleggelse som et overgrep. Dette kan være en stor belastning i forholdet mellom sykepleier og pasient, og påvirke relasjonen i en negativ retning (Thingnæs og Johannessen 2010). For at tvangsbehandling skal føre til en positiv opplevelse, er det ifølge Johansson og Lundman (2002) viktig at pasientene blir respektert som mennesker og mottar god omsorg.

For sykepleiere som jobber innen psykiatri utfordres deres ambisjoner om å kunne forstå pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). I en psykotisk tilstand kan pasienten være ute av stand til å fortelle helsepersonell hvilke følelser og tanker en har (Hummelvoll 2004). Trening i kommunikasjonsferdigheter og grunnleggende sykepleie blir sett på som metoder for å fremme en relasjon mellom sykepleier og pasient (Bowers 2010). En god relasjon mellom pasient og sykepleier er en av de mest sentrale faktorene for at en psykotisk pasient skal få god behandling (Hem, Heggen og Ruyter 2008). Likevel oppstår det ofte utfordringer i relasjonsdannelsen ved at pasienter ikke ønsker en relasjon til sykepleier (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Dette litteraturstudiet tar utgangspunkt i pasienter som er innlagt i døgnbemannede institusjoner under spesialisthelsetjenesten. Personer som utvikler en psykotisk lidelse blir vanligvis behandlet over kort tid i døgninstitusjoner, eller over lengre tid hvis det foreligger spesielle forhold som at en er til fare for sitt eget eller andres liv (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Pasienter som trenger videre oppfølging blir fulgt opp poliklinisk (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013).

## **1.2 Relasjon til NTNU Gjøviks forskningsområde**

Seksjon for sykepleie ved NTNU Gjøvik har to forskningsområder: Profesjonskompetanse og Kvalitet i sykepleie, der pasientsikkerhet inngår som en viktig del (NTNU 2015). Kvalitet i sykepleie studerer praksisrettet sykepleie i samarbeid med pasienten, samt erfaringer av å leve med sykdom (NTNU 2015). Dette litteraturstudiet relateres til Kvalitet i sykepleie da studiet fokuserer på relasjonen mellom sykepleier og pasient, samt pasienters opplevelse av relasjonens betydning ved behandling av sin psykotiske tilstand.

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Psykose

Strand (1990) viser til Immanuel Kant sin forklaring på psykose: som en drøm i våken tilstand der alt kan skje. Ordet psykose kommer av de greske ordene: “psyk” som handler om sinn, og “ose” som omhandler en sykdomstilstand (Thingnæs og Johannessen 2010). Ifølge Thingnæs og Johannessen (2010) er kjennetegnet på psykose en realitetsbrist der evnen til å skille mellom seg selv og omgivelsene er svekket eller helt borte. Dette kan gjelde både tanker, følelser og sanseintrykk (Thingnæs og Johannessen 2010). Personer i psykose har en egen virkelighetsoppfatning som ofte kan være kaotisk, usammenhengende og forvridd (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Det å være i en psykose gir en følelse av ensomhet og en tidvis smerte, så stor at den er på grensen av hva et menneske kan bære (Strand 1990). I psykose er ikke personer, hendelser, tid, rom og egen identitet bundet av det faste og logiske, men flyktig og forandret (Strand 1990). Enkelte opplever det som skremmende og beskriver psykosen som en utmattende livssituasjon der man bruker alle krefter en har (Koivisto, Janhonen og Väisänen 2004). En kan ha vanskeligheter med å håndtere hverdagen, og føle at en mister seg (Koivisto, Janhonen og Väisänen 2004). Psykose er preget av symptomene hallusinasjoner, vrangforestillinger, forvirring og tankeforstyrrelser (Hummelvoll 2004). Humøret kan være euforisk, med tanker som strømmer gjennom hodet, eller en kan være nedstemt, føle skyld og ha vonde følelser som videre kan føre til en depresjon (Bowers 2010).

En psykotisk tilstand kan komme av belastende hendelser og oppstår vanligvis i alderen 15-30 år (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Alle mennesker kan bli psykotiske hvis de får for store påkjenninger (Thingnæs og Johannessen 2010). Før et psykotisk utbrudd kan det observeres perioder med angst, uro, isolasjon, tiltaksløshet og andre tegn på psykiske problemer. Problemene bygger seg opp før de utløses i en psykose (Thingnæs og Johannessen 2010). Psykosen kan arte seg på ulike måter, den kan melde seg plutselig eller gradvis, ha et langvarig løp, eller være kortvarig og forbigående (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Etter en psykotisk tilstand blir noen friske, andre kan bli preget og få flere tilbakefall (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Forskning viser at pasienter som får tidlig behandling ofte får et bedre behandlingsforløp enn de som må avvente (Morse og Procter

2011). En tidlig intervensjon kan være med på å hindre et tilbakevendende forløp, samt minske risikoen for at psykosen gir symptomer som kan virke invalidiserende (Morse og Procter 2011).

### *2.1.1 Hallusinasjoner og vrangforestillinger*

Ifølge Oorschot m.fl. (2012) er hallusinasjoner hovedsymptomet på psykose. Hallusinasjoner er sanseopplevelser uten samsvar med ytre stimuli, og kan påvirke alle sansene vi har: hørsel, lukt, syn, smak og berøring (Cullberg 2005).

Den vanligste formen for hallusinasjoner er hørselshallusinasjoner (Oorschot m.fl. 2012). Dette oppleves som å høre lyder eller stemmer som ofte er plagsomme forstyrrelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Det skilles mellom akutte og langvarige hørselshallusinasjoner (Cullberg 2005). De akutte omhandler pasientens livssituasjon, og kan være lettere å forstå enn langvarige hallusinasjoner (Cullberg 2005). Her er det ofte stemmer som snakker med et støtende eller kritisk innhold, og det kan være flere stemmer som snakker med hverandre, noe som kan oppleves ubehagelig (Cullberg 2005). Pasienter som opplever langvarige hørselshallusinasjoner lærer seg ofte ulike strategier for hvordan de kan unnsnippe stemmene, som å overdøve de med skrik, sang eller høy musikk (Cullberg 2005).

Jordahl og Repål (2009, s. 99) definerer vrangforestillinger som “forestillinger eller oppfatninger som oppleves virkelig til tross for at de ikke lar seg bevise eller deles av andre”. Vrangforestillinger kan være fremtredende i utbruddet av hallusinasjoner, men samspillet varierer i løpet av de forskjellige fasene i psykosen (Oorschot m.fl. 2012). Vrangforestillinger kan variere fra å være mulige forestillinger til å bli urealistiske, og pasientens handlinger styres ofte etter disse forestillingene (Jordahl og Repål 2009).

## **2.2 Relasjoner**

Begrepet relasjon kommer av det latinske ordet *relatio*, som betyr å stå i forbindelse med en (Eide og Eide 2008). Dette vil si et forhold, en forbindelse eller kontakt mellom mennesker, som for eksempel sykepleiers forhold til pasient, pårørende eller arbeidskollegaer (Eide og Eide 2008).



Vaglun (2005) definerer mellommenneskelige relasjoner som noe som foreligger når mennesker påvirker hverandre gjensidig. Det den ene gjør, sier, føler eller tenker virker inn på hva den andre gjør, sier, føler eller tenker (Vaglun 2005).

### *2.2.1 utfordringer ved relasjoner mellom pasient i psykose og sykepleier*

En god relasjon mellom sykepleier og pasient har avgjørende betydning for god psykosebehandling (Hem, Heggen og Ruyter 2008). Den største utfordringen i behandlingen er å skape et tillitsforhold og en behandlingsallianse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Ifølge Hem, Heggen og Ruyter (2008) viser det seg at mistillit er et fremtredende problem i behandlingen av psykose. Deler av den psykotiske pasientens væremåte kan skape misforståelser og hindre en relasjonsbygging (Hummelvoll 2004). Pasienter kan være mistenksomme overfor sykepleier, og teste ut om sykepleier er til å stole på (Hummelvoll 2004). Psykotiske pasienter kan ofte være irriterte, urimelige og uforutsigbare før psykosen stabiliserer seg (Bowers 2010). De lar seg lett distrahere og kan unnlate å se på personen de snakker med, samt bruke lengre tid på å bearbeide det som sies, da en del av sykdommen er preget av mangelfull evne til å sende og motta informasjon (Hummelvoll 2004). Pasienter trenger en sykepleier som kan forstå deres opplevelse av psykose og hvordan den har påvirket livene deres (Koivisto, Janhonen og Väisänen 2004).

For sykepleier som arbeider med psykotiske pasienter, kan det være utfordrende å opprette kontakt og bli kjent med pasientens virkelighetsoppfatning (Hummelvoll 2004). Mange opplever at pasienter har en manglende evne og motivasjon til å delta i egen behandling, hvilket resulterer i en redusert forståelse av egen situasjon (Hummelvoll 2004). Det er viktig at sykepleier regulerer nærhet og avstand i forholdet med pasienten, da den psykotiske tilstanden kan være vanskelig å håndtere (Koivisto, Janhonen og Väisänen 2004). Behovet for nærhet må balanseres med tilstrekkelig avstand for å forhindre at pasienten blir avhengig av helsepersonellet, da dette kan gi et avhengighetsproblem som fører til regresjon i behandlingen (Hummelvoll 2004). Stadig opphold i kontakt med behandlerne kan også føre til resignasjon for både pasienter og behandlere, og bidra negativt i behandlingsforløpet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013).

## 2.3 Egostyrkende sykepleie

Relasjonsbygging mellom pasient i psykose og sykepleier kan bygge på Liv Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper (Strand 1990). Liv Strand er en psykiatrisk sykepleier som har videreutviklet Sonja Levander sine egostyrkende sykepleieprinsipper som beskriver hvordan sykepleier kan styrke pasientens ego-funksjoner (Strand 1990). Sonja Levander var en svensk psykolog som skrev om egostyrkende sykepleie på slutten av 1970-tallet. Hun hevdet at egostyrkende sykepleie var behandlingsmetoden som var mest benyttet innen psykiatri, samtidig som det var den minst definerte (Strand 1990).

Ego er et sentralt begrep i å forstå og forklare psykotiske reaksjoner (Kringlen 2012). Ego regulerer selvbildet, vedlikeholder balansen mellom impulser og verdier, og tar vare på integriteten i personlig identitet (Kringlen 2012). Pasienter i psykose har ofte svikt i ego-funksjonene med svake jeg-grenser, der jeg-ressursene er lite tilgjengelig (Strand 1990). De vanligste forstyrrelsene i ego-funksjonene er forstyrrelser i persepsjon, tanke, affekt og motivasjon (Hummelvoll 2004). I en psykose er disse funksjonene rammet og personen blir ego-svak (Hummelvoll 2004).

### 2.3.1 Egostyrkende sykepleieprinsipper

Egostyrkende sykepleieprinsipper er en samlebetegnelse på hvordan sykepleier skal forholde seg overfor psykotiske pasienter, og en måte å hjelpe mennesker som har en sviktende egofungering (Strand 1990). For å styrke pasientens ego er det vektlagt sykepleier som person og tilrettelegging av miljø. Sykepleier kan fungere som et hjelpe-ego når pasienten forsøker å kompensere for en sviktende ego-funksjon (Strand 1990). Jo mer egosvak en person er, desto flere av prinsippene burde sykepleier sette i verk. De ulike prinsippene er: kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering, praktiske gjøremål, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål, trening i å se valgmuligheter og å forstå valg (Strand 1990).

Prinsippene kan bidra til å styrke ego-funksjonene, og må brukes sammen for å skape en helhet (Strand 1990). Egostyrkende sykepleie forsøker å styrke egofunksjonene ved å gi tilstrekkelig støtte og utfordringer for å hjelpe personen til å få en bedre selvoppfatning, og en opplevelse av integritet (Hummelvoll 2004).

Egostyrkende sykepleieprinsipper er tiltak og holdninger som er videreført av sykepleiere og annet miljøpersonell gjennom lang tid, og som stadig har blitt forbedret og nyansert (Strand 1990). Dette litteraturstudiet inkluderer fire av de egostyrkende sykepleieprinsippene: kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, grensesetting og containing-function. Alle har en klinisk relevans for litteraturstudiets problemstilling, og de utgjør litteraturstudiets teoretiske perspektiv.

Sykepleier må oppnå en allianse med pasienten i psykose for å kunne tilby hjelp. Grunnmuren i relasjonen mellom sykepleier og pasient består av kontinuitet og regelmessighet (Strand 1990). Dette kan ofte være vanskelig for sykepleier, da psykotiske pasienter som regel har vokst opp med en mangelfull kontinuitet i hverdagen (Strand 1990). I møte med pasienter i psykose er det viktig at sykepleier tilbyr kontakt og regelmessighet, møter opp og er tilgjengelig, beviser at en er til å stole på og har en tålmodig ikke-krevende væremåte (Strand 1990).

Sykepleier må også bli kjent med pasientens grenser for å vite hvor mye avstand pasienten trenger og hvor nært en kan gå (Strand 1990). Det skal være en balanse mellom nærhet og avstand. Sykepleier kan bli handlingslammet hvis en kommer for nær pasienten, og dermed ute av stand til å utøve god sykepleie; hvis avstanden blir for stor vil ikke sykepleier klare å sette seg inn i pasientens situasjon (Strand 1990). Den terapeutiske distansen mellom nærhet og avstand kan være det optimale balansepunktet og må reguleres i forhold til den gitte situasjonen, tid, rom og klima (Strand 1990).

Grensesetting innebærer å ta over styringen når det er nødvendig, samt gi råd og støtte (Strand 1990). Dette kan hjelpe pasienten til å kunne leve et tilfredsstillende liv i et sosialt fellesskap. Grensesetting kan være nødvendig hvis pasientens adferd er til skade eller uheldig for seg selv, andre personer eller inventar (Strand 1990). Grensesettingen skal alltid ha en terapeutisk hensikt, ivareta pasientens autonomi og aldri brukes som straff. Dette krever kunnskap og erfaring hos sykepleieren for at grensesetting skal utøves på en god terapeutisk måte (Strand 1990).

Containing-function, beholderfunksjonen, innebærer å ta imot pasientenes ubearbeidede tanker og følelser, for så å gi det tilbake i en mer strukturert form når pasienten er i stand til å

bære dette selv (Strand 1990). Sykepleier må ta imot pasientenes følelser, enten de er gode eller vonde. Beholderfunksjonen skal gjenopprette psykisk likevekt som vil bidra til at sykepleier får en bedre forståelse av pasientens underliggende problemer (Strand 1990).

## **2.4 Hensikt og problemstilling**

Dette litteraturstudiet vil undersøke hvordan sykepleier kan fremme en god relasjon til pasienter i psykose som er innlagt under psykisk helsevern. Temaet omhandler sykepleie til pasienter i psykosebehandling og problemstillingen er:

*“Hva fremmer en god relasjon mellom sykepleier og pasient?”*

### **3. Metode**

Metode er en teknikk som blir benyttet av forskere til å strukturere et studie, samt samle og analysere informasjon som er relevant for forskningsspørsmålet (Polit og Beck 2012). En vitenskapelig metode er et verktøy som blir benyttet for å forske på et bestemt område der forskningsspørsmålet avgjør hvilken metode som blir benyttet (Polit og Beck 2012).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

Gjennom litteraturstudier kan en utvikle forskningsbasert kunnskap som kan danne grunnlaget for kunnskapsbasert praksis (Polit og Beck 2012). Det er ifølge yrkesetiske retningslinjer et krav at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleieforbund 2011).

Dette studiet har benyttet litteraturstudie som metode. Et litteraturstudie er en omfattende studie med tolkning av litteratur som relateres til et bestemt emne (Aveyard 2014). Ved gjennomføring av et litteratursøk utarbeides en problemstilling som en prøver å svare på ved å søke etter data, der en analyserer litteratur som er relevant ved hjelp av en systematisk tilnærming (Aveyard 2014). Litteraturen gir informasjon om innrapportert data som er basert på tidligere vitenskapelige tidsskriftartikler, eller andre vitenskapelige rapporter (Forsberg og Wengström 2013). Ifølge Støren (2014) skapes ikke ny informasjon, men ny informasjon kan komme frem ved å samle sammen tidligere forskning. Et litteraturstudie kan derfor gi større validitet enn et enkelt forskningsstudie alene (Aveyard 2014).

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er målet med en systematisk litteraturgjennomgang å oppnå en syntese og en helhet av data fra flere tidligere gjennomførte empiriske studier. Empiriske studier er når forfatteren ikke har benyttet personlige meninger, men funnet objektiv informasjon (Polit og Beck 2012). Den systematiske litteraturgjennomgangen fokuserer på forskning som er aktuell for valgt problemstilling (Forsberg og Wengström 2013).

Et litteraturstudie bør ifølge Polit og Beck (2012) hovedsakelig bestå av primærkilder. En forutsetning for et bra litteraturstudie er at det er god kvalitet på studiene som vil støtte vurderingene og resultatet som kommer frem (Forsberg og Wengström 2013). Ifølge Polit og Beck (2012) kan en skille mellom primære og sekundære kilder. Primærkilder består av

vitenskapelig forskning som er basert på egne funn av forskeren, som er den originale kilden. Sekundærkilder er derimot en beskrivelse av studier som er gjort av andre enn den opprinnelige forskeren (Polit og Beck 2012). Sekundærkilder refererer til tidligere primærkilder, og dersom sekundærkilder benyttes, må en være bevisst på at forfatteren kan ha gjort avgrensinger (Erikson 2010).

### **3.2 Litteratursøk og innsamling av data**

Et litteratursøk tar utgangspunkt i sentrale begreper i den avgrensede problemstillingen en ønsker å arbeide med. Systematisk litteratursøk kan begynne bredt, for deretter å snevres inn (Bjørk og Solhaug 2008). Ifølge Polit og Beck (2012) er det viktig å gjennomføre grundige og systematiske søk i utvalgte databaser for at et litteraturstudie skal få god validitet.

Litteratursøk handler om å søke etter kunnskap om et tema og presentere denne kunnskapen for andre (Bjørk og Solhaug 2008). Formålet er å avdekke hvilken kunnskap som finnes, relatert til problemstillingen og hensikten (Bjørk og Solhaug 2008). I søket finner en frem til relevante søkeord og kombinerer disse slik at en står igjen med relevante artikler som er håndterbare (Bjørk og Solhaug 2008).

Det er viktig med søk i flere ulike databaser for å innhente artikler som besvarer den valgte problemstillingen best (Aveyard 2014). Databasene som ble benyttet i dette litteraturstudiet er Cinahl Complete, PubMed, Ovid Nursing Database, og SveMed+. Cinahl Complete er verdens mest omfattende database for sykepleie- og helseforskning, er svært sentral og omfatter i stor grad kvalitativ forskning om pasienterfaringer (CINAHL Complete u.a). PubMed inkluderer tidsskrift som omhandler biomedisin og helse (PubMed Help 2016). Ovid Nursing Database er en database som hjelper helsearbeidere til å finne medisinsk informasjon som kan bidra til å forbedre pasientbehandling (Ovid 2016). Det ble ikke funnet relevant forskning for valgt problemstilling i databasen SveMed+.

Google scholar er benyttet for å finne artiklene som ikke var tilgjengelig i fulltekst gjennom databasene. I forhold til valgt tema og problemstilling er følgende søkeord blitt benyttet: psychosis, psychotic, communication, therapeutic relationship, psychiatric care, psychiatric nursing, psychiatric patients, trust, mental health, mental health care, relationship, relationships, patient opinion, nursing, nurse og coercion. Søkeordene ble benyttet i kombinasjon med "AND" for å snevre inn søkeresultatet.

**Tabell 3.1 Søkestrategi**

Søkeord	Database	Avgrensing i tidsrom	Kombinasjoner	Antall treff	Antall leste abstract	Antall leste artikler	Inkludert artikkel
1) Psychosis 2) Communication 3) Psychiatric care	CINAHL	2006-2016	1 AND 2 AND 3	9	1	1	Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan
1) Psychotic 2) Communication 3) Mental Health 4) Relationship 5) Nursing	PubMed		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	8	2	1	Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community
1) Psychiatric care 2) Mental health care 3) Coercion	CINAHL	2006-2016	1 AND 2 AND 3	3	2	1	Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care
1) Psychosis 2) Psychiatric care 3) Relationships 4) Communication 5) Trust 6) Nurse 7) Patients opinion	OVID		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7	1	1	1	Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care
1) Mental health care 2) Relationships 3) Trust	CINAHL		1 AND 2 AND 3	6	1	1	The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK
1) Psychiatric patients 2) Coercion	PubMed	2005-2015	1 AND 2 AND 3	34	2	1	Which values are important for patients

3) Nurse							during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients
1) Psychiatric care 2) Relationship 3) Trust 4) Mental health 5) Nursing	PubMed	2006-2016	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	29	4	2	Getting to know the person behind the illness - the significance interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings
1) Psychiatric Nursing 2) Therapeutic relationship 3) Psychiatric care 4) Trust 5) Mental Health 6) Nurse	OVID		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6	28	4	2	Pivotal moments in the therapeutic relationship

Litteraturstudiet inkluderer studier som har anvendt kvalitative forskningsmetoder. Dette for å belyse hva pasient og sykepleier mener er viktige faktorer for å fremme en god relasjon. Kvalitativ forskningsmetode bygger på menneskers egne erfaringer og opplevelser (Forsberg og Wengström 2013). Kvantitativ forskningsmetode har flere informanter og samler inn data som er mulig å tallfeste (Polit og Beck 2012). Søkene som ble gjennomført ble jevnlig dokumentert og vurdert opp mot inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjons-og eksklusjonskriterier er ifølge Aveyard (2014) satt opp for å gi en systematisk søkeprosess.

Artiklene som er benyttet i dette litteraturstudiet er valgt ut fra inklusjonskriterier som er relevante for studiets tema og problemstilling. Inklusjonskriteriene skal informere om hvilken populasjon det gjelder og hvilke tiltak eller fremstilling som ble studert (Reinar og Jamtvedt 2010). Det skal informeres om studiene er publisert i visse tidsskrift, tidsrom og språk, og om de er publisert med en spesiell publikasjonsstatus. Det skal også presenteres hvilket studiedesign som ble brukt, og det skal tydeliggjøres hvilke eksklusjonskriterier som ble benyttet (Reinar og Jamtvedt 2010).



**Tabell 3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Forskningsstudier som inkluderer respondenter av begge typer kjønn	Kommunehelsetjenesten, pasienter som mottar behandling i sitt eget hjem
Studier som inkluderer pasienter over 18 år	Pårørendeperspektiv
Fagfellevurdert i et tidsskrift som er registrert og godkjent i NSD med et vitenskapelig nivå 1 eller 2	Pasienter i alderspsykiatri
Studier som er utført i spesialisthelsetjenesten	
Studier som er publisert på norsk eller engelsk	
Studier som er relevante for sykepleie til pasienter i psykosebehandling	
Studier kan inkludere pasienter som er innlagt under tvang	

De vitenskapelige artiklene skal være oppbygd etter IMRAD-strukturen, da denne strukturen oftest blir benyttet i disse artiklene (Polit og Beck 2012). IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og/and diskusjon (Polit og Beck 2012). I tillegg stilles det krav om vitenskapelig nivå til artiklene i litteraturstudiet. For å kontrollere dette, ble tidsskriftets navn eller ISSN-nummer søkt opp i DBH, Database for statistikk om høgre utdanning (2016). Her vises hvilken vitenskapelig grad artiklene er vurdert til, nivå 1 eller nivå 2. Tallene beskriver en rangering av nivået på artikkelen ut fra kvalitet, der nivå 2 viser til høyere kvalitet enn nivå 1 (Vekt på forskning 2004). Nivå 2 betyr at tidsskriftet artikkelen er utgitt i er fagfellevurdert, og nivå 1 kan vise til både fagfellevurderte forskningsartikler ikke fagfellevurderte artikler (Vekt på forskning 2004). Det ble i tillegg vektlagt at artiklene hadde tilstrekkelig med referanser, samt at det ikke bare ble referert til eget, tidligere arbeid. Dette litteraturstudiet bygger på fire artikler med nivå 2 og fire med nivå 1.

### **3.3 Analyseprosess**

Ifølge Polit og Beck (2012) er analyse en prosess der en bearbeider funn og på denne måten kommer frem til et sammenfattet svar på problemstillingen i litteraturstudiet. En tematisk analyse er en metode som skal gi et samlet resultat av forskningsstudier som inngår i litteraturstudiet (Aveyard 2014).

Ifølge Aveyard (2014) skal en først sammenfatte funn fra de ulike forskningsstudiene som blir benyttet. Det må undersøkes om innholdet fra de ulike studiene passer sammen, og deretter gjøres en helhetsvurdering av hvert funn, inkludert styrker og svakheter (Aveyard 2014). På bakgrunn av dette blir det mulig å få en oversikt over funnene i hvert studie. Aveyard (2014) viser til en matrise en kan benytte seg av som gir en oversikt over funnene i de ulike forskningsstudiene. Matrisen kan bidra til å forstå hvordan de ulike studiene relateres til hverandre, samt lette arbeidet med å referere til riktige forfattere gjennom litteraturstudiet (Aveyard 2014).

Videre identifiseres temaer fra resultatene ved at resultatdelen fra hvert studie blir lest på nytt. Temaene som blir angitt skal reflektere problemstillingen til litteraturstudiet (Aveyard 2014). Når det er blitt tildelt temaer til alle funnene i de ulike studiene må funnene slås sammen til hovedtemaer (Aveyard 2014). Dette vil bli fremstilt under kapittel 4.2 Sammenfatning av resultatet.

## 4. Resultater

### 4.1 Resultatpresentasjon

For å gi en oversikt over resultatartiklene har det blitt benyttet en matrise fra Aveyard (2014, s. 144).

**Tabell 4.1 Artikkel 1**

<b>Artikkel nr. 1 Referanse</b>	Andreasson, E. og Skärsäter, I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan, <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 19, s. 15-22.
<b>Hensikt</b>	Beskrive pasienters oppfatninger og opplevelser av omsorg i tvangsbehandling ved akutt psykose.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ metode med en fenomenografisk tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studiet ble gjennomført på en psykiatrisk klinikk i Sør Sverige, der 12 pasienter: syv menn og fem kvinner ble intervjuet. Studiet har benyttet seg av inklusjons- og eksklusjonskriterier for å finne kvalifiserte deltagere.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Inklusjonskriteriene:<ul style="list-style-type: none"><li>- Innlagt på tvang</li><li>- Ha en diagnostisert psykotisk lidelse</li><li>- Kunne snakke og forstå svensk</li></ul></li><li>- Eksklusjonskriteriene:<ul style="list-style-type: none"><li>- Preget av vrangforestillinger</li><li>- Kommunikasjonsproblemer</li></ul></li></ul> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Individuelle intervjuer ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide konstruert for studiets formål. Det ble stilt fem åpne spørsmål:</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hvordan har tvangsbehandling påvirket deg?</li> <li>2) Hva kan personalet gjøre for at du føler deg tryggere når du er innlagt under tvang?</li> <li>3) Ønsker du at personalet skal la deg være involvert og ta avgjørelser når du er innlagt under tvang?</li> <li>4) Hvordan kan personalet unngå å fornærme verdigheten din?</li> <li>5) Hva gjør at du føler deg respektert når du er under tvangsbehandling?</li> </ol> <p>Oppfølgingsspørsmål ble spurt for å utdype og tydeliggjøre svarene. Intervjuene varte mellom 29-78 min, ble tatt opp og transkribert ordrett for så å bli systematisk analysert.</p>
<b>Resultat</b>	Pasientenes oppfatninger og opplevelser av omsorg ble beskrevet i to hovedfaktorer: 1) motta nødvendig støtte, og 2) oppleve respektfull omsorg. Disse fikk igjen underkategorier som 1) å motta god omsorg, få nødvendig beskyttelse, få hjelp med forståelse, og motta pleie i et behandlende syn. 2) Anerkjennelse som menneske, selvstendighet og deltakelse i egen behandling.
<b>Konklusjon</b>	Studiet viser at pasienter kan oppfatte tvangsbehandling som positivt hvis de føler at helsepersonell forstår deres sårbarhet, har håp for deres fremtid og viser dem omtanke. Tvangsbehandling kan gi pasientene en følelse av beskyttelse og hvile fra omverdenen. Tvangshandlinger kan forebygges hvis det blir gitt konkret informasjon om pasientens valg og konsekvenser, samt alternative løsninger.
<b>Relevans</b>	Studiet viser viktigheten av å ha en god relasjon til pasienter i psykose når de er innlagt under tvang.

**Tabell 4.2 Artikkel 2**

<b>Artikkel nr. 2</b>	McCann, T.V. og Baker, H. (2001) Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community, <i>Journal of advanced</i>
<b>Referanse</b>	

	<i>nursing</i> 34(4), s. 530-537.
<b>Hensikt</b>	Belyse hvordan sykepleiere kan utvikle mellommenneskelige relasjoner med unge voksne pasienter som har en tidlig episode av psykotisk sykdom.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming med “grounded theory methodology”.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studiet er gjennomført i Australia der det ble intervjuet og observert ni pasienter, åtte pårørende og 24 distriktpsikiatriske sykepleiere.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Det ble benyttet individuelle intervjuer og observasjoner. Totalt ble det utført 44 intervjuer med varighet mellom 60-90 minutter. Hvert intervju ble lydinnspilt.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Studiet trekker frem seks hovedfaktorer som er viktig for å oppnå et gjensidig forhold mellom sykepleier og pasient: 1) Forsøke å forstå, 2) være vennlig, 3) tilpasse seg, 4) gi av seg selv, 5) være tilstede, og 6) opprettholde taushetsplikt.</p> <p>Det at sykepleier er tilgjengelig for pasienten gir pasienten en følelse av å bli støttet og forstått. Aktiv lytting er essensielt for å forstå pasientens følelser. At sykepleier er imøtekommende og forteller om seg selv kan bidra til å oppdage felles interesser som bryter kommunikasjonsbarrierer.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Det å bygge et gjensidig forhold er en prosess der en utvikler en gjensidig relasjon.</p> <p>Det finnes flere faktorer som kan fremskyve prosessen av å skape en relasjon mellom pasient i psykose og sykepleier: forståelse, vennlighet, tilpasse seg, gi av seg selv, være tilstede og å holde taushetsplikten.</p>

<b>Relevans</b>	Beskriver flere strategier som kan fremskyve en mellommenneskelig relasjon mellom sykepleier og pasient.
-----------------	--

**Tabell 4.3 Artikkell 3**

<b>Artikkel nr. 3 Referanse</b>	<p>Lorem, G. F., Hem, M. H. og Molewijk, B. (2014) Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care, <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 24(3), s. 231-240.</p>
<b>Hensikt</b>	Undersøke pasienters moralske evaluering av tvang.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> Norsk studie med fem pasienter: tre kvinner og to menn, samt seks sykepleiere i en akutt-psykiatrisk avdeling.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Studiet er basert på deltagende observasjon, individuelle intervjuer med pasientene og fokusgruppediskusjoner med sykepleierne. Tre intervju ble gjort på sengeposten, et på kontoret til forskerne, og et intervju ble gjort hjemme hos en utskrevet pasient. Intervjuene varte mellom 20-140 minutter, ble transkribert og analysert. Analysen av intervjuene ble gjennomført med en intuitiv tilnærming og tematisk analyse.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Pasientenes opplevelser ble delt inn i tre kategorier 1) enighet og aksept, 2) uenighet og motstand og 3) resignasjon.</p> <p>1) Pasientene opplevde enkelte ganger at tvang sikret deres autonomi og integritet. Det ble sett på som et viktig tiltak for å beskytte dem mot sine egne impulser, og noen så på det som en lettelse at helsepersonell tok over ansvaret. De beskrev tillit som en viktig del av samarbeidet og relasjonsdannelsen, da det var lettere å ta råd fra noen de stolte på, spesielt i tvangssituasjoner.</p> <p>2) Noen av pasientene følte tap av autonomi og kontroll da tvangen</p>

	<p>følte mer som en trussel enn trygghet. Det kom frem at pasientene manglet innflytelse over egen situasjon.</p> <p>3) Pasientene evaluerte at det negative med tvangshandlinger ofte var mangel på informasjon under selve tvangshandlingen. De forsto ikke hvorfor de var innlagt, hva som ville skje med de, eller hvorfor. Det å ikke vite eller delta i egen behandling skapte usikkerhet for pasientene.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>”God tvang” er et resultat av en helhetsvurdering hvor de viktigste elementene må være oppfylt. Dette omhandler kommunikasjon om hva som skjer og hvorfor, basert på et empatisk og omsorgsfullt forhold mellom pasient og helsepersonell.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Studiet får frem hvilken betydning en god relasjon har under tvangsbehandling.</p>

**Tabell 4.4 Artikkell 4**

<b>Artikkel nr. 4 Referanse</b>	<p>Johansson, H. og Eklund, M. (2003) Patients’ opinion on what constitutes good psychiatric care, <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i>, 17, s. 339-346.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Undersøke pasienters oppfatning av hva som utgjør god psykiatrisk omsorg, samt hva de anser som problematisk innen psykisk helsevern.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studiet er utført i Sverige, der det var ni representative pasienter som hadde vært innlagt i psykiatrisk avdeling, samt syv pasienter som hadde blitt behandlet poliklinisk. De innlagte var i alderen 22-38 år, det var en kvinne og åtte menn med psykosedagnoser, hovedsakelig schizofreni. Utvalget av polikliniske pasienter bestod av pasienter med andre psykiske lidelser enn psykose. Denne gruppen inneholdt seks kvinner og en mann i alderen 32-67 år.</p>

	<p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Individuelle dybde-intervjuer med åpne spørsmål, der pasientenes siste erfaring fra psykisk helsevern var i fokus. Intervjuene ble basert på tre hovedtemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hva er din viktigste erfaring av å motta psykiatrisk omsorg?</li> <li>2) Hva har denne omsorgen betydd for deg og ditt liv?</li> <li>3) Hva føler du om de ansattes forståelse av dine psykiske problemer?</li> </ol> <p>Intervjuene ble gjort i pasientenes hjem eller i den psykiatriske avdelingen og hvert intervju varte i ca. to timer. Intervjuet ble skrevet ned da en bandopptaker ikke ble benyttet med hensyn til pasientenes ønsker og deres pågående sykdom.</p> <p>Ingen av deltakerne i studiet var under psykiatrisk behandling når intervjuene ble gjennomført.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Felles for begge pasientgruppene var at de mente god omsorg ble basert på kvaliteten på relasjonen mellom pasient og helsepersonell, samt at de opplevde stabilitet, struktur og avlastning fra stress.</p> <p>De polikliniske pasientene uttrykte at de trengte tid til å åpne seg og fortelle om sin situasjon. De trakk frem viktigheten av at sykepleier lyttet til de, viste en forståelse for deres problemer og viste en varm og støttende holdning.</p> <p>De innlagte pasientene uttrykte at en følelse av å bli forstått var en viktig faktor, der de hadde et behov for å føle seg respektert og ikke ønsket å bli sett på som et objekt. Pasientene uttrykte en ambivalens knyttet til forholdet de hadde med helsepersonellet. Noen ønsket et tettere og dypere forhold, samtidig som de uttrykte frykt for et nært forhold. De uttrykte at de trengte stabilitet og struktur i behandlingsopplegget, både med tanke på helsepersonell og avdelingen de var innlagt på.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Etablering og kvaliteten på relasjonene mellom pasient og helsepersonell kommer tydelig frem som den viktigste faktoren for god omsorg.</p>



	Samtidig understreker funnene at det er noen variasjoner, og at det vil kreve ulike strategier for å gi god omsorg til ulike pasientgrupper.
<b>Relevans</b>	En får kjennskap til pasientenes opplevelse av å være i behandling under psykisk helsevern. Pasientenes synspunkt for hva som kan fremme en relasjon til sykepleier kommer frem.

**Tabell 4.5 Artikkelen 5**

<b>Artikkel nr. 5 Referanse</b>	Gilburt, H., Rose, D. og Slade, M. (2008) The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK, <i>BMC Health Services Research</i> 8(92), s. 1-12.
<b>Hensikt</b>	Beskrive pasienters erfaringer og opplevelser fra akutt-psykiatrisk sykehus.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> 19 pasienter på psykiatrisk sykehus i England, ti menn og ni kvinner. De fleste var mellom 25 og 60 år, kun tre pasienter var over 60 år.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Det ble dannet en fokusgruppe der ti pasienter deltok, de ytterligere ni pasientene ble intervjuet hver for seg. Alle intervjuene ble lydinnspilt og transkribert ordrett, og senere tematisk analysert. Den tematiske analysen ble inndelt i 27 kategorier og gruppert i åtte sentrale temaer.</p>
<b>Resultat</b>	Pasientene beskrev åtte viktige temaer fra opplevelsene og erfaringene i psykiatriske sykehus. Fem av de åtte temaene var knyttet til relasjoner: 1) kommunikasjon, 2) tvang, 3) trygghet, 4) tillit og 5) kultur og rase. Temaet 6) behandling omhandler hovedsakelig medikamentell- og terapeutisk behandling på sykehus. Temaene 7) miljø og 8) frihet gir en forståelse av omgivelsene på sykehuset.

	<p>Alle pasientene understreket viktigheten av kommunikasjon, derav å lytte, snakke og forstå. Evnen til å lytte ble beskrevet som en egenskap av å være et menneske, og pasienten fikk dermed en følelse av å bli respektert. Kommunikasjon ble beskrevet som terapeutisk hvis pasienten ble lyttet til og forstått, noe som var sentralt for oppfatningen av en god relasjon. Både trygghet og tillit var viktig i den terapeutiske relasjonen.</p> <p>Alle pasientene hadde opplevd tvang, og rapporterte tvangsinnleggelse og tvangsbehandling som negativt da det følte som en begrensning av deres frihet. Beskrivelser av opplevd tvang var ofte knyttet til følelsen av mangel på trygghet.</p>
<b>Konklusjon</b>	<p>Pasientene i dette studiet identifiserer den sentrale rollen relasjoner har i pasienterfaringer, og deres redegjørelser avklarer viktige elementer i relasjoner og hvordan de uttrykte sine pasientopplevelser. Det bør legges vekt på å utvikle og forbedre dannelsen av terapeutiske relasjoner med pasienter for å få en positiv innvirkning på pasientenes opplevelser.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Studiet viser pasientperspektivet av å være innlagt i en akutt-psykiatrisk avdeling der pasientene ser på relasjoner som et viktig element.</p>

**Tabell 4.6 Artikkel 6**

<b>Artikkel nr. 6 Referanse</b>	<p>Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. og Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients, <i>Journal of Medical Ethics</i>, 40, s. 832-836.</p>
<b>Hensikt</b>	<p>Utforske pasienters erfaringer av å være tvangsinnlagt på psykiatrisk sykehus, og å se på konflikter som kunne oppstå mellom pasient og sykepleier.</p>
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p>

	<p><b>Utvalg:</b> 59 pasienter som tidligere hadde vært tvangsinnlagt på akuttavdelinger i 22 ulike sykehus i England.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Dybde-semistrukturerte intervjuer med varighet mellom 30-90 minutter. Intervjuene ble transkribert og tematisk analysert. Intervjuene ble gjennomført etter at pasientene var utskrevet.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>Studiet identifiserte situasjoner der konflikter mellom pasienter og helsepersonell hadde funnet sted på bakgrunn av ulike verdier. Pasientene beskrev tre faktorer som var sentrale for dem under tvangsinnleggelsen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Frihet - Mangel på innflytelse ved beslutningsprosesser: Pasienter rapporterte en begrensning av deres frihet på sykehuset. I alt 92% av pasientene som ble intervjuet fortalte at de ikke var involvert i beslutningsprosesser under behandlingen og de følte at deres rettigheter var krenket. De følte derfor at de mistet kontrollen.</li> <li>2) Trygghet - Fordeler med tvangsbehandling i form av forebygging: I alt 86% av pasientene anerkjente at de var syke før de ble innlagt og 83% opplevde nytte av tvangsbehandlingen. 27% av pasientene rapporterte om viktigheten av å føle seg trygg under sykehusoppholdet.</li> <li>3) Respekt - Bry seg, lytte og gi omsorg i personlige forhold: Respekt var knyttet til kvaliteten på forholdet mellom pasienter og helsepersonell. Det å føle seg respektert eller ikke var et viktig kriterium for pasientenes vurdering av omsorgen de mottok under innleggelsen. 44% av pasientene rapporterte at helsepersonell var respektløse i denne forbindelsen.</li> </ol>
<p><b>Konklusjon</b></p>	<p>Moralske diskusjoner kan være et nyttig verktøy for å håndtere konflikter mellom pasienter og helsepersonell. Pasienters verdier som frihet, trygghet og respekt må veies mot helsepersonellens verdier: liv og</p>

	helse, under en konfliktsituasjon. For å løse konflikter under tvangsinnleggelse på best mulig måte bør både pasienters- og helsepersonells verdier respekteres.
<b>Relevans</b>	Studiet viser hvilke verdier pasienter verdsetter ved tvangsinnleggelse.

**Tabell 4.7 Artikkelen 7**

<b>Artikkel nr. 7 Referanse</b>	Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C. og Gustin, W. L. (2016) Getting to know the person behind the illness - the significance interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings, <i>Journal of Clinical Nursing</i> , s. 1-9.
<b>Hensikt</b>	Beskrive hva sykepleiere ønsker å oppnå i relasjonen med domfelte pasienter som soner på sikkerhetsavdelinger i psykisk helsevern.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> Fem sykepleiere som arbeidet med domfelte pasienter på sikkerhetsavdelinger i Sverige. Sykepleierne var i alderen 25-50 år. Det var tre menn og to kvinner som alle hadde jobbet på psykiatrisk sykehus i flere år.</p> <p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Dybdeintervjuer som omhandlet omsorg og pleie. Intervjuene ble gjennomført på sykepleiernes arbeidsplass og varte mellom 54-69 minutter. Alle intervjuene ble lydinnspilt og transkribert ordrett.</p>
<b>Resultat</b>	<p>Sykepleierne presenterte to hovedkategorier av hva de ønsket å få ut fra relasjoner med pasientene. 1) å bli kjent med personen bak sykdommen, og 2) å gjøre en forskjell.</p> <p>1) Sykepleierne understreket at etableringen av en relasjon med pasienter var avgjørende. De understreket også betydningen av å bli kjent med pasientene som mennesker, der de fremmer sofaen som et</p>

	<p>viktig verktøy. Aktiv lytting og rolig samtaler om hverdagslig temaer var viktig for å få til et samspill og åpne muligheten for dypere samtaler, for å nå essensen av pasientenes problemer.</p> <p>2) ”Å gjøre en forskjell” ble forstått som å gjøre fremgang innen pasientens helse. Gjøre en forskjell var et resultat av å engasjere seg med pasienten, noe som tok lang tid. Sykepleierne understreket at "å gjøre en forskjell" var viktig, som for eksempel å innarbeide omsorgsfulle verdier i sin sykepleie for å unngå at sykehuset ble oppfattet som et “fengsel”.</p>
<b>Konklusjon</b>	Omsorg i sikkerhetsavdelinger med domfelte pasienter må fokusere mot en langsommere og mer langsynt kultur, og se bort fra den tradisjonelle og stereotypiske identiteten til den produktive sykepleieren. Det å oppnå tillitsfulle forhold innenfor disse sikkerhetsavdelingene er sett på som en mindre undertrykkende måte å kontrollere pasienter på, der en guider dem i en retning som er å foretrekke for sykepleiere og samfunnet.
<b>Relevans</b>	Vektlegger hva sykepleier kan gjøre for å oppnå en god relasjon med psykiatriske pasienter.

**Tabell 4.8 Artikkel 8**

<b>Artikkel nr. 8</b> <b>Referanse</b>	Welch, M. (2005) Pivotal moments in the therapeutic relationship, <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 14, s. 161-165.
<b>Hensikt</b>	Belyse hva erfarne psykiatriske sykepleiere mener utgjør en forskjell i den terapeutiske relasjonen med pasienten, basert på egne syn og erfaringer.
<b>Metode</b>	<p><b>Design:</b> Kvalitativ tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> Canadisk studie der seks erfarne psykiatriske sykepleiere ble intervjuet, tre menn og tre kvinner i alderen 32-42 år, som alle hadde over 10 års sykepleiererfaring fra psykiatri.</p>

	<p><b>Datainnsamlingsmetode:</b> Det ble gjennomført to individuelle intervjuer med hver sykepleier. Hvert intervju ble lydinnspilt og varte omlag en time. Første intervju bestod av spørsmål relatert til sykepleierens erfaringer. Det andre intervjuet konsentrerte seg om refleksjoner over det som kom frem i første intervju. Intervjuene ble videre transkribert og analysert.</p>
<p><b>Resultat</b></p>	<p>Studiet fant seks viktige faktorer for å skape en god terapeutisk relasjon: 1) tillit 2) makt 3) gjensidighet 4) selvgjenkjennelse 5) samsvar og 6) ekthet. Ingen av disse kunne sies å eksistere i fravær av andre.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sykepleierne følte at pasienter betrodde dem med noe veldig personlig, og at dette var grunnlaget for et godt terapeutisk tillitsforhold.</li> <li>2) Når sykepleier delte makt med en pasient var det for å muliggjøre et terapeutisk forhold, utforske og kanskje finne løsninger på problemer.</li> <li>3) Sykepleierne følte de lærte noe av vanskelige pasientsituasjoner. Samtidig som pasientene følte de fikk hjelp, fikk sykepleieren mer erfaring som kunne bidra til de kunne utføre bedre sykepleie i fremtiden.</li> <li>4) Selvgjenkjennelse gikk ut på å vise pasientene at sykepleierne var mennesker som brydde seg, og at det ikke bare var et profesjonelt forhold. Dette gjorde de ved å dele noe av seg selv.</li> <li>5) Det virket som pasientene innså at selv om sykepleierne var positive, betydde ikke det at de var enig med alt pasientene gjorde og sa.</li> <li>6) Ekthet indikerte en følelse av fullstendighet og problemfrihet på den måten de var i stand til å ha et profesjonelt forhold med liten eller ingen interessekonflikt, uenighet, avstand eller tilbakeholdenhet. Alle sykepleierne var enige om at hvis de var ekte innenfor et forhold var det så nær en kunne komme ved å bruke selvet til terapeutiske formål.</li> </ol>
<p><b>Konklusjon</b></p>	<p>Resultatet i dette studiet er ment som et forslag og ikke som avgjørende</p>

	faktorer. Studiet skal peke ut veien til videre studier som kan være i stand til å utforske og belyse at dette er det viktigste aspektet ved psykiatrisk sykepleiepraksis. Sykepleierne beskrev den terapeutiske relasjonen som et hardt og krevende arbeid der de viktigste kvalitetene var tillit, makt, gjensidighet, selvgjenkjennelse, samsvar og ekthet.
<b>Relevans</b>	Viser sykepleiekvaliteter som er viktig i den terapeutiske relasjonen mellom sykepleier og pasient.

## 4.2 Sammenfattet resultat

Under vil resultatene fra forskningsartiklene presenteres i temaer som anses gode til å besvare problemstillingen. Etter å ha analysert studienes resultater kan resultatene deles inn i tre temaer: Se personen bak sykdommen, Etablering av tillit mellom sykepleier og pasient, og Bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling.

### 4.2.1 *Se personen bak sykdommen*

Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin (2016) hevder at det å bli kjent med pasienten som et menneske er avgjørende for å kunne etablere en relasjon mellom sykepleier og pasient. Ifølge Andreasson og Skärsäter (2012) har pasienter i psykose et behov for respektfull omsorg der de blir anerkjent og verdsatt som mennesker (Andreasson og Skärsäter 2012). Pasientene ønsker at helsepersonell skal se personen bak symptomene. De vil bli behandlet med empati og respekt, og ikke føle seg usynlig (Andreasson og Skärsäter 2012). Ved å ta seg tid til pasienten, vise empati og forståelse vil sykepleier være i stand til å gi god omsorg (Johansson og Eklund 2003). Det kom videre frem i studiet til Johansson og Eklund (2003) at pasientene hadde et behov for å føle seg respektert, og ikke bli sett på som et objekt. Ved å oppfatte situasjonen til pasienten fra innsiden er sykepleierne bedre posisjonert til å tilby omsorg som samsvarer med pasientens behov (McCann og Baker 2001). Sykepleier kan aldri helt forstå pasientens opplevelse av sykdommen, men ved å prøve å sette seg inn i deres situasjon kan sykepleier få en bedre forståelse av hva pasienten gjennomgår (McCann og Baker 2001). Sykepleiere må vise at de ikke bare har et profesjonelt forhold til pasienten, men at de er mennesker som bryr seg (Welch 2005).

I studiet til Andreasson og Skärsäter (2012) kom det frem at pasientene enkelte ganger fikk følelsen av at helsepersonell ikke var på deres side. Pasientene følte at helsepersonell utnyttet sin makt for å ydmyke dem (Andreasson og Skärsäter 2012). Studiet til Valenti m.fl. (2013) understreker at holdningene til de ansatte påvirker pasientenes opplevelse av å bli respektert, og at opplevelsen av respekt kan bli redusert dersom de blir behandlet på en fornærmende måte eller blir merket for sin sykdom. Pasientene i studiet til Andreasson og Skärsäter (2012) følte seg ivaretatt hvis helsepersonell var pålitelig, imøtekommende, engasjert og viste omsorg. Sykepleierne viste anerkjennelse til pasientene ved å se dem og utveksle ord i forbifarten hvis de ikke hadde tid til å sette seg ned for en samtale (Andreasson og Skärsäter 2012)

McCann og Baker (2001) poengterer at aktiv lytting er essensielt for å kunne forstå den psykotiske pasientens følelser. Evnen til å lytte blir beskrevet som en egenskap som får pasienter til å føle seg respektert (Gilburt, Rose og Slade 2008). Åpenhet og ærlighet kan hjelpe pasienter i psykose til å håndtere eventuell usikkerhet om sin sykdom. Det inkluderer å snakke åpent om muligheten for tilbakefall og hvordan dette kan forebygges (McCann og Baker 2001). McCann og Baker (2001) kom videre frem til at helsepersonell som er tilgjengelig for pasientene skaper en følelse av støtte og forståelse.

#### *4.2.2 Etablering av tillit mellom sykepleier og pasient*

Ifølge Johannsson og Eklund (2003) har kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient en innvirkning på pasientens behandlingsforløp. Gjennom etablering av tillitsfulle relasjoner vil sykepleier få mulighet til å påvirke pasientens psykiske helse, både på kort og lang sikt (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). Tillit er en viktig del av samarbeidet og relasjonsdannelsen mellom sykepleier og pasient, da det er lettere å ta råd fra noen de stoler på, spesielt i tvangssituasjoner (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Andreasson og Skärsäter (2012) hevder at i tilfeller hvor psykotiske pasienter føler tillit til helsepersonell kan truende situasjoner som isolasjon og tvangsbehandling uskadeliggjøres. Pasientene i studiet til Valenti m.fl. (2013) vurderte respekt som et viktig kriterium for god omsorg under innleggelsen og knyttet det mot kvaliteten på forholdet mellom pasient og helsepersonell. Johannsson og Eklund (2003) kom i sitt studie frem til at god omsorg baseres på eksistensen og kvaliteten på forholdet mellom pasient og sykepleier, samt stabilitet, struktur og avlastning fra stress.



Videre beskriver Gilbert, Rose og Slade (2008) tillit som en viktig faktor for å få en positiv opplevelse av å være innlagt. Pasienter følte trygghet til helsepersonell som var erfarne og kompetente, behandlet dem med faste rutiner og stabilitet, samt kunne sette grenser og innføre rimelige regler (Andreasson og Skärsäter 2012). McCann og Baker (2001) trekker frem at sykepleier skal utvikle et tillitsfullt, ikke-konfronterende og ikke-dømmende forhold til pasientene der de åpent kan diskutere sine bekymringer. Negative beskrivelser av opplevd tvang under innleggelsen var ofte knyttet til følelsen av mangel på trygghet (Gilbert, Rose og Slade 2008).

Welch (2005) og Gilbert, Rose og Slade (2008) kom frem til at tillit og trygghet er sentrale faktorer for dannelsen av en terapeutisk relasjon. En terapeutisk relasjon bygger på empati, støtte, aksept, samarbeid, gjensidighet, engasjement, opprettelse av håp og en mulighet for pasienten til å vise følelser (Johansson og Eklund 2003). Gilbert, Rose og Slade (2008) fremhever kommunikasjon, der å lytte, snakke og forstå er sentrale faktorer i en relasjon. Ved eventuelle kommunikasjonsbarrierer kan det hjelpe at sykepleier er imøtekommende og forteller om seg selv, noe som kan bidra til å oppdage felles interesser (McCann og Baker 2001). Et samspill mellom helsepersonell og pasient kan gjøre at pasienten føler seg bedre ved at fokuset fra de psykotiske symptomene blir avledet (Andreasson og Skärsäter 2012). For å få til et samspill som åpner muligheten for dypere samtaler som kan nå essensen av pasientens problemer er aktiv lytting og rolige samtaler om hverdagslig temaer viktig (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). Pasienter i psykose ønsker ærlighet og omtanke, og setter pris på helsepersonell som er vennlige og kan bruke humor (Andreasson og Skärsäter 2012). Sykepleierne i studiet til Welch (2005) beskrev den terapeutiske relasjonen som et hardt og krevende arbeid. Flere av pasientene i studiet til Johansson og Eklund (2003) uttrykte en ambivalens knyttet til forholdet overfor behandler, der pasientene ønsket et tettere og dypere forhold, samtidig som de fryktet et for nært forhold. Andreasson og Skärsäter (2012) poengterer også viktigheten av at psykotiske pasienter har en primærkontakt for å skape kontinuitet i behandlingen.

#### *4.2.3 Bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling*

Over 90% av pasientene i studiet til Valenti m.fl. (2013) rapporterte en mangel på informasjon under innleggelsen, og at de ikke var involvert i egne beslutningsprosesser. Dette resulterte i at pasientene følte en redusert frihet og selvstendighet, samt at deres rettigheter ble

krenket (Valenti m.fl. 2013). Det kom også frem i studiet til Lorem, Hem og Molewijk (2014), der pasientene ikke forsto hvorfor de var innlagt eller hva som ville skje med dem. Pasienter har et behov for informasjon for å kunne forstå situasjonen og være i stand til å ta avgjørelser (Andreasson og Skärsäter 2012). De trenger å forstå hvorfor de er under tvangsbehandling og hva det innebærer (Andreasson og Skärsäter 2012). En pasient i studiet til Lorem, Hem og Molewijk (2014) opplevde tvang som det å være fanget, da han manglet innflytelse i egen situasjon.

Ifølge studiet til Gilbert, Rose og Slade (2008) opplever mange pasienter tvang. Pasienter kan føle tap av autonomi og kontroll, da tvang kan føles mer som en trussel enn trygghet (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Andreasson og Skärsäter (2012) tilføyer med sitt studie at tvangsbehandling kan være nødvendig og oppleves som en form for beskyttelse. Dette kommer også frem i studiet til Valenti m.fl. (2013), der over 80% av pasientene opplevde nytte av tvangsbehandlingen. Pasientene i studiet til Lorem, Hem og Molewijk (2014) opplevde enkelte ganger at tvang sikret deres autonomi og integritet. De så på det som en lettelse at helsepersonell tok over ansvaret, og at det var et viktig tiltak for å beskytte dem mot egne impulser (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Pasienter trenger nødvendig informasjon om sin sykdom og hvilken behandling som er tilgjengelig for dem (Andreasson og Skärsäter 2012). Videre har de et behov for å delta i egen behandling, selv under tvangsbehandling, men trenger å bli motivert og invitert til å samarbeide (Andreasson og Skärsäter 2012). Tvangstiltak kan i visse tilfeller bli unngått hvis pasienten blir mottatt av helsepersonell som tar seg tid og gir konkret informasjon om hva som kan skje, som for eksempel konsekvenser av å ikke ta medisiner (Andreasson og Skärsäter 2012).

## **5. Drøfting:**

### **5.1 Se personen bak sykdommen**

Ifølge Andreasson og Skärsäter (2012) har psykotiske pasienter et ønske om at helsepersonell skal se personen bak symptomene. De ønsker å ikke føle seg usynlig, men bli anerkjent og verdsatt som mennesker, bli tatt på alvor og bli behandlet med empati og respekt (Andreasson og Skärsäter 2012). Siden psykotiske pasienter ofte har uvanlige tanker, sterkere emosjonelle reaksjoner og en redusert evne til å forholde seg til andre mennesker, kan det være utfordrende for helsepersonell å forstå pasienten (Wilson og Kneisl 1996). Dette kan i visse tilfeller føre til at helsepersonell distanserer seg fra pasienten (Wilson og Kneisl 1996). Det er likevel viktig at sykepleier anerkjenner pasientene ved å se dem og utveksle noen ord i forbifarten hvis de ikke har tid til å sette seg ned for en samtale (Andreasson og Skärsäter 2012). Sykepleiere må vise at de er mennesker som bryr seg, og at de ikke bare har et profesjonelt forhold til pasientene (Welch 2005). Ifølge Hummelvoll (2004) kan sykepleiere vise at de bryr seg ved å gi god omsorg, som er et av de menneskelige grunnbehovene alle har rett til å få innfridd. Pasientene i studiet til Johansson og Eklund (2003) mente god omsorg baserte seg på empati og forståelse fra sykepleierne, samt at sykepleierne tok seg god nok tid til pasienten. Det å bli kjent med pasienten kan være en tidkrevende prosess, og en stor utfordring i akuttavdelinger der liggetiden sjelden er lang nok til at sykepleier har mulighet til å bli godt nok kjent for å skape en god relasjon (Strand 1990).

Pasienter i psykose kan føle at de bor i en fiendtlig verden, og kan ofte være aggressive, urimelige og uforutsigbare før psykosen stabiliserer seg (Bowers 2010). Sykepleier må fokusere på personen bak sykdommen og ignorere den eventuelle utagerende adferden (Hummelvoll 2004). Det kan virke frustrerende for pasienter at utenforstående ikke ser den samme verden som pasienten selv, og sykepleier må derfor bli kjent med pasientens virkelighetsoppfatning for å få en bedre forståelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke 2013). Det kan forstås at det også kan virke frustrerende for sykepleier at en ikke ser den samme verden som det pasienten gjør. Sykepleier kan aldri helt forstå pasientens opplevelse av sykdommen, men ved å prøve å sette seg inn i deres situasjon kan sykepleier få en bedre forståelse av hva pasienten går gjennom (McCann og Baker 2001). Det er da viktig at sykepleier aktivt bruker sykepleieprosessen, der en identifiserer og iverksetter tiltak for å løse

pasientens problemer (Hummelvoll 2004). Det må legges vekt på et helhetlig bilde av pasientens problem og årsaken til disse problemene (Hummelvoll 2004).

McCann og Baker (2001) hevder at sykepleiere er bedre forberedt til å tilby omsorg som samsvarer med pasientens behov hvis de ser situasjonen fra pasientens perspektiv. Pasienter trenger å bli respektert og forstått i sin situasjon, og ikke bli sett på som et objekt som skal tolkes og vurderes (Johansson og Eklund 2003). Følelsen av respekt kan bli redusert dersom pasientene blir behandlet på en krenkende måte, eller blir merket for sin sykdom (Valenti m.fl. 2013). I studiet til Andreasson og Skärsäter (2012) kom det frem at pasientene enkelte ganger fikk følelsen av at helsepersonell ikke var på deres side. Pasientene følte helsepersonell utnyttet sin makt for å ydmyke dem (Andreasson og Skärsäter 2012). Ifølge Norsk sykepleieforbund (2011) er sykepleier pliktig til å ivareta en helhetlig omsorg for hver enkelt, uansett pasient og diagnose. Dette underbygger Brinchmann (2012) med sitt rettferdighetsprinsipp som sier at sykepleier er pliktig til å behandle alle likt. Alle mennesker er likeverdige, til tross for ulike forutsetninger, nedsatt funksjonsevne eller egenomsorg (Kristoffersen og Nortvedt 2011). For å få en helhetlig vurdering av pasienten er det viktig å møte pasienten som en person (Hummelvoll 2004). Psykotiske pasienter kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg gjennom ord, og kan være ute av stand til å fortelle helsepersonell hvilke følelser og tanker en har (Hummelvoll 2004). Thingnæs og Johannessen (2010) mener det er viktig at sykepleier tar hensyn til at pasienten er den sårbare parten i forholdet. Pasientene forstår ofte ikke at de har en lidelse de trenger hjelp til å overvinne (Thingnæs og Johannessen 2010). Sykepleier må derfor ikke dømme, konfrontere eller snakke nedlatende til pasienten, men legge til rette for at pasienten åpent kan diskutere sine bekymringer rundt sykdommen og behandlingen (McCann og Baker 2001).

## **5.2 Etablering av tillit mellom sykepleier og pasient**

I en relasjonsdannelse er tillit beskrevet som en viktig faktor (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Dette understreker også Welch (2005) og Salzman-Erikson, Rydlo og Gustin (2016) i sine studier der de påpeker tillit som en av de viktigste faktorene for å skape en terapeutisk relasjon. Tillit må ifølge Gilbert, Rose og Slade (2008) være til stede for at pasienten skal få en positiv opplevelse av det å være innlagt på en psykiatrisk avdeling. I tillegg kan tillit bidra til at pasienter lettere kan akseptere eventuelle tvangssituasjoner (Lorem, Hem og Molewijk

2014). Dessverre viser det seg ifølge Hem, Heggen og Ruyter (2008) at mistillit er et fremtredende problem ved psykosebehandling. Mistillit kan oppstå dersom sykepleier holder avstand til pasienter istedenfor å være imøtekommende og ta kontakt, da pasienter kan oppfatte sykepleier som vakter fremfor medmennesker (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). Ifølge Welch (2005) beskriver sykepleiere den terapeutiske relasjonen som et hardt og krevende arbeid. Dette kan forstås da psykotiske pasienter ofte er mistenksomme, og tester ut om sykepleier er til å stole på, noe som gjør det utfordrende for sykepleier å danne en kontakt og et tillitsforhold med pasienten (Hummelvoll 2004). For at tillit skal kunne utvikle seg er det en forutsetning at begge parter åpner seg og overbeviser hverandre om at de ikke vil utnytte den andre parten (Smebye og Helgesen 2011).

Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin (2016) foreslår at aktiviteter mellom sykepleier og pasient kan bidra til å bygge en bro over avstanden i de forhåndsbestemte pasient- og sykepleierrollene. Pasienter ønsker å ikke føle seg urettferdig behandlet eller bli utnyttet på grunn av sin underordnede stilling i relasjonen (Andreasson og Skärsäter 2012). I sykepleiefaget blir det understreket at forholdet mellom sykepleier og pasient skal være likeverdig, men at relasjonen ikke alltid er symmetrisk, da de har ulike forpliktelser overfor hverandre (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Ifølge Welch (2005) må sykepleier være ekte innenfor et pasientforhold og bruke seg selv som et terapeutisk formål. Ved at sykepleier avslører personlige sider ved seg selv kan den profesjonelle barrieren brytes og felles interesser oppdages (McCann og Baker 2001). Felles interesser kan i tillegg bidra til å bryte eventuelle kommunikasjonsbarrierer (McCann og Baker 2001).

Pasientene i studiet til Gilbert, Rose og Slade (2008) mener kommunikasjon er viktig for å kunne samarbeide med sykepleier, der det å lytte, snakke og forstå utgjør selve kvaliteten på kommunikasjonen. Aktiv lytting og rolige samtaler om hverdagslige temaer er viktig for å opprette et samspill, der en åpner muligheten for dypere samtaler for å kunne nå essensen av pasientens problemer (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). Den terapeutiske siden ved kommunikasjon er at sykepleier har en beholderfunksjon (Hummelvoll 2004). Dette innebærer at sykepleier tar imot pasientens tanker og følelser som trenger å bli bearbeidet og tolket før de gis tilbake igjen til pasienten (Strand 1990). En avgjørende forutsetning for at sykepleier skal kunne utøve denne beholderfunksjonen er at en har høy faglig innsikt (Strand 1990). Det er i tillegg viktig at sykepleier forstår at pasientens sinne og fortvilelse ikke er rettet mot vedkommende som person, men at det er et uttrykk for pasientens ubehandlede

tanker og følelser (Strand 1990). For at sykepleier skal fungere som beholderfunksjon er det å lytte empatisk en forutsetning (Hummelvoll 2004). Det å være lyttende betyr ikke bare at en passivt skal høre hva den andre har å si, men aktivt være til stede med spørsmål, kommentarer, oppmuntring og støtte (Eide og Eide 2008). Hvis pasienter blir lyttet til og forstått får de også en følelse av å bli støttet og ivaretatt (Gilburt, Rose og Slade 2008). For at pasienter skal kunne dele sine følelser og tanker må de i tillegg føle en trygghet overfor sykepleier (Hummelvoll 2004). Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2013) skriver at sykepleier må være rolig, imøtekommende og tålmodig for at pasienten skal forstå at sykepleier er der for å hjelpe. Psykotiske pasienter lar seg lett distrahere og kan unnlate å se på sykepleieren de snakker med (Hummelvoll 2004). De bruker lengre tid på å bearbeide det som blir sagt, da en del av sykdommen er preget av en mangelfull evne til å sende og motta informasjon (Hummelvoll 2004). Sykepleier må bruke korte setninger og snakke i et rolig tempo med et enkelt ordforråd (Bowers 2010). Samtidig må en være bevisst på hvordan en kommuniserer gjennom kroppsspråket, da psykotiske pasienter ofte er svært mistenksomme (Hummelvoll 2004). Gjennom å gi et lite nikk med hodet kan en uttrykke forståelse og en liten håndbevegelse kan være nok til å vise at en lytter (Eide og Eide 2008). Ved å være rolig og henvendt mot den en snakker med viser en at en er åpen og opptatt av den andre parten, noe som kan bidra til å skape tillit i en relasjon og gjøre det lettere å kommunisere videre (Eide og Eide 2008).

Ifølge Johansson og Eklund (2003) har kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient en innvirkning på behandlingsforløpet ved psykose. En god terapeutisk relasjon bidrar ofte positivt og burde derfor ikke undervurderes som en del av behandlingen (Gilburt, Rose og Slade 2008). På grunn av begrensede ressurser i helsevesenet er det ikke alltid mulig for sykepleiere å utvikle nære relasjoner med pasienter, da sykepleierne i dag har et mer oppgaveorientert- og administrativt arbeid (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). I tillegg kan det oppstå utfordringer ved at pasienter må forholde seg til flere sykepleiere under innleggelsen, noe som gjør at pasienten kanskje ikke får den kontinuiteten som trengs i behandlingen (Kringlen 2012). For å få kontinuitet i psykosebehandlingen er det ifølge Andreasson og Skärsäter (2012) en forutsetning at pasienter har en primærkontakt å forholde seg til for å kunne skape faste rutiner og stabilitet. Pasientene i studiet til Johansson og Eklund (2003) trakk også frem stabilitet og struktur som viktige faktorer i behandlingsopplegget. Et stadig opphold i kontakt med behandlere kan føre til resignasjon for både pasienter og behandlere, noe som bidrar negativt i behandlingsforløpet (Skårderud,

Haugsgjerd og Stänicke 2013). Det kan også oppstå mangel på kontinuitet hvis pasienten blir overført til en annen avdeling, eller blir behandlet sammen med andre diagnosegrupper (Andreasson og Skärsäter 2012). Det kan dessuten bli vanskelig å opparbeide en kontinuitet da psykotiske pasienter ofte blir behandlet i akuttavdelinger der de har kort liggetid (Strand 1990). Valenti m.fl. (2013) vektlegger kontinuitet som en viktig forutsetning for god kvalitet på behandlingen. Kontinuitet og regelmessighet er grunnleggende for sykepleie-pasientrelasjonen (Strand 1990). Det gjøres blant annet ved at sykepleier er tilgjengelig og tilbyr regelmessig kontakt (Strand 1990). Dette underbygger også studiet til Salzmänn-Erikson, Rydlo og Gustin (2016) som påpeker at sykepleier aktivt bør ta initiativ til relasjonsdannelse med pasienter. En kan ikke vente at psykotiske pasienter tar ansvar for egen situasjon og kommer sykepleierne i møte når psykosen er på det mest intense. Ansvaret for dette ligger hos sykepleieren (Strand 1990).

Studiet til Andreasson og Skärsäter (2012) rapporterte at pasientene lettere kunne føle trygghet til helsepersonell som var erfarne og kompetente, behandlet dem med faste rutiner og stabilitet, samt innførte rimelige regler og som satte grenser. Det å sette grenser innebærer å gi råd, støtte og å ta over styringen, noe som kan være nødvendig hvis pasientens adferd er til skade eller uheldig for seg selv, andre personer eller inventar (Strand 1990). For at sykepleier skal kunne sette grenser må en vise at en er trygg på seg selv (Johansson og Eklund 2003). Det å være trygg på seg selv innebærer å kunne våge og mestre, stole på seg selv, erkjenne sine svakheter og heve seg over andre (Smebye og Helgesen 2011). Grensesetting krever også at sykepleier har faglig kunnskap og erfaring for at den skal kunne utøves på en god terapeutisk måte (Strand 1990). Når sykepleiere viser at de har nødvendige kunnskaper er det dessuten lettere for pasienter å stole på dem (Thingnäs og Johannessen 2010). Det kan være utfordrende for sykepleier å sette grenser for pasientenes adferd, da det kan oppleves som en invasjon av pasientens frihet (Strand 1990). Likevel er det viktig at sykepleier setter grenser da psykotiske pasienters ego har mangelfulle grenser og pasientene ofte mister styringen over seg selv og egen atferd (Strand 1990). Noen pasienter kan se på det som en lettelse at helsepersonell tar over ansvaret, og som et viktig tiltak for å beskytte pasienten mot egne impulser (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Ifølge Strand (1990) skal det å sette grenser alltid ha en terapeutisk hensikt og sikre pasientens autonomi. Sykepleiere mener det er viktig at de tar over kontrollen når det er nødvendig (Welch 2005). Strand (1990) mener også det er nødvendig at sykepleier tar over kontrollen da psykotiske pasienter ofte har en stor svikt i funksjonsevnen. Svikt i funksjonsevnen kan komme av at psykotiske

pasienter har en manglende realitetssans, der de ikke klarer å skille mellom tanker og handlinger (Strand 1990). Pasienter klarer ikke å fungere optimalt, da de psykotiske symptomene tar over virkelighetsoppfatningen (Kringlen 2012). En av pasientene i studiet til Lorem, Hem og Molewijk (2014) uttrykte lettelse når helsepersonell tok over kontrollen. Han forklarte at han ikke hadde flere krefter, og følte seg som et barn igjen. Det at noen tok over kontrollen ga han følelsen av at noen brydde seg (Lorem, Hem og Molewijk 2014).

Welch (2005) hevder at sykepleiers holdninger og personlige egenskaper er sentrale faktorer som kan gjøre en forskjell i relasjonsbyggingen. Videre trekker McCann og Baker (2001) også frem at sykepleierens personlige egenskaper er essensielt for å danne en relasjon. En av de viktigste egenskapene hos sykepleier i en mellommenneskelig relasjonsdannelse er empati (Johansson og Eklund 2003, Welch 2005 og Andreasson og Skärsäter 2012). Uten empati er det umulig å skape et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient (Thingnæs og Johannessen 2010). Videre hevder Hummelvoll (2004) at egenskaper som å vise medmenneskelighet og å være tilgjengelig er viktig i møte med den psykotiske pasienten. Sykepleier kan vise pasienten at en er tilgjengelig ved å sette seg ned, introdusere seg selv og hele tiden ha fokus på pasienten som et menneske, og ikke på psykosen som en diagnose (Bowers 2010). Pasienter ønsker helsepersonell som er vennlig, bruker humor, møter dem med ærlighet og viser omtanke (Andreasson og Skärsäter 2012). De setter pris på å kunne ha vanlige samtaler der de kan slappe av og avlede tankene fra sine psykotiske symptomer (Andreasson og Skärsäter 2012). Når pasienter har symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger er det likevel viktig at de får uttrykke det de sanser, tenker og føler, men sykepleier må forsøke å avlede dette gjennom ytre stimuli som kan erstatte pasientens hallusinerende opplevelser (Hummelvoll 2004). Sykepleier må ta hensyn til at pasienter kan feiltolke omgivelsene, og må derfor ikke skyve de fra seg ved å avvise disse oppfatningene (Hummelvoll 2004). Ved disse forvirringstilstandene tar det vanligvis lenger tid for pasienten å utvikle trygghet og tillit til sykepleier (Thingnæs og Johannessen 2010).

Pasientene i studiet til Johansson og Eklund (2003) uttrykte ambivalens i relasjonen til sykepleier, der de ønsket et dypere forhold samtidig som de fryktet et for nært forhold. En av pasientene følte at han ikke kunne stole på helsepersonell og at han ikke kunne fortelle dem alt. Han uttrykte et ønske om at helsepersonell skulle forstå ham, og at de ikke bare skulle snakke med ham fordi det var jobben deres (Johansson og Eklund 2003). Strand (1990) hevder at psykotiske pasienter ofte sitter i et dilemma mellom ønsket kontakt og redselen for



en for nær kontakt. Kontakt kan føles som trygghet for noen, samtidig som det føles som manglende trygghet for andre, avhengig om kontakten føles naturlig eller ikke (Gilburt, Rose og Slade 2008). Pasientene i studiet til Johansson og Eklund (2003) hadde et ønske om å bli sett og en lengsel etter en fullstendig kontakt, og mente helsepersonell ofte ga for liten innsats i å opprette et sånt forhold. Psykotiske pasienter kan føle seg trygge i nærheten av helsepersonell, men kan også ha et behov for å være alene (Andreasson og Skärsäter 2012). For å vite hvor mye nærhet og avstand pasientene trenger må sykepleier bli kjent med pasientenes grenser (Strand 1990). Det å bli kjent med pasientens grenser er viktig for at sykepleier skal kunne tilnærme seg pasienten på en respektfull måte, både psykisk og fysisk (Thingnæs og Johannessen 2010). For at sykepleier skal kunne balansere nærhet og avstand står begrepet om empati sentralt (Strand 1990). Gjennom å samle opplysninger, inntrykk, kunnskap og erfaringer kan en vurdere pasientens situasjon og hva pasienten trenger i sin behandling (Strand 1990). Nærhet og avstand må reguleres i forhold til den gitte situasjonen, samt tid og rom (Strand 1990). Sykepleier må vite hvor mye støtte pasientene trenger, og hvor mye utfordringer de kan tåle (Hummelvoll 2004). Dessuten kan sykepleier bli handlingslammet hvis en kommer for nær pasienten, og dermed bli ute av stand til å utøve god sykepleie, og hvis avstanden blir for stor vil sykepleier få vanskeligheter med å sette seg inn i pasientens situasjon (Strand 1990).

### **5.3 Bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling**

Studiet til Valenti m.fl. (2013) rapportere at flere pasienter opplevde en mangel på informasjon som førte til at de ble ekskludert fra beslutningsprosesser i sin egen behandling. Pasientene følte at deres rettigheter ble krenket og at de ikke lenger hadde kontroll over egen situasjon (Valenti m.fl. 2013). Hvis pasienter ikke blir involvert i behandlingbeslutninger kan det føre til at de opplever en redusert selvstendighet og frihet (Johansson og Lundman 2002). I tillegg hevder Lorem, Hem og Molewijk (2014) at pasienter ikke alltid forstår hvorfor de er innlagt eller hva som kommer til å skje med dem. Ifølge §3-2 i pasient og brukerrettighetsloven (2015) har pasienter rett på å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. For å hjelpe pasienten til å håndtere usikkerhet om sin psykose, er det viktig at sykepleier er åpen og ærlig, og snakker om muligheten for at psykosen kan komme tilbake, og hvordan dette kan forebygges (McCann og Baker 2001). Psykotiske pasienter trenger informasjon som reflekterer virkeligheten, er beroligende og

skaper en følelse av trygghet (Andreasson og Skärsäter 2012). For å gi informasjon er det viktig at sykepleier benytter seg av pasientens klare perioder, da pasienten sjelden er psykotisk 24 timer i døgnet eller syv dager i uken (Hummelvoll 2004). Det er også viktig å benytte seg av disse periodene for å bygge opp nødvendig tillit mellom pasient og sykepleier og etablere en kontakt som letter samarbeidet gjennom pasientens uklare perioder (Hummelvoll 2004).

Andreasson og Skärsäter (2012) mener videre at pasienter har et behov for informasjon for å kunne forstå situasjonen sin og ta avgjørelser i egen behandling. Som sykepleier er en pliktig til å gi denne informasjonen og sørge for at den blir forstått (Norsk sykepleieforbund 2011). For at pasientene skal kunne ta til seg informasjonen er det viktig at de føler tillit til sykepleierne (Andreasson og Skärsäter 2012). Tillit og trygghet er av avgjørende betydning for å få en vellykket behandling, da det er vanskelig for pasienten å ta imot hjelp uten dette (Thingnæs og Johannessen 2010). Etablering av tillit kan oppnås ved at sykepleier bruker enkle strategier i sin daglige praksis som for eksempel å sette seg ned i sofaen å snakke med pasienten om hverdagslige temaer (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). Sykepleier kan også ta med seg pasienten ut på tur, spille spill eller hjelpe til med praktiske gjøremål (Andreasson og Skärsäter 2012). Dette kan vise pasienten at sykepleier ønsker å hjelpe, noe som er nyttig for å skape et tillitsfullt forhold (Andreasson og Skärsäter 2012). Dessverre er ikke dette alltid gjennomførbart da sykepleierne har andre administrative arbeidsoppgaver som ofte må prioriteres (Salzmann-Erikson, Rydlo og Gustin 2016). I tillegg er det flere pasienter som har tidligere negative opplevelser i møte med psykisk helsevern, noe som ytterligere kompliserer arbeidet med å bygge opp et godt tillitsforhold (Thingnæs og Johannessen 2010).

Pasientene i studiet til Lorem, Hem og Molewijk (2014) fortalte også at de krevde en viss grad av innflytelse over egen behandling, selv når de var innlagt under tvang, men at dette ikke var realiteten. Dette kom også frem hos pasientene i studiet til Andreasson og Skärsäter (2012) og Valenti m.fl. (2013), som påpekte at de heller ikke fikk ta del i egen behandling. Mangel på innflytelse i egen behandling kan føre til at pasienter føler tap av autonomi og kontroll, da tvangen ofte føles som en trussel fremfor trygghet (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Ifølge Brinchmann (2012) handler autonomi om å respektere personers egne beslutninger. Tap av autonomi kan utgjøre en trussel mot pasientenes selvfølelse og føles som en invasjon av privatlivet deres (Andreasson og Skärsäter 2012). Tap av autonomi kan gi

pasientene en følelse av at de ikke blir tatt på alvor (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Tvang anses kun nødvendig når det sikrer pasientens autonomi, integritet og trygghet (Lorem, Hem og Molewijk 2014). Når pasienter får beholde sin autonomi og får ha innflytelse over egen behandling vil de føle seg respektert som mennesker (Andreasson og Skärsäter 2012). Dessuten kan psykotiske pasienter også oppfatte tvangsbehandling som positivt hvis de blir gitt god omsorg, får den beskyttelsen de trenger og får hjelp til å forstå omstendighetene (Andreasson og Skärsäter 2012).

Ifølge Andreasson og Skärsäter (2012) kunne tvangstiltak i visse tilfeller vært unngått hvis pasienter ble mottatt av helsepersonell som tok seg tid, og ga konkret informasjon om hva som ville skje hvis de nektet intervensjoner, som for eksempel at de kunne bli tvangsmedisinert. Medisiner er en sentral del av psykosebehandling og omlag 70% av psykotiske pasienter har bruk for antipsykotiske legemidler (Thingnæs og Johannessen 2010). Det er en sterk sammenheng mellom tvangsbehandling og medisiner, da medisiner ofte er en sentral del av det å være innlagt på psykiatrisk avdeling (Gilburt, Rose og Slade 2008). For at medikamentell behandling skal bli vellykket er det nødvendig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Thingnæs og Johannessen 2010). Pasienter ønsker ikke bare medisiner, men ser også på menneskelig kontakt som en viktig faktor for å godta behandling (Andreasson og Skärsäter 2012).

#### **5.4 Forskningsetiske- og metodiske overveielser**

Når det skal gjennomføres medisinske studier som omhandler mennesker må forskeren forholde seg til etiske retningslinjer (Polit og Beck 2012). Internasjonale retningslinjer som omhandler forskning på mennesker kan en finne i Helsinkideklarasjonen (Førde 2014). Denne deklarasjonen tar særlig hensyn til sårbare grupper, som personer med sykdom og andre personlige forhold (Førde 2014). Johansson og Lundman (2002) hevder at pasienter som er innlagt på psykiatrisk avdeling ofte er svært sårbare. I tillegg hevder Hummelvoll (2004) at psykotiske pasienter ofte ikke er i stand til å føre sin egen sak, men at de likevel skal få sin integritet respektert. Forskere er pliktige til å beskytte disse sårbare gruppene og er ansvarlig for at de ikke blir utnyttet i forskning (Polit og Beck 2012).

Helsinkideklarasjonen ble utformet av verdens legeförening i 1964, og bygger på Nürnbergkodeksen som ble etablert i 1947 på bakgrunn av menneskelige eksperimenter under andre verdenskrig (Førde 2014). Helsinkideklarasjonen er et eksempel på etiske retningslinjer som blir benyttet i store deler av verden, og retter seg blant annet mot klinisk forskning (Førde 2014). Forskning skal alltid utføres av vitenskapelige kvalifiserte personer som er pliktige til å forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Førde 2014). I tillegg til denne deklarasjonen har Norge egne krav til forskning som er etablert av Regional Etiske Komité (REK). Hovedoppgaven til REK er å fremme en god og etisk forsvarlig helsefaglig og medisinsk forskning (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk u.a.). Norge har også en nasjonal forskningsetisk komité for medisin og helsefag (NEM) som ble opprettet i 1990 av Utdannings- og forskningsdepartementet (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2014). NEM har som funksjon å koordinere og drive rådgivning til de syv regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2015). I tillegg fungerer NEM som en klageinstans for prosjekter som er behandlet i REK (De nasjonale forskningsetiske komiteene 2015).

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) er et personvernombud for norsk forskning som skal sikre at data blir anonymisert og konfidensielt behandlet, samt at de skal hindre at data kommer på avveie (NSD 2015). Norge har også egne lover som omhandler forskning, blant annet: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (2008) og Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (2006). Helseforskningsloven (2008) har som formål å fremme en god og etisk forsvarlig forskning, og i forskningsetikkloven §4 (2006) blir det fastslått at forskningsprosjekter i Norge som innebærer forsøk på mennesker skal legges frem og godkjennes av en etisk komité.

I et forskningsprosjekt skal det være gitt samtykke til deltakelse for at forskningsprosjektet skal gjennomføres (NSD u.a.). Personopplysningsloven skal beskytte hver enkelt mot at deres personvern blir krenket gjennom behandling av deres personopplysninger (Personopplysningsloven 2015). Deltakerne i forskningen må bli gitt tilstrekkelig informasjon om prosjektet for å forstå hva forskningen innebærer og hvilke konsekvenser det kan få for dem (NSD u.a.). Dette blir vanligvis gjort gjennom å utforme et informasjonsbrev der man spør om deltakelse og informerer om studiet (NSD u.a.).

Det kommer frem i alle forskningsartiklene som er inkludert i dette litteraturstudiet at deltakerne har mottatt informasjonsbrev og gitt skriftlig samtykke. I tillegg er alle forskningsartiklene blitt vurdert og godkjent av ulike etiske komiteer som var relevante for studienes hensikt og gjennomføring. En metodisk svakhet ved flere av studiene er at det ikke kommer frem når informasjonsbrevet og samtykket ble gitt, heller ikke når intervjuene ble gjennomført. Dette gjør at leserne ikke vet hvilken tilstand pasientene var i da forskningen ble gjennomført.

Metodiske styrker ved dette litteraturstudiet er at resultatartiklene kun er primærkilder. Dette er en styrke da primærkilder er basert på egne funn av forskeren som er den originale kilden (Erikson 2010). Primærkilder er ikke bearbeidet og tolket av andre, noe som vil si at det opprinnelige perspektivet fortsatt er det samme (Dalland 2012). En av artiklene, Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community av McCann og Baker, svarer direkte på litteraturstudiets problemstilling, men alle resultatartiklene anses som relevante for litteraturstudiet da de kan gi svar på problemstillingen i en overførbar betydning. I tillegg til resultatartiklene er det blitt benyttet faglitteratur som har sykepleiefaglig relevans. Det er også blitt benyttet relevant litteratur fra undervisningsplanene for bachelor i sykepleie ved NTNU i Gjøvik.

Det kommer også frem metodiske svakheter i noen av resultatartiklene. En svakhet i studiet til Johansson og Eklund (2003) er at det var store forskjeller i kjønnsinndelingen, der det var én kvinne og åtte menn i den innlagte pasientgruppen, og seks kvinner og én mann i den polikliniske gruppen. McCann og Baker (2001) og Valenti m.fl. (2013) informerte ikke om kjønnsfordelingen av sine deltakere. Dette kan anses som metodiske svakheter da det ofte kan være store forskjeller i hvordan menn og kvinner opplever ulike situasjoner. I studiet til Johansson og Eklund (2003) ble ikke intervjuene transkribert, kun nedskrevet, noe som lettere kan føre til feiltolkning av data. Det kan også sees på som en svakhet at alle resultatartiklene som er inkludert i litteraturstudiet er skrevet på engelsk, siden dette kan føre til mistolkning i oversettelsen av de ulike forskningsartiklene (Dalland 2012).

Fire av prinsippene om egostyrkende sykepleie er valgt som litteraturstudiets teoretiske perspektiv. Til tross for at de ble videreutviklet og utgitt av Liv Strand i 1990 anses prinsippene fortsatt som relevante for dagens kliniske sykepleieutøvelse ved psykosebehandling. Det ble søkt etter både “egostyrkende sykepleie” og hvert enkelt prinsipp

med søkeordene “setting limits, setting boundaries, boundaries, distance, continuity og containing-function”. Dette ga få relevante forskningsartikler, og det ble derfor inkludert utvalgte resultatartikler som kunne relateres til både problemstillingen og de fire valgte egostyrkende sykepleieprinsippene: grensesetting, kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand og containing-function.

Det har vært en økende interesse på pasientperspektivet i psykisk helsevern de siste tiårene, der pasientenes opplevelse og hva de ser på som positivt innen psykiatrisk behandling har stått i fokus (Johansson og Eklund 2003). Salzman-Erikson, Rydlo og Gustin (2016) og Welch (2005) poengterer viktigheten av at sykepleiere tar seg tid til å bli kjent med pasientene for å kunne etablere en god relasjon som har innvirkning på behandlingsforløpet, men at den administrative og oppgavebaserte praksisen ofte står i veien for dette. Welch (2005) legger til at det er viktig at relasjonsbyggingen blir godkjent og rettferdiggjort som en sykepleiehandling, og at dette blir mer vektlagt i sykepleieutdanningen. Det kan forstås som at det trengs ytterligere forskning som underbygger viktigheten av relasjonsbygging mellom pasient i psykose og sykepleier for å få et bedre behandlingsforløp.

## 6. Konklusjon:

For å fremme en god relasjon mellom sykepleier og pasient i psykosebehandling er det tre sentrale faktorer som er av betydning: Se personen bak sykdommen, etablering av tillit og bidra til at pasienten har innflytelse i egen behandling. Når pasienter får behandling for sin psykotiske tilstand har de et behov for å bli sett, anerkjent og verdsatt som mennesker, og bli behandlet med empati og respekt. Det viser seg at empati er en grunnleggende egenskap sykepleier må ha for å kunne danne en mellommenneskelig relasjon med pasient i psykose. Sykepleier kan aldri helt forstå pasientens opplevelse av psykose, men kan få en bedre forståelse av hva pasienten opplever ved å sette seg inn i deres situasjon. For å kunne nå essensen av pasientens problem er det viktig at sykepleier lytter aktivt og tar initiativ til samtaler om hverdagslige temaer, noe som igjen åpner muligheten for dypere samtaler. Ved eventuelle kommunikasjonsbarrierer må sykepleier være imøtekommende og bruke seg selv som et terapeutisk hjelpemiddel for å kunne oppdage felles interesser. Dette kan bidra til å skape tillit og dermed bryte ned de forhåndsbestemte pasient- og sykepleierrollene.

Sykepleier må være tilgjengelig, tilby regelmessig kontakt og vise at en er til å stole på for å opparbeide tillit hos pasienten. Tillit er en av de viktigste faktorene i en terapeutisk relasjon og bidrar ofte positivt i behandlingsforløpet. Det viser seg at en god relasjon mellom sykepleier og pasient er avgjørende for at behandlingen skal bli vellykket. Psykotiske pasienter ønsker ikke bare medisiner, men ser på menneskelig kontakt og tilstrekkelig informasjon som viktig for å godta behandlingen. Pasientene har behov for informasjon for å kunne forstå, ha innflytelse og ta avgjørelser i egen behandling, selv når de er innlagt under tvang. Pasienter er sjelden psykotisk hele døgnet, og det er derfor viktig at sykepleier benytter seg av de klare periodene for å gi informasjon. I disse periodene er det i tillegg viktig å bygge opp nødvendig tillit for å etablere en kontakt som senere vil lette samarbeidet i pasientens uklare perioder. Sykepleier må aktivt ta initiativ til relasjonsdannelse siden det ikke kan forventes at pasienter i psykose tar ansvar for dette når psykosen er på det mest intense.

Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient har innvirkning på behandlingsforløpet ved psykose. En god terapeutisk relasjon bidrar ofte positivt, og burde derfor ikke undervurderes som en del av behandlingen.

## 7. Litteraturliste:

Andreasson, E. og Skärsäter, I. (2012) Patients treated for psychosis and their perceptions of care in compulsory treatment: basis for an action plan, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, s. 15-22. [Online] DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01748.x (Hentet: 15. mars 2016).

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in health and social care – a practical guide*. 3. Utgave. Bershire: McGraw-Hill Education.

Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. 1. utgave. Oslo: Akribe AS.

Bowers, L. (2010) How expert nurses communicate with acutely psychotic patients, *Mental Health Practice*, 13(7), s. 24-26. [Online] DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/mhp2010.04.13.7.24.c7648> (Hentet: 15. mars 2016).

Brinchmann, B. S. (2008) *Etikk i sykepleien*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

CINAHL Complete (u.a) Tilgjengelig fra:

[http://support.ebsco.com/help/index.php?help\\_id=DB:937](http://support.ebsco.com/help/index.php?help_id=DB:937) (Hentet 19. april 2016).

Cullberg, J. (2005) *Psykosser. Et integrert perspektiv*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Database for statistikk om høgre utdanning (2016) *Publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: [http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/publisering/side\\_kriterier.action](http://dbh.nsd.uib.no/dokumentasjon/publisering/side_kriterier.action) (Hentet: 29. januar 2016).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2014) *Om NEM*. Tilgjengelig fra:

<https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/Hvem-er-vi/Komite-for-medisin-og-helsefag/om-nem/> (Hentet 12. mai 2016).



- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Skal knytte REK og NEM tettere sammen*  
Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/Aktuelt/Fagbladet-Forskningsetikk/arkiv/2015/2015-3/skal-knytte-rek-og-nem-tettere-sammen/> (Hentet: 12. mai 2016).
- Eide, H. og Eide, T. (2008) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Erikson, M. (2010) *Riktig kildebruk - kunsten å referere og sitere*. 1. utgave Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013) Olika typer av litteraturstudier, i *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Forskningsetikkloven (2006) *Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Oslo: Lovdata.
- Førde, R. (2014) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/> (Hentet 25. april 2016).
- Gilburt, H., Rose, D. og Slade, M. (2008) The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK, *BMC Health Services Research* 8(92), s. 1-12. [Online] DOI: 10.1186/1472-6963-8-92 (Hentet: 29. mars 2016).
- Hatling, T. (2013) Bruk av tvang i psykisk helsetjenester, i Norvoll, R. *Samfunn og helse*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 243-284.
- Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Oslo: Lovdata.
- Hem, M., Heggen, K. og Ruyter, K. W. (2008) Creating trust in an acute psychiatric ward, *Nursing ethics*, 15(6), s. 777-788. [Online] DOI: 10.1177/0969733008090525 (Hentet: 15. mars 2016).

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utgave. Oslo: Gyldendal akademisk.

Johansson, H. og Eklund, M. (2003) Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, s. 339-346. [Online] DOI: 10.1046/j.0283-9318.2003.00233.x (Hentet: 29. mars 2016).

Johansson, I. M. og Lundman, B. (2002) Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, s. 639-647. [Online] DOI: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x (Hentet: 29. mars 2016).

Jordahl, H. og Repål, A. (2009) *Mestring av psykoser*. 1. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Koivisto, K., Janhonen, S. og Väisänen, L. (2004) patient's experiences of being helped in an inpatient setting, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(3), s. 268–275. [Online] DOI: 10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x (Hentet: 29. mars 2016).

Kringlen, E. (2012) *Psykiatri*. 10. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient, i Kristoffersen, N., Nortvedt, F. og Skaug, E. A (red.). *Grunnleggende sykepleie, b. I*. Oslo: Gyldendal, s. 83-133.

Lorem, G. F., Hem, M. H. og Molewijk, B. (2014) Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care, *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), s. 231-240. [Online] DOI: 10.1111/inm.12106 (Hentet: 29. mars 2016).

McCann, T.V. og Baker, H. (2001) Mutual relating: developing interpersonal relationships in the community, *Journal of advanced nursing* 34(4), s. 530-537. [Online] DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01782.x (Hentet: 29. mars 2016).

Morse, M. og Procter, N. (2011) Review: exploring the role of mental health nurse-

practitioner in the treatment of early psychosis, *Journal of clinical Nursing*, 20, s. 2702-2711. [Online] DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03574.x (Hentet: 15. mars 2016).

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 30. mars 2016).

NSD (u.a) *Personvernombudet for forskning*. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/samtykke.html> (Hentet 25. april 2016).

NSD (2015) *Personvern*. Tilgjengelig fra: [http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/3191-14-NSD\\_Har\\_du\\_kontroll.pdf](http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/3191-14-NSD_Har_du_kontroll.pdf) (Hentet 25. april 2016).

NTNU (2015) *Forskning - Seksjon for sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/hos/forskning-sykepleie> (Hentet: 01. april 2016).

Oorschot, M., Lataster, T., Thewissen, V., Bentall, R., Delespaul, P. og Myin-Germeys, I. (2012) Temporal dynamics of visual and auditory hallucinations in psychosis, *Schizophrenia Research*, 140, s. 77-82. [Online] DOI: [10.1016/j.schres.2012.06.010](https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.06.010) (Hentet: 30. mars 2016).

Ovid (2016) Tilgjengelig fra: <http://www.ovid.com/site/about.jsp> (Hentet 19. april 2016).

Pasient og brukerrettighetsloven (2015) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Lovdata.

Personopplysningsloven (2015) *Lov om behandling av personopplysninger*. Oslo: Lovdata.

Polit, D. F og Beck, C. T. (2012) *Nursing Research – Appraising Evidence for Nursing Practice*. 4. utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins.

Psykisk helsevernlov (2015) *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Oslo: Lovdata.

*PubMed Help* (2016) Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/>  
(Hentet 19. April 2016).

*Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* (u.a.) Tilgjengelig fra:  
[https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n)  
(Hentet 25. april 2016).

Reinar, L. M. og Jamtvedt, G. (2010) Hvordan skrive en systematisk oversikt?, i *Sykepleien Forskning*, 5(3), s. 238-246. [Online] DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0121 (Hentet: 06. april 2016).

Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C. og Gustin, W. L. (2016) Getting to know the person behind the illness - the significance interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings, *Journal of Clinical Nursing*, s. 1-9. [Online] DOI: 10.1111/jocn.13252 (Hentet: 30. mars 2016).

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2013) *Psykiatrhåndboken - Sinn, kropp, samfunn*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Smebye, K. L. og Helgesen, A. K. (2011) Kontakt med andre, i Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.3*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske mennesker*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2014) *Bare søk! (Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie)*. 2. utgave. Oslo: Cappelen Damm.

Thingnæs, G. og Johannessen, J. O. (2010) *Mestringsbok ved psykose*. 1. utgave. Stavanger: Hertervig Akademisk.

Vaglum, P. (2005) Må vi alltid bry oss om relasjonene i psykiatrisk arbeid? En introduksjon, i

Opjordsmoen, S. (red.), Vaglum, P. (red.) og Bloch Thorsen, G-B. (red.) *Oss imellom - om relasjonenes betydning for mental helse*. 2. utgave. Stavanger: Hertevig Akademiske, s. 12-21.

Valenti, E., Giacco, D., Katasakou, C. og Priebe, S. (2013) Which values are important for patients during involuntary treatment? A qualitative study with psychiatric inpatients, *Journal of Medical Ethics*, 40, s. 832-836. [Online] DOI: 10.1136/medethics-2011-100370 (Hentet 20. mars 2016).

Vatne, S. (2006) *Relasjonens betydning i miljøterapi*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Vekt på forskning - Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering - Innstilling fra faglig og teknisk utvalg til UHR* (2004) Tilgjengelig fra:  
[http://www.uhr.no/documents/Vekt\\_p\\_forskning\\_sluttrapport.pdf](http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf) (Hentet: 19. april 2016).

Welch, M. (2005) Pivotal moments in the therapeutic relationship, *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, s. 161-165. [Online] DOI: 10.1111/j.1440-0979.2005.00376.x (Hentet 30. mars 2016).

Wilson, H.S. og Kneisl, C.R. (red). (1996) *Psychiatric Nursing*. 5. utgave. Menlo Park, California: Addison-Wesley Nursing, s. 297-322.