



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

# Recoverytenkning i praksis – hvordan kan sykepleieren fremme empowerment hos mennesker med schizofreni i sykehusinstitusjonen?

Kandidatnummer: 10070

Antall ord: 8562

## Sammendrag

**Tittel:** Recoverytenkning i praksis – hvordan kan sykepleieren fremme empowerment hos mennesker med schizofreni i sykehusinstitusjonen?

**Hensikt:** Hensikten med dette litteraturstudiet var å finne sykepleietiltak som kan fremme empowerment blant voksne mennesker med schizofreni som befinner seg i en sykehusinstitusjon, samt å vise utfordringer ved dette.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleieren fremme empowerment hos mennesker med schizofreni under innleggelse i spesialisthelsetjenesten?

**Metode:** Metoden er en avgrenset litteraturstudie av sju artikler funnet via strategiske søk. Søkeord som er brukt er «empowerment», «schizophrenia», «nursing interventions», «sykepleie», «psychiatric nursing», «barriers», «recovery», «nursing attitudes» og «mental health nurse».

**Resultat:** Sammenfattet empiri viste at å styrke mestring, fremme håp, vise interesse, være bevisst egne holdninger og å skape maktbalanse var tiltak sykepleiere kan gjøre for å fremme empowerment. Fremming av empowerment ga økt livskvalitet, mestringstro og økt recovery.

**Konklusjon:** Sykepleieren kan fremme empowerment hos mennesker med schizofreni i institusjon. Likevel kreves det mer omfattende forskning på temaet for å kunne lage konkrete sykepleietiltak.

*«...derfor blir det så feil med behandlingsstrategier og informasjon som fratar folk evnen til å se seg selv som «frisk» i morgen og til å vite at selv om jeg akkurat nå befinner meg i et sauefjøs, så vil jeg om en stund løpe over savannene igjen, fordi jeg bærer løvens muligheter i meg».*

- Arnhild Lauveng (2009)

## Innholdsfortegnelse

<b>Kapittel 1: Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Introduksjon av tema</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. Bakgrunn for valgt tema – problemstilling</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3. Avgrensning</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep</b> .....	<b>5</b>
1.4.1. Sykepleie i recoveryperspektiv .....	5
1.4.2. Empowerment .....	6
1.4.3. Schizofreni .....	6
<b>1.5. Oppgavens kapitler</b> .....	<b>6</b>
<b>Kapittel 2: Metode</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Valgt metode</b> .....	<b>6</b>
<b>2.2 Søkehistorikk med søketabell</b> .....	<b>6</b>
Tabell 2.2.1: Søketabell .....	7
Tabell 2.2.2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	7
<b>2.3 Valgt litteratur og kildekritikk</b> .....	<b>8</b>
<b>Kapittel 3: Empiri</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1. Artikkelmatrise</b> .....	<b>8</b>
Tabell 3.1: Artikkelmatrise .....	8
<b>3.2. Sammenfattet empiri</b> .....	<b>10</b>
<b>Kapittel 4: Teori</b> .....	<b>10</b>
<b>4.1 Teoretisk bakgrunn for pasientsituasjonen</b> .....	<b>10</b>
4.1.1. Recoveryorientert sykepleie .....	10
4.1.2. Empowerment – styrking av pasientens ressurser .....	11
4.1.3. Schizofreni – diagnostisering, symptomer og betydning av disse .....	12
<b>4.2. Joyce Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige relasjoner</b> .....	<b>13</b>
<b>Kapittel 5: Drøfting</b> .....	<b>14</b>
<b>5.1. Innledning</b> .....	<b>14</b>
<b>5.2. Mulige sykepleietiltak for å fremme empowerment</b> .....	<b>15</b>
5.2.1. Å styrke til mestring og å fremme håp .....	15
5.2.2. Å vise interesse og å anerkjenne mennesket .....	16
5.2.3. Bevissthet rundt egne holdninger .....	17
5.2.4. Å skape maktbalanse .....	18
<b>5.3 Rammebetingelser og konsekvenser for praksis</b> .....	<b>19</b>
5.3.1. Rammebetingelser ved praktisk gjennomføring av empowerment .....	19
5.3.2. Konsekvenser for praksis .....	20
<b>5.4 Metodediskusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>Kapittel 6: Konklusjon</b> .....	<b>21</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>22</b>

## **Kapittel 1: Innledning**

### **1.1 Introduksjon av tema**

I Norge får mellom 600 og 800 mennesker schizofrenidiagnosen hvert år. Mellom 12000 og 16000 mennesker har til enhver tid lidelsen (Folkehelseinstituttet, 2015). Verden over er det 1 % som får lidelsen og det antas at forekomsten av schizofreni er like stor i Norge som ellers i verden. Lidelsen har oftest en begynnelse i 20-40årsalderen og framtrer tidligere i livet blant menn. Insidensen av schizofrenilidelsen er høyere blant mennesker som bor i store byer og også høyere blant menn enn blant kvinner (Helsedirektoratet, 2013).

Schizofreni regnes som den mest alvorlige psykiske lidelsen (Aarre, 2018, s. 108). Likevel er det mulig å bli frisk. Rundt en fjerdedel har én sykdomsepisode, en fjerdedel får et kronisk forløp og resten får et forløp mellom ytterpunktene (Helsedirektoratet, 2013). Karlsson og Borg (2013, s. 67) anslår at mellom 45-65 % blir friske eller lever et funksjonelt liv med sykdommen. På tross av dette vil flere anta at schizofreni er en livslang lidelse.

Recovery er mulig for mennesker med schizofreni (Lysaker, Roe & Buck, 2010). Selv om mennesker med schizofreni opplever vanskelige og utfordrende perioder i livet i forbindelse med sykdommen vil flere ha et funksjonelt og tilfredsstillende liv enn de som ikke har det (Lysaker et al., 2010). Man kan oppnå klinisk recovery fra schizofreni, men de fleste vil oppleve et utfall der det kan være utfordringer knyttet til symptomer, sosial fungering eller jobb i perioder, men at de igjen suksessfullt kan konfrontere problemene (Lysaker et al., 2010). Dette krever god oppfølging av helsepersonell og myndiggjøring.

Sykepleieren møter mennesker med schizofreni på flere steder i helsevesenet, både i personens eget hjem, men også i institusjon i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere har ofte en forforståelse om hva som er klokt og hva som er veien til et bedre liv og helse. Dette vil ofte ha utgangspunkt i hva vi tenker er det beste for oss selv. Dette trenger likevel ikke være det som er det beste for pasienten. Sykepleieren i kraft av sin omsorgsrolle kan på bakgrunn av dette i noen tilfeller «ta over» og bestemme over andre mennesker sitt liv. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet. Det betyr ivaretagelse av pasientens rett til faglig og omsorgsfull hjelp, medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2019). Grunntanken i empowerment er at pasienten selv skal ha kontroll over sitt eget liv (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011, s. 340). Dette betyr at pasienten selv skal kunne velge hva som er rett og galt for dem. Likevel har vi et ansvar om å støtte pasienten i valgene deres med vår kunnskap om blant annet medikamenter, kroppens og hjernens fungering, livsstilsråd og støtte.

### **1.2. Bakgrunn for valgt tema – problemstilling**

Begrunnelsen for valgt tema er sammensatt. Delvis er det et økende fokus på recoverytenkning i psykisk helsearbeid og delvis opplever det norske samfunnet en større grad av åpenhet om psykiske lidelser. Likevel forekommer stigma og negative holdninger i samfunnet generelt, også blant helsepersonell, overfor mennesker med schizofreni. Veverda, Kornkåsa, Bjørntvedt og Egrem (2013) påpeker at sykepleiere i somatikken anser pasienter med schizofreni for å være mer uforutsigbare og farligere enn andre pasienter.

I tillegg mangler vi konkrete tiltak rettet inn mot empowerment-tenkning i psykiatrien, slik som det eksempelvis ville vært ved de fleste somatiske sykdommer. Schizofreni er både den mest alvorligste psykiske lidelsen, men kanskje også den lidelsen

der det er vanskeligst for sykepleieren å sette seg inn i pasientens opplevelser. Å jobbe sammen med denne pasientgruppen kan derfor by på utfordringer.

Gjennom min praksis har jeg jobbet tett med mennesker med schizofreni i institusjon og opplevd hvordan vi som helsepersonell er i maktposisjon overfor pasienten. På bakgrunn av denne observasjonen ble jeg nysgjerrig på hvordan vi kan utjevne denne maktbalansen og på den måten hjelpe mennesker til å klare seg godt også utenfor de trygge rammene.

Formålet med denne litteraturstudien var å finne hva den eksisterende teorien og empirien finner som aktuelle sykepleietiltak for å fremme empowerment hos voksne personer med schizofreni når de oppholder seg i institusjon i spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil jeg se på utfordringer ved å fremme empowerment og hvilke konsekvenser dette har for praksis. Dette munner ut i oppgavens problemstilling:

*«Hvordan kan sykepleieren fremme empowerment hos mennesker med schizofreni under innleggelse i spesialisthelsetjenesten?»*

### **1.3. Avgrensning**

Denne oppgaven vil fokusere på hva sykepleieren i kraft av sin helsefremmende funksjon kan gjøre relasjonelt for å bidra til økt empowerment hos mennesker med schizofreni som er innlagt i sykehus. Oppgaven vil ha recoverytenkning i fokus og dermed vil biomedisinsk tankegang ikke vektlegges. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i det jeg kjenner best, altså hvordan man jobber med folk i en utredningsfase for psykoselidelser. Dette betyr at sykepleieren møter pasienten i en tidlig fase av schizofrenilidelsen og betyr at menneskene som oftest er relativt unge voksne. De som er innlagt på en slik utredningspost har et gjennomsnittlig opphold på 6 uker og blir som oftest henvist til posten fra distriktpsikiatriske senter eller akutt-psykiatrien.

Antipsykotiske medisiner er en viktig del av behandling til pasienter med schizofreni. Likevel har jeg i denne bacheloroppgaven valgt å fokusere på hvilke relasjonelle bidrag sykepleieren kan gjøre overfor personen med schizofreni, framfor fokus på medikamentell behandling. Grunnen til dette er fordi fokuset på viktigheten av medikamenter kan skygge for den helhetlige sykepleiefaglige tenkningen.

Oppgaven vil ta teoretisk utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige forhold i sykepleie. Denne teorien kan sies å være en av byggesteinene i recoverytenkning. Teorien går ut på at sykepleieren og pasientens forhold må utvides til et menneske-til-menneske-forhold og at dette krever deltakelse fra begge partene.

### **1.4. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep**

#### *1.4.1. Sykepleie i recoveryperspektiv*

For å kunne forklare begrepet empowerment i denne oppgavens hensikt er det nødvendig å forklare hvordan dette henger sammen med begrepet recovery. Begrepet recovery defineres på ulike måter, blant annet som prosess, innstilling, visjon eller et veiledende prinsipp (Hummelvoll, 2012, s. 56.). Recoveryprosesser kan på norsk oversettes til bedringsprosesser.

William Anthony (1993) har den mest brukte forklaringen av hva recovery er. Han forklarer recovery som en unik, personlig prosess der holdninger, verdier, mål, ferdigheter og rollene man besitter forandres. Recovery er ifølge Anthony en måte å leve et håpefullt, tilfredsstillende og aktivt liv tross begrensninger. Utvikling av ny mening og

hensikt med livet er sentralt, og dette skjer på tross av den psykiske lidelsens virkning på mennesket.

#### *1.4.2. Empowerment*

Empowermentbegrepet kan direkte oversettes til myndiggjøring. Det er en prosess der pasienten gjøres i stand til å ta kontroll over eget liv og helse (Kristoffersen, 2011, s. 338). Empowerment handler om å styrke den enkeltes makt over eget liv og at de skal kunne styre livet sitt mot egne mål og behov. Det trekkes paralleller mellom empowerment, styrking av egenressurser, brukervedvirkning og deltakelse i behandling ettersom disse begrepene forklarer det samme. Med andre ord handler empowerment om å skape maktbalanse i en institusjon der helsepersonell er på «hjemmebane» og tradisjonelt sitter med mest makt for å bestemme over pasientens liv.

#### *1.4.3. Schizofreni*

Schizofreni regnes som den mest alvorlige psykiske lidelsen (Aarre, 2018, s. 108). Lidelsen medfører ofte både funksjonssvikt og lavere livskvalitet hos dem som har den. Psykosesymptomene i schizofreni er ikke ulike andre psykoselidelser, men schizofrenidiagnosen kjennetegnes ved at man har vært psykotisk i to uker eller mer uten episoder med alvorlig depresjon eller mani. Symptomene på schizofreni deles inn i positive og negative (Aarre, 2018, s. 109). Positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og kaotisk atferd. Negative symptomer er lite initiativ og engasjement, følelsesmessig avflating, gledesløshet, viljeshemming og kontaktsvakhet. Diagnosen schizofreni kommer også ofte med stigmatisering og fordommer.

### **1.5. Oppgavens kapitler**

Videre i denne oppgaven vil jeg presentere valgt metode for oppgaven, søketabell og kildekritikk. Deretter vil jeg presentere den valgte empirien og en artikkelmatrise før jeg vil vise kortfattet, relevant teori som jeg vil bruke i drøftingen. Avslutningsvis vil jeg drøfte hvilke tiltak som kan gjøres for å fremme empowerment hos personer med schizofreni under innleggelse i spesialisthelsetjenesten og utfordringer knyttet til dette. Jeg vil også vise konsekvenser dette har for praksis før jeg i det siste kapittelet vil konkludere oppgaven.

## **Kapittel 2: Metode**

### **2.1 Valgt metode**

Den valgte metoden for bacheloroppgaven er en avgrenset litteraturstudie. Ved bruk av denne metoden besvarer man en problemstilling og konkluderer drøftingen av denne på bakgrunn av eksisterende forskningslitteratur og teori (Grønseth og Jerpseth, 2019, s. 80). Forskningslitteratur er i denne oppgaven funnet ved å gjøre strategiske søk i ulike databaser og presenteres senere i oppgaven. Anvendte fagartikler og statistikk er funnet ved generelle søk på Google. Den valgte teorien er basert på pensumlitteratur gjennom de tre årene på sykepleiestudiet.

### **2.2 Søkeshistorikk med søketabell**

Søkene etter forskningsartikler er gjort over en periode fra 15.03.2020 til 18.05.2020. De anvendte databasene er Pubmed, Cinahl og SweMed+. Grunnen til at disse databasene er brukt er både for å sikre bredt utvalg, ny og empirisk forskning og for å finne artikler som gjenspeiler norsk sykepleiepraksis. Ettersom det i søkeprosessen ikke

var mulig å få fysisk hjelp fra bibliotek i søkeprosessen er søkene deretter. Søkeordene som er brukt er: «empowerment», «schizophrenia», «nursing interventions», «sykepleie», «psychiatric nursing», «barriers», «recovery», «nursing attitudes» og «mental health nurse». Oversikt over søkene presenteres i tabell 2.2.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for studien er presentert i tabell 2.2.2.

Tabell 2.2.1: Søketabell

Database	Dato	Søkeord	Søk	Avgrensning	Antall treff	Leste titler	Leste abstract	Valgte artikler
SweMed+	16.04.20	1. Empowerment 2. Sykepleie	S1 S1+S2	Peer review tidsskrift	43 5	43 5	6 5	(Tveiten, Onstad & Haukland, 2015)  (Tveiten, Haukland & Onstad, 2011)
Cinahl	18.05.20	1. MH «Empowerment» 2. MH «Schizophrenia +» 3. MH «Pshychiatric nursing+» 4. MH «Nursing Interventions»	S1 S2 S3 S4  S5: S1 AND S2 AND S3  S6: S3 OR S4  S1 AND S3 AND S4	Published date 2008- 2020 Peer reviewed English All adult	2464 9135 1756 9425  3  11095  1	     3    1	     3    1	(Park & Sung, 2013)          (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008)
Pubmed	17.04.20	1. Barriers 2. Recovery 3. Nursing Attitudes	S1 + S2 + S3		97	55	4	(Harris & Panozzo, 2019)
Pubmed	09.04.20	1. Empowerment 2. Schizophrenia 3. Nursing intervention	S1 + S2 + S3		16	16	4	(Hasan & Musleh, 2017)
Pubmed	24.04.20	1. Mental health nurse 2. Empowerment	S1 S2 S1 + S2		35056 12612 202	50	5	(Cleary, Raeburn, West, Escott & Lopez, 2018)

Tabell 2.2.2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<b>Populasjon</b>	Pasienter med schizofreni eller lignende psykoselidelser. Pasienter som befinner seg i spesialisthelsetjenesten. Pasienter over 18 år.	Pasienter med andre somatiske eller psykiske lidelser. Pasienter under 18 år.
<b>Språk og land</b>	Norsk, svensk, dansk, engelsk Europeiske land, USA, Australia og Canada	Andre språk
<b>Tidsavgrensning</b>	2008-2020	Artikler fra før 2008
<b>Studiedesign</b>	Alle studiedesign	
<b>Tilgjengelighet</b>	Fulltekst	Bare sammendrag



<b>Forskningsetikk</b>	Studier utført i henhold til retningslinjer for forskningsetikk	Studier som ikke gjør rede for etiske overveielser i undersøkelsen
------------------------	---	--

### 2.3 Valgt litteratur og kildekritikk

Det har vært en utfordrende søkeprosess for å finne forskning som svarer konkret på problemstillingen som er valgt. Slik det kommer fram gjennom søkeprosessen er det lite forskning på akkurat hvordan sykepleieren kan fremme empowerment for mennesker med schizofreni innad i spesialisthelsetjenesten. Det har derfor vært nødvendig å finne artikler der elementer av dem kan brukes til å besvare problemstillingen.

Når jeg søkte på empowerment til personer med schizofreni i institusjon konsentrerte en del av forskningsartiklene jeg fant seg på mennesker som hadde gjort kriminelle handlinger. Jeg gjorde en etisk overveielse og utelukket disse fordi jeg ikke ønsker at fokuset skal ligge på mennesker som har utført kriminelle handlinger i tillegg til å ha en schizofrenidiagnose. Grunnen til dette er disse menneskene opplever stigmatisering fra før av, og at fokus på dette kan skape mer stigmatisering. Det er også gjort et utvalg basert på forskning som dreide seg om pasienter som kun har schizofrenidiagnosen og derfor valgt bort artikler som omhandlet for eksempel pasienter med samtidig ruslidelse eller samtidig depresjon. Dette for å avgrense søkene ytterligere.

Valgt empiri er gjennomtenkt ut ifra hva som kan overføres til norsk sykepleiepraksis. Gjennom søkeprosessen ble det likevel tydelig at det var utfordrende å finne forskning som var spesifikt rettet inn mot sykepleietiltak for empowerment alene. Derfor er noen av forskningsartiklene valgt selv om det er en annen kulturell bakgrunn i landet studiene er utført i. Grunnen til at de spesifikke artiklene likevel er valgt er fordi de svarer konkret på problemstillingen, og gir et interessant blikk som mulig kan overføres til norsk sykepleiepraksis. Studier som er utført utenfor Norge er derfor spesifisert i tabell 3.1. En av artiklene som er valgt er også hovedsakelig om recoverytenkning i psykisk helse, men peker likevel på empowerment som viktige aspekter for at recovery skal være gjennomførbart.

De valgte artiklene har alle etiske overveielser og beskriver deltakerne på en respektfull måte.

Situasjonen som råder i verden ved tidspunktet bacheloroppgaven er skrevet har hatt innvirkning på spesielt funn av pensumbøker til teoridelen. Dette er grunnen til at det er et relativt begrenset pensumutvalg og at noen av bøkene er eldre versjoner.

## Kapittel 3: Empiri

### 3.1. Artikkelmatrikse

Tabell 3.1: Artikkelmatrikse

Referanse	Hensikt/problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar
Tveiten, S., Onstad, R. F., & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse. <i>Nordic Journal of Nursing Research</i> , 35(3), pp. 136-143. doi: 10.1177/0107408315579812	Utforske fagpersonenes meninger om og erfaringer med å praktisere empowerment i spesialisthelsetjenesten.	Kvalitativ metode. Fokusgruppe med kvalitativ innholds-analyse av intervjuer med 29 helsepersonell ved et distrikts-psykiatrisk senter i Norge.	Analysen ga to hovedtema: (1) systemrelatert legitimering av handling og (2) faglig relatert legitimering av handlinger. Under det første hovedtema fant de at regler, rutiner og organisering av den psykiatriske helsetjenesten hadde innvirkning på helsepersonellet mulighet til å utøve	Studien er utført i Norge.

Referanse	Hensikt/problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar
			empowerment. Under det andre hovedtemaet fant de at kunnskap om pasienten og holdninger blant helsepersonellet var faktorer som spilte inn på empowerment-tekningen.	
Tveiten, S., Haukland, M., & Onstad, R. F. (2011). «The patient's voice – empowerment in a psychiatric context». <i>Vård i Norden</i> , 31(3), pp. 20-24.	Hensikten i denne studien var å utforske pasientens synspunkter og erfaringer med empowermentprinsippene deltakelse, å bli ansett som ekspert og maktfordeling.	Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju med kvalitativ innholdsanalyse.	Tre hovedtema kom fram gjennom analysen: (1) muligheter og forutsetninger for deltakelse, (2) systempåvirkning på empowermentprosessen, og (3) samarbeid i dragingen mellom empowerment og maktesløshet. Samarbeid mellom sykepleierne og pasientene har aspekter som viser kontraster. Disse var samarbeid vs regler, likhet vs underlegenhet og fellesskap vs ensomhet.	Studien er utført i Norge. Relativt lite utvalg bestående av 14 pasienter med psykiske lidelser.
Park, S. A. & Sung, K. M. (2013). The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 49, pp. 110-117. doi: 10.1111/ppc.12002	Hensikten med studien var å evaluere effekten av hjelpeløshet og recovery i henhold til en empowerment-intervensjon for pasienter med kronisk schizofreni	Kvantitativ metode. Metoden som er brukt var et design med gjentatte målinger med en kontroll-gruppe.	De fant at empowerment-intervensjonen var effektivt på hjelpeløshet og recovery blant pasienter med schizofreni som var innlagt på sykehus. Dette demonstrerte at empowerment-intervensjonen kan være et nyttig sykepleietiltak.	Studien er utført i Sør-Korea. Deltakerne besto av 46 pasienter med schizofreni på tre forskjellige psykiatriske sykehus.
Harris, B. & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: attitudes and perceptions. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 28, pp.1220-1227. doi: 10.1111/inm.12611	Hensikten med studien var å finne hvordan bevissthet rundt barrierer som påvirket den terapeutiske relasjonen mellom sykepleiere og personer med schizofreni.	Kvalitativ metode. Metoden er en diskursiv analyse av pasienter med schizofreni sin opplevelse av sykepleie i institusjon.	De fant at tid, retningslinjer og praksis og kommunikasjon var barrierer for sykepleieres terapeutiske relasjon med pasientene. Sykepleiernes manglende bevissthet rundt dette påvirket relasjonene som var viktig i recoveryarbeidet.	
Hasan, A. & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: results of a randomized controlled trial. <i>International Journal of Social psychiatry</i> , 63(3), pp. 212-223.	Hensikten med studien var å evaluere hva en empowerment-intervensjon hadde på mennesker med schizofreni.	Kvantitativ metode. En randomisert kontrollert studie.	Studien viste at personer med schizofreni i intervensjons-gruppen viste mindre grad av hjelpeløshet etter intervensjon sammenlignet med kontrollgruppen. Ved 3 måneders oppfølging rapporterte deltakerne betydelige forbedringer i alle sekundære utfall av intervensjonen.	Studien er utført i Jordan. Utvalget bestod av 112 personer med schizofreni- eller schizoaffektiv lidelse. Deltakerne var 18 år eller eldre.
Cleary, M., Raeburn, T., West, S., Escott, P., & Lopez, V. (2018). Two approaches, one goal: How mental health	Hensikten med studien var å utforske nøkkelstrategier	Kvalitativ metode. Tematisk analyse av semi-strukturerte intervjuer.	Sykepleiere bruker strategier rettet mot empowerment, selvledelse og styring av	Studien er utført i Australia. Utvalget var

Referanse	Hensikt/problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar
registered nurses' perceive their role and the role of peer support workers in facilitating consumer decision-making. International Journal of Mental Health Nursing, 27, pp. 1212-1218.	psykiatriske sykepleiere brukte og		forventninger for å lette beslutninger, men blir utfordret av forankret tvang i helsesystemet.	relativt lite og bestod av 9 sykepleiere som jobbet i psykisk helsevern.
Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies, 45, pp. 1598-1606.	Hensikten i studien var å utforske pasientens opplevelse av sykepleietiltak som fremmer livskvalitet i akutt-psykiatrisk avdeling.	Kvalitativ metode. Metoden var kvalitativ innholds-analyse basert på semi-strukturerte intervjuer av 35 pasienter med schizofreni, schizotyp lidelse eller vrangforestillingslidelse i døgnspsykiatri.	Studien fant fem hovedkategorier for sykepleietiltak som fremmer livskvalitet. Disse var empowerment, mulighet for sosialt liv, aktivitet, trygghetsfølelse og ivaretagelse av fysisk helse.	Studien er utført i Finland.

### 3.2. Sammenfattet empiri

Artikkelutvalget består av fem kvalitative studier og to kvantitative studier. To av studiene er norske og tar for seg henholdsvis sykepleieperspektivet og pasientperspektivet av empowerment i institusjon. Disse studiene har ikke konsentrert seg om schizofreni spesielt, men om alvorlige psykiske lidelser generelt, dette for å unngå diagnosefokuset. Begge de kvantitative studiene er utført utenfor Vesten, den ene i Jordan og den andre i Sør-Korea. Grunnen til at disse er valgt er nettopp på grunn av at de er kvantitative studier som gir et mer representativt utvalg og i større grad kan konkludere på generell basis. Likevel er det slik at det meste av forskning innenfor empowerment- og recoverytemaet er kvalitative studier, noe de i stor grad må være for å få unike innblikk i pasientenes og sykepleiernes situasjon. De siste fire artiklene er utført i vestlige land og er dermed mulig å overføre til norsk sykepleiepraksis.

Sammenfattet empiri ga fire undertema. Disse var det å styrke mestring og å fremme håp, å vise interesse og å anerkjenne pasienten, å være bevisst egne holdninger og å skape maktbalanse. Temaene utgjør de mulige sykepleietiltakene for å fremme empowerment for mennesker med schizofreni i spesialisthelsetjenesten. Samtidig diskuterte studiene en del utfordringer ved myndiggjøring av pasientene og rammebetingelser som virker inn på gjennomførbarheten av tiltakene.

## Kapittel 4: Teori

### 4.1 Teoretisk bakgrunn for pasientsituasjonen

#### 4.1.1. Recoveryorientert sykepleie

På 90-tallet vokste en kritikk mot den tradisjonelle psykiatrisk-medisinske modellen fram. Med bakgrunn i denne modellen blir sykepleiere begrenset ettersom hovedfokuset er medisinerer i stedet for en helhetlig tenkning. På denne måten kommer støtte, motivering og hjelp til å ta hånd om sitt eget liv i andre rekke. Recoverytenkning i psykisk helsearbeid kom som en reaksjon på den tradisjonelle biomedisinske tankegangen (Hummelvoll, 2012, s. 60). Recoverytenkning setter pasienten i førersetet og er en grunnleggende optimistisk tilnærming til sykdom der man jobber ut ifra en tankegang om at man kan bli frisk eller leve et godt liv med sykdommen.

Recoverytankegangen har innvirkning på hvordan vi som sykepleiere jobber med folk, spesielt i psykisk helsearbeid. Ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 74) bidrar recoverytenkning til at vi kan avvikle oss-og-dem-tenkningen som skiller sykepleieren og

pasienten fra hverandre. Ved hjelp av denne tankegangen vil man med andre ord kunne minke maktbalansen i relasjonen vi har til hverandre. De påpeker også at recoverytenkning gjør at vi forplikter oss til å tenke helhetlig og på den måten inkludere aspekter i pasienten liv som skjer utenfor institusjonen der vi møter dem. Recoverytenkningen vil også ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 75) gjøre oss bevisste på stigmatisering og dermed kunne utvide sykepleierens perspektiv på at vi alle er mennesker, tross at pasienten har en sykdom.

Recoverytenkningen i sykepleie forkaster tanken om at alvorlige psykiske lidelser er håpløse og livslange (Karlsson & Borg, 2013, s. 64). I stedet for et sykdomsfokus er det et grunnleggende optimistisk bedringsfokus. Det unike ved recoverytenkningen er at det er bygget på erfaringskunnskap fra pasienter i psykiatri. Tankegangen fokuserer på at vi alle er mennesker og at man ikke skal kategoriseres ut ifra sykdommer man har. Selv om man har en schizofrenidiagnose er ikke dette det eneste som definerer personen.

Recovery kan ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 64) forklares ut ifra tre perspektiver: recovery som personlig prosess, recovery som sosial prosess og klinisk recovery. I denne oppgaven ligger fokuset på recovery som en personlig prosess. Dette perspektivet skiller seg fra klinisk recovery, der fokuset vil være å «bli frisk». Klinisk recovery kan i motsetning til personlig recovery måles objektivt. Klinisk recovery er mål gjort av en fagperson, ikke først og fremst individet selv. Et eksempel på måling av klinisk recovery er at man fra første til andre måling ser at symptomer har opphørt.

Sentrale aspekter ved recovery er helhetlig tenkning, fokus på personens egeninnsats, at sosiale og individuelle faktorer spiller inn, fokus på livsprosess framfor resultat og at det er en unik prosess. Sentralt i recovery som en personlig prosess er det å kunne bestemme selv, ha frihet til å velge og forme sitt eget liv. En viktig del av tankegangen blir dermed å ta kontroll over eget liv og leve slik man selv ønsker i samarbeid med fagpersoner. Oppsummert handler recoveryorientert psykisk helsearbeid om å gi valgmulighet, respektere den erfaringsbaserte kunnskapen og behovet for anerkjennelse, og å lytte og tro på det den enkelte sier han trenger hjelp til. Også det å vise interesse, og å fremme håp og skape støttende omgivelser er viktige aspekter.

Karlsson og Borg (2013, s. 73) peker på noen viktige aspekter som sykepleieren burde være bevisste på og bruke aktivt i hverdagen sammen med personer med psykiske lidelser. Å gi god informasjon, å sette seg inn i pasientens situasjon, å vise interesse og lytte er noen viktige aspekter. I tillegg er det å være oppriktig og støttende til pasientenes livsprosjekt, samt å stole på at personen kjenner seg selv best vesentlig for å myndiggjøre den andre. Å gi valgmuligheter er vesentlig i myndiggjøring.

Ifølge Karlsson og Borg (2013, s. 67) vil mellom 45 og 65 % av mennesker med schizofrenidiagnosen «komme seg» og ha et funksjonelt og tilfredsstillende liv ut ifra sine egne mål og ønsker.

#### *4.1.2. Empowerment – styrking av pasientens ressurser*

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011, s. 338) mener mye av det pedagogiske i sykepleie er styrking av pasientens tro på seg selv og egne ressurser. Denne prosessen kaller de empowerment eller myndiggjøring. Empowermentbegrepet oppsto i USA på 60-tallet der grupper som opplevde stigmatisering begynte å kjempe for respekt og menneskerettigheter. Empowerment handler om mobilisering og styrking av egne krefter og forklares som det motsatte av undertrykking. I denne oppgaven vil empowerment forklares ut ifra det individuelle nivået. Innenfor helsefremmende arbeid defineres empowerment som en prosess der folk settes i stand til å få økt kontroll over faktorer som har en innvirkning på deres egen helse (Kristoffersen et al., 2011, s. 338).

Empowerment av pasienter er en del av sykepleierens helsefremmende funksjon. Helsefremming defineres som en prosess som setter personen i stand til å få økt kontroll over forhold som har innvirkning på helsen. Helsefremming skal gjennom økt kontroll over egen situasjon sette pasienten i stand til å bedre sin egen helse (Kristoffersen et al., 2011, s. 341). Dette innebærer å lage tiltak som er rettet mot den enkelte pasienten og dens omgivelser. Bedringstanken har utgangspunkt i recoverytenkningen nevnt tidligere, og empowerment regnes som en del av recovery som en personlig prosess.

Tradisjonelt har helsepersonells tenkning ført til umyndiggjøring av pasientene. Den tradisjonelle tankegangen går ut på at helsepersonell «vet best» og burde derfor bestemme. Denne tankegangen gir helsepersonellet makten og fører til avmakt hos pasienten. Ved å gi i fra seg makt kan sykepleieren myndiggjøre pasienten (Kristoffersen et al., 2011, s. 339). Kristoffersen og kolleger (2011, s. 339) diskuterer selve begrepet myndiggjøring og at dette kan oppfattes som at pasientene er en passiv deltaker i prosessen ved at det er helsepersonell som «myndiggjør». Dette stemmer ikke overens med tanken bak empowerment, men i mangel av et mer passende ord vil dette brukes likevel. Selve poenget med empowerment-tenkningen er at pasienten skal ha en aktiv, deltakende rolle i sin egen behandling og i sitt eget liv.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 har pasienter rett på å medvirke i egen behandling. Dette er en del av myndiggjøring av pasienter ved at pasienten blir ansett som en aktiv deltaker i behandlingsopplegget. Dette skal også sikre at helsepersonellet ikke overstyrer pasienten.

#### *4.1.3. Schizofreni – diagnostisering, symptomer og betydning av disse*

Schizofreni er en psykoselidelse. Kjentegn ved psykose er at personen opplever en realitetsbrist. Dette kan innebære sviktende dømmekraft, vanskeligheter med kontakt med andre og feiltolkning av sosiale signaler (Malt, 2019). Når personen befinner seg i en psykosetilstand kan han virke påfallende overfor andre.

Symptomene ved schizofreni deles inn i negative og positive symptomer. De typiske positive symptomene er hallusinasjoner, vrangforestillinger, kaotisk atferd og tankeforstyrrelser (Aarre, 2018, s. 109). De negative symptomene inkluderer følelsesmessig avflating, viljeshemming, lite initiativ og engasjement, kontaktsvakhet og gledesløshet.

For å kunne diagnostisere noen med schizofreni må personen ha vært psykotisk. Personen må med andre ord ha hatt en eller flere av de positive symptomene. Hallusinasjoner er sanseopplevelser som smak-, lukt-, syns- eller hørselsopplevelser som oppstår uten ytre påvirkning. Den vanligste hallusinasjonen ved schizofreni er hørselshallusinasjoner (Aarre, 2018, s. 109). Kroppslige hallusinasjoner kan også finne sted. Et eksempel på en kroppslig hallusinasjon er at man kjenner biller som kryper under huden. Vrangforestillinger forekommer hos de aller fleste personer med schizofrenidiagnosen. En vrangforestilling er en uriktig forestilling om verden som personen holder fast ved uten at det forekommer gode grunnlag eller bevis. De vanligste vrangforestillingene går ut på at personen føler seg forfulgt, trakassert eller spionert på. Dersom personen har tankeforstyrrelser vil selve tankestrukturen forstyrres. Personen kan da framstå med usammenhengende tale eller «falle ut» av samtalen. Kaotisk atferd kan utspille seg i at personen for eksempel arrangerer ting rundt seg eller gjør underlige bevegelser. Dette er likevel et relativt sjeldent framtreddende symptom.

Negative symptomer ved schizofreni forekommer hos de fleste personer med lidelsen (Aarre, 2018, s. 111). Nedsatt personlig hygiene og tiltaksløshet, samt sviktende sosial kontakt er vanlig. Negative symptomer fører ofte til lavere livskvalitet og sviktende funksjon i sosialt- og yrkesliv. Likevel kan mange av symptomene ligne på

depresjonssymptomer, og derfor er det viktig at diagnosen ikke stilles på bakgrunn av disse alene.

Personer som blir innlagt på en utredningspost for psykose bør få tilbud om å prøve antipsykotiske medikamenter. Dersom pasienten ikke ønsker medisin burde dette også respekteres og møtes med forståelse (Aarre, 2018, s. 119). Antipsykotika vil i akuttbehandling dempe positive symptomer, med det er ingen sikker effekt på negative symptomer. Negative symptomer er likevel det pasientene kategoriserer som de verste ved lidelsen. Vedlikeholdsbehandling med antipsykotika anbefales i to år etter en psykotisk episode. Her er det motstridende resultater i effekten av den medikamentelle behandlingen, og det er ifølge Aarre (2018, s. 120) lite kunnskap om vedlikeholdseffekten av behandlingen. Dersom god informasjon gis om begrunnelsen for medikamentell behandling vil de fleste sette pris på tryggheten antipsykotika kan gi. Likevel er det ofte en del bivirkninger som vil påvirke motivasjonen for å fortsette å ta medisinene. Disse er for eksempel økt matlyst og vektøkning, seksuell dysfunksjon, nedsatt motorikk eller rastløshet (Aarre, 2018, s. 122).

I tillegg til medikamentell behandling er det en rekke psykososiale tiltak som kan hjelpe mennesker som har schizofreni. Den psykososiale behandlingen går ut på at pasienten får hjelp til å leve et meningsfullt liv. Det er usikkert hvilken behandling som er mest effektiv ettersom hvert forløp er unikt, men det viktigste er samarbeid med pasienten og andre tjenesteinstanser (Hummelvoll, 2012; Karlsson & Borg, 2013; Kristoffersen et al., 2011). Miljøterapi, som bygger på recoverytenkning, vil være en viktig del av behandling som skjer i institusjon.

En forutsetning for god behandling til mennesker med psykoselidelser er en god relasjon mellom pasienten og helsepersonellet. Ifølge Helsedirektoratets utredning, behandling og oppfølgingsplan av personer med psykoselidelser (2013) er relasjonen preget av respekt, engasjement, empati, trygghet, håpsformidling og optimisme. Det er derfor viktig at helsepersonellet legger til rette for at brukeren kan utvikle og bruke egne ressurser. Å vektlegge formidling av mestring og håp er også nødvendig for å sikre god behandling og ivaretagelse av pasienten. Der pasienten er fornøyd og får gode resultater beskrives helsepersonellet som forståelsesfulle, varme, aktive og erfarne.

#### **4.2. Joyce Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige relasjoner**

Travelbee mente hovedfokuset i sykepleie er den mellommenneskelige prosessen. Hun mente personlig kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren var nødvendig i å skape en terapeutisk relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 364). I tillegg var hun kritisk til begrepsbruken sykepleier og pasient ettersom hun mente dette tilslørte individet og stimulerte til rolleoppfatninger. Hovedpunktene i Travelbee sin teori er å anerkjenne pasienten som et unikt menneske, å utvikle menneske-til-menneske-forhold og at man oppfylder sykepleierens hensikt ved å møte pasientens, pårørendes eller andres behov.

Travelbee (1999, s. 173) definerer sykepleier-pasient-interaksjonen som kontakten mellom den som er syk og sykepleieren. Begge har en stereotyp oppfatning av den andre. Sykepleieren kategoriserer personen som pasient, og pasienten definerer sykepleieren som en pleier. Begge kategoriserer uavhengig av individet.

Travelbee mente menneske-til-menneske-forholdet er forskjellig fra sykepleier-pasient-interaksjonen fordi dette forholdet alltid vil være konstruktivt og godt. Ved at sykepleieren er mer personorientert framfor pasientorientert vil altså relasjonen som skapes i større grad føre til god ivaretagelse av den sykes behov. Travelbee (1999, s. 177) definerer menneske-til-menneske-forholdet som erfaringer som skjer mellom en sykepleier og den han eller hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved relasjonen er at den syke får behovene sine tilfredsstilt. Likevel mener Travelbee at også sykepleieren

oppnår noe i relasjonen. Sykepleiere er også mennesker og derfor poengterer Travelbee at dersom sykepleieren ikke får noe igjen i relasjonen vil man avhumaniseres. Poenget i relasjonen blir derfor at ved at pasienten får sine behov tilfredsstilt vil også sykepleieren få sine behov tilfredsstilt i jobbrollen de besitter.

Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess der både sykepleieren og den som er syk er deltakende. Likevel ligger ansvaret hos sykepleieren. For at menneske-til-menneske-forholdet skal kunne forekomme må posisjonen partene er i overskrides. Dette forstås som at sykepleieren i kraft av sin stilling ikke kan bestemme over den andres liv, men må samarbeide med pasienten om pasientens mål.

Menneske-til-menneske-forholdet utvikles i fem faser. Den første er det innledende møtet hvor man møtes for første gang og man skaper et førsteinntrykk av hverandre. Dette er gjerne stereotypisk ut ifra rollen som sykepleier og pasient. I den andre fasen vokser identiteter frem. Det vil si at sykepleieren bruker seg selv for å se den andre og partene begynner å se hverandre som individer framfor kategorier. Denne fasen legger grunnlag for empati. Den tredje fasen i menneske-til-menneske-forholdet er empatifasen. Empati defineres som evnen til å leve seg inn i den andres situasjon. En empatisk innfallsvinkel gjør sykepleieren i stand til å kunne se for seg hva den andre trenger basert på gjenkjenning av følelsene personen beskriver. Dersom pasienten føler at de ikke har kontroll over eget liv kan en empatisk sykepleier forstå dette og dermed hjelpe. På denne måten bruker sykepleieren seg selv i relasjonen til den andre. Likevel er en forutsetning for empati at man har egen erfaring på området.

Travelbee (1999, s. 198) mente at ethvert menneske har fordommer og at det å være helt fordomsfri er umulig. Hun vektla derfor at sykepleieren burde gå inn for å bli bevisst egne fordommer. Når man blir bevisst egne fordommer kan man evaluere hvordan disse påvirker hvordan man oppfatter pasienten. Aksept av personen som er syk handler om at man ser personen for dem de er, men likevel klarer å se positive sider som viktigere. Aksept handler om toleranse for andre mennesker og at deres personlighet og verdier er annerledes enn våre egne.

Sympati og medfølelse er viktig i menneske-til-menneskeforholdet. I følge Travelbee (1999, s. 201) handler sympati om at man gir uttrykk for at pasienten betyr noe for en og at man ønsker å hjelpe. På slik måte ser man personen slik han er framfor å se på dem som en man er ansatt for å ha omsorg for. Å uttrykke sympati for den andre handler om å dele den andres plager og avlaste for byrden han bærer. Likevel er det viktig at man lar pasienten få eie sin egen situasjon og ikke «tar over» følelsene pasienten.

Gjensidig forståelse og kontakt er det overordnede målet i den relasjonelle delen av sykepleie (Travelbee, 1999, s. 211). Selv om man er ulike individer i relasjonen vil man likevel ha et felles mål. Forutsetninger for at dette skal forekomme er at sykepleieren går inn i relasjonen med mål om å lindre plagene til pasienten. Ved forståelse og kontakt vil man forhåpentligvis ha oppnådd tillitt som igjen kan skape trygghet. Med trygghet vil man kunne oppnå virkelig kontakt og ting som tidligere ville vært vanskelig å snakke om kan nå føles mer naturlig.

## **Kapittel 5: Drøfting**

### **5.1. Innledning**

Forskning viser at dersom sykepleieren fremmer empowerment blant mennesker med schizofreni kan dette føre til at de får økt livskvalitet (Park & Sung, 2013; Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Empowerment er også assosiert med reduksjon i psykiatriske symptomer, økt mestring og økt recovery (Hasan & Musleh, 2017; Tveiten, Onstad & Haukland, 2015; Tveiten, Haukland & Onstad, 2011). Likevel kan

rammebetingelser knyttet til tidspress og organisering av helsetjenesten være utfordringer for fremming av empowerment (Cleary, Raeburn, West, Escott & Lopez, 2018; Harris & Panozzo, 2019).

Målet med drøftingen er å presentere mulige sykepleietiltak for å fremme empowerment hos pasienter med schizofreni som innlagt i spesialisthelsetjenesten, samt å vise hvorfor dette er viktig og å peke på utfordringer ved gjennomføring av tiltakene. Drøftingen vil ta utgangspunkt i den valgte empirien, samt teorien om recoverytenkning, empowerment og Travelbees sykepleieteori om mellommenneskelige forhold.

Opgavens problemstilling er: «Hvordan kan sykepleieren fremme empowerment hos mennesker med schizofreni under innleggelse i spesialisthelsetjenesten?».

## **5.2. Mulige sykepleietiltak for å fremme empowerment**

### *5.2.1. Å styrke til mestring og å fremme håp*

Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer skal vi som sykepleiere fremme mestring, håp og livsmot hos pasientene (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette er en del av sykepleierens helsefremmende funksjon (Kristoffersen et al., 2011, s. 341). Informasjon om sykdom er en viktig del av det å støtte til mestring. Dette fordi det vil være vanskelig å oppnå mestring dersom man ikke har nok kunnskap om hvordan sykdommen kan utvikle seg og ikke minst at man vet at man kan bli bedre. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 har pasienten rett på informasjon for å få innsikt i egen helsesituasjon og helsehjelp. Å oppmuntre pasientene, gi de muligheter til å utøve selvbestemmelse, gi informasjon og å ta hensyn til pasientens individuelle behov er viktig for at pasienten skal kunne ta kontroll over sitt eget liv (Pitkänen et al., 2008).

Et av poengene ved empowerment-teknikken er at pasienten er ekspert på sitt eget liv (Karlsson & Borg, 2013, s. 73). Mange pasienter med psykiske lidelser stoler i liten grad på egen ekspertise (Tveiten et al., 2015). Sykepleiere må være bevisste på at pasienten i visse tilfeller kan la egen ekspertise vike når de møter fagekspertise. I disse tilfellene må sykepleiere understreke overfor pasienten at det er de som er eksperter og at vi som sykepleiere i kraft av vår fagkompetanse skal støtte han eller hun til å oppnå deres ønsker. Myndiggjøring av pasienten innebærer å la den enkelte velge sin egen vei mot sitt eget mål. Dette innebærer også at pasienten må få rom og tillit til å gjøre det man som sykepleier kanskje regner som «dårlige» valg og at de må støttes også på dette. Utenfor institusjonen vil det ikke være noen som forteller dem hvordan de skal leve livet sitt. Det er derfor viktig at man styrker menneskene til å kunne ta ansvar selv. Å ha tro på seg selv krever likevel at man bruker tid. Tveiten og kolleger (2011) gjorde intervjuer med pasienter på norske distriktpsikiatriske senter. De fant at lite tid har innvirkning på pasientenes opplevelse av å være ekspert på sitt eget liv. Å fremme mestringstro hos mennesker med schizofreni har avgjørende betydning for hvor godt de klarer seg (Park & Sung, 2013; Hasan & Musleh, 2017).

Symptomene ved schizofrenilidelsen kan skape utfordringer for mestring og håp. Park og Sung (2013) utførte en studie der de ville se hvilken påvirkning en empowerment-intervensjon hadde på pasientenes recovery og følelse av hjelpeløshet. Empowerment-intervensjonen inneholdt 12 emner som var delt inn i tre kategorier. Disse var forståelse av recovery fra psykisk sykdom, hva man burde- og hva man ikke burde gjøre og hva recoverytankegangen kan bidra med. De fant at empowerment-intervensjonen var effektivt i redusering av hjelpeløshetsfølelse. Ofte vil mennesker innlagt med schizofreni føle en gradvis hjelpeløshetsfølelse gjennom sykehusoppholdet. Dette kan ha sammenheng med at livet kan føles kaotisk og at hallusinasjoner eller negative symptomer kan forstyrre personen fra å nå målene sine. Erfaringer fra møter



med pasienter i praksis har gitt innblikk i flere situasjoner der personen føler at de befinner seg i en håpløs situasjon der de ikke mestrer sitt eget liv. Park og Sung (2013) fant at det forekom en positiv endring i følelsen av hjelpeløshet etter fullført empowerment-intervensjon. I tillegg hadde programmet en positiv effekt på styrking av menneskene og håpet om recovery. Denne studien viser både at empowerment er gjennomførbart, effektivt og at det hjelper personer med schizofreni gjennom det som oppleves som håpløse situasjoner.

Resultatene fra studien til Park og Sung (2013) samsvarer med resultatene i Hasan og Musleh (2017) sin kvantitative studie av 112 personer diagnostisert med schizofreni. De fant i tillegg at internalisert stigma modererer effekten for håp og selvfølelse blant schizofrenipasientene (Hasan & Musleh, 2017). Hjelp til å redusere sosial- og selvstigma hos pasientene ledet muligens til økt håp og selvtillit rundt muligheten for recovery. Disse faktorene hadde igjen innvirkning på gjennomføring av behandling og bruken av effektive mestringsstrategier for å mestre symptomer og stressorer. Studiene peker på viktigheten av at sykepleieren fremmer mestring og håp blant pasienter med schizofreni, og at man i kraft av dette kan bidra til å øke pasientenes livskvalitet.

Mennesker med kronisk schizofreni har i større grad følelse av hjelpeløshet enn mennesker med akutte psykoser eller de som opplever episoder for så å bli frisk. Dette kan ha bakgrunn i at man opplever flere innleggelses i spesialisthelsetjenesten som kan hindre personens livsplan. I tillegg kan flere innleggelses føre til mer stigmatisering, fordommer og skam (Hasan & Musleh, 2017). Sykdomsopplevelsen hos pasientene ble forandret etter empowerment-intervensjonen og gjorde dem i stand til å forstå og å ta kontroll over sitt eget liv i større grad. Dette styrker antakelsen om at slike intervensjoner der håp og styrking av menneskets evner er i fokus er effektive tiltak.

Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 har pasienten rett til medvirkning. Medvirkning er også en sentral del av empowerment (Tveiten et al., 2015). Den enkeltes bedringsprosess styrkes ved bruk av medvirkning. Med bakgrunn i dette kan man si at medvirkning har en terapeutisk effekt. Harris og Panozzo (2019) fant at selv om pasienten står i en krevende psykisk situasjon har de fortsatt evne til å delta i egen behandling. Dette viser at man ikke skal avskrive pasientens evne til medvirkning selv om de har en alvorlig psykisk lidelse. Likevel kan personer som befinner seg i en situasjon der de enten er under utredning, eller nettopp har fått en diagnose, trenge tid til å komme seg før de er i stand til å delta. Tveiten og kolleger (2011) fant at lite tid i sykehusinstitusjonen kunne være et hinder for deltakelse i behandlingsopplegget. Pasientene sa at de trengte være sterke, og i noen tilfeller trengte de mer tid for å bli sterk nok. Det å føle på tidspresset kan føre til økt stress som igjen hindrer medvirkning slik man ønsker.

### *5.2.2. Å vise interesse og å anerkjenne mennesket*

Erfaringsmessig har noen mennesker med schizofreni enten vanskelige relasjoner til familie eller lite nettverk ellers, og derfor er det viktig at sykepleieren skaper en god relasjon. Denne relasjonen er viktig for å motivere og å motvirke passivitet og tilbaketrekning, og kan være et utgangspunkt for å trene på sosiale ferdigheter sammen. Å vise interesse, fremme håp og å skape støttende omgivelser er sentralt i recoverytenkningen i psykisk helsearbeid (Karlsson & Borg, 2013; Hummelvoll, 2012). Sykepleierens empati, forståelse og tilstedeværelse er viktig for at pasientene skal føle tillit og trygghet overfor dem (Harris & Panozzo, 2019; Pitkänen et al., 2008). Ifølge disse studiene er det viktig for pasientene at sykepleierne viser interesse for dem som individer og at man er nysgjerrig på livet deres utenfor institusjonen. Hvis man kjenner

personen kan man også i større grad vite hvor mye man kan utfordre, hvilke utfordringer som kan oppstå og hvor mye støtte personen trenger (Hummelvoll, 2012, s. 78). Funnene i disse studiene peker på viktigheten av å vise interesse for personen framfor pasienten, som samsvarer med Travelbee (1999, s. 171) sin teori om menneske-til-menneske-forholdet. Travelbee peker på at reell kontakt først forekommer når individene i interaksjonen ser på den andre som en person framfor en pasient eller sykepleier.

Utvikling av empati for den andre er avhengig av at man kjenner hverandre. Travelbee påpeker at empati kun forekommer dersom man har vært i den samme situasjonen selv (1999, s. 195). Når det gjelder personer med schizofreni vil det i de fleste tilfeller være vanskelig for sykepleieren å gjenkjenne de konkrete opplevelsene. Derimot kan man ofte gjenkjenne følelser knyttet til symptomene pasienten opplever. Dersom pasienten er utrygg eller føler at han ikke har kontroll over sitt eget liv så vil det ofte være mulig for sykepleieren å huske situasjoner der man har følt på det samme. Dersom man er bevisst denne tankegangen kan man i større grad sette seg inn i den andres situasjon og på den måten også finne løsninger på problematikken sammen. Å uttrykke sympati for den andre handler om å dele den andres plager og avlaste for byrden han eller hun bærer (Travelbee, 1999, s. 201). Likevel er det viktig at man lar pasienten få eie sin egen situasjon og ikke «tar over» følelsene deres. Dersom sykepleieren viser sympati vil man uttrykke følelsesmessig støtte og hjelpe pasienten gjennom situasjonen. Respekt, og det å se pasienten som et medmenneske med rett til medvirkning og selvbestemmelse, er viktig i en god relasjon (Helsedirektoratet, 2013).

For at pasienten skal kunne ta egne valg og å ta kontroll over sin egen behandling er det viktig at han har troen på at han kan klare det. Tveiten og kolleger (2011) har gjort intervjuer med pasienter innlagt på norske distriktspsykiatriske senter. Deltakerne i studien fortalte at det å bli anerkjent som menneske var veldig viktig. Anerkjennelse fører ofte til økt selvtillit. Økt selvtillit og troen på seg selv gjorde det enklere for pasienten å være aktive i egen behandling som igjen er et grunnleggende mål ved fremming av empowerment (Tveiten et al., 2011). Tveiten og kolleger (2015) utførte et fokusgruppeintervju med sykepleiere på norske distriktspsykiatriske senter. Også de fant at anerkjennelse av mennesket var en viktig faktor i fremming av empowerment. Dette viser at sykepleiere er bevisste på å anerkjenne pasienten og at de forstår viktigheten av dette.

### *5.2.3. Bevissthet rundt egne holdninger*

Pasienter kan noen ganger framvise avvikende atferd og dette kan ha en negativ innvirkning sykepleierne (Harris & Panozzo, 2019). Vrangforestillinger kan gjøre det vanskelig for pasienten å stole på oss. I tillegg kan usammenhengende tale skape kommunikasjonsvansker som igjen kan føre til at man unngår pasienten. Dersom sykepleieren jobber aktivt for å motarbeide disse utfordringene kan man bli mer forståelsesfull overfor pasienten. Ideelt sett skal sykepleieren kunne skape tillit i alle situasjoner. Veverda og kolleger (2013) fant at sykepleiere i somatikken ser på mennesker med schizofreni som uforutsigbare og farlige og er redde for at de kan bli aggressive. Dette stemmer overens med egen praksiserfaring i somatikken. Dette viser at holdningene våre kan ha innvirkning på relasjonen vår til pasienten. Bevissthet rundt dette og økt kompetanse på området kan gjøre sykepleieren tryggere i situasjonen og øke fokuset på at pasienten er et menneske på lik linje med andre selv om han har en schizofrenidiagnose.

Mennesker med schizofreni opplever i større grad enn andre stigmatisering og fordommer (Hasan & Musleh, 2017). Dette kan ha sammenheng med at det kan være vanskeligere å forstå atferd knyttet til symptomer (Aarre, 2018, s. 109). Negative

symptomer ved lidelsen kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å motivere og gi ansvar dersom pasienten ikke viser eget initiativ eller framstår tiltaksløs. Det å gi anerkjennelse for at pasientens situasjon kan være tøff, at man ser personen framfor sykdommen, at man ser muligheten som finnes i mennesket og at man gir tid til å finne sin egen vei vil da kunne bidra til at pasienten øker til egenmestringstro. Sykepleierens holdninger kan på bakgrunn av dette ha en betydning for pasientens bedringsprosess.

Aksept av den andre er viktig i sykepleie og spesielt i utviklingen av menneske-til-menneskeforholdet. Alle mennesker, også sykepleiere, er fordomsfulle (Travelbee, 1999, s. 198). Det er likevel viktig at vi som sykepleiere er bevisste på egne fordommer og jobber på en slik måte at fordommene ikke synes for den andre. Dette handler om toleranse for hverandres forskjeller. Dersom man som sykepleier anser personen med schizofreni som lite tiltaksløs burde man i tråd med Travelbees teori reflektere over hvilke positive sider han har og vektlegge disse. Vi som sykepleiere burde ha en grunnleggende tankegang om at personer med schizofreni skal bli så fri som mulig, at symptomer skal mestres på best mulig måte og at pasientene skal ha best mulig forståelse av sykdommen sin (Park & Sung, 2013). For at disse holdningen skal kunne finne sted må vi akseptere personen og at vi er forskjellige.

Aksept for den andre handler også om empati og respekt. Empati, forståelse og tilstedeværelse kan kun komme til syne dersom sykepleieren er bevisst på hvordan ytre faktorer påvirker forholdet mellom sykepleieren og pasienten (Harris & Panozzo, 2019). Regler og retningslinjer innenfor spesialisthelsetjenesten kan påvirke sykepleieren til å basere seg mer på den tradisjonelle biomedisinske modellen framfor recoverytenkningen fordi det er enklere å gjennomføre. Dette betyr at man kan favorisere medisiner framfor selvbestemmelse. Dersom det skal være gjennomførbart med myndiggjøring av mennesker med schizofreni i spesialisthelsetjenesten er det derfor viktig at sykepleierne er bevisste på innvirkningen rammebetingelser har.

#### *5.2.4. Å skape maktbalanse*

I et psykiatrisk sykehus er sykepleieren i en naturlig maktposisjon i kraft av at de befinner seg på det man kan kalle «hjemmebane». Sykepleieren er best kjent i institusjonen og har kolleger å søke støtte til. Sykepleieren har for eksempel mulighet til å låse opp dører og å bestemme når og hvor samtaler skal finne sted ut ifra hva som passer kolleger og logistikken best. Pasienten er derimot alene og har mindre makt ved at de for eksempel må forholde seg til regler og rutiner, faste måltider, og faste områder der de kan oppholde seg. Sykepleieren kan også kategoriseres som «den friske» og pasienten «den syke». Pasientens beste vil være et asymmetrisk forhold med svak paternalisme, men dette fordrer at sykepleieren er bevisst egen rolle og hvordan pasienten møtes (Tveiten et al., 2015). Det at man som sykepleier forstår at vi har makt kan være avgjørende for å balansere den.

Cleary og kolleger (2018) intervjuet sykepleiere om brukerrettigheter, empowerment, beslutningstaking og om meningene til brukeren ble hørt, respektert og tatt seriøst. Skiftet fra biomedisinsk tenkning til recoverytenkning for mennesker med alvorlige psykiske lidelser krever justering av maktbalanse og å gi deltakelse tilbake til brukeren på en meningsfull og passende måte. Noen pasienter opplever å bli behandlet som underlegne av helsepersonellet (Tveiten et al., 2011). Pasientene opplevde at hvis de ikke gjorde slik behandlerne sa så ble de tvunget til å ta medisiner.

To tredjedeler av deltakerne i Cleary og kolleger (2018) sin studie mente at tvang fortsatt er en stor del av behandlingen og at dette fører til en maktubalanse mellom pasienten og sykepleieren. Deltakerne hadde likevel en holdning som sa at pasienten eier sitt eget liv og det å gi dem muligheten til å velge, prøve og feile selv om vi som

helsepersonell mener det er uklokt er en risk vi burde ta. Maktbalanse er det mest grunnleggende i empowerment-tenkningen (Kristoffersen et al., 2011; Karlsson & Borg, 2013; Hummelvoll, 2012). Målet med recovery og empowerment er at man skal kunne avvikle oss-dem-tenkningen (Karlsson & Borg, 2013). En mulig løsning på dette er ved å bevisst bruke ordet «person» framfor «pasient». Travelbee foreslår dette tiltaket for å se den unike personen framfor å se pasienten som et objekt som er lik alle de andre med samme lidelse (Eide & Eide, 2017, s. 124). Ved bevisst bruk av «personbegrepet» kan man unngå å redusere mennesket til et kasus og på slik måte utjevne maktforskjellen.

Makten sykepleieren har kan også brukes til å øke pasientens deltakelse. Med bakgrunn i dette kan man si at medvirkning blir et virkemiddel for maktfordeling. Med tanke på selvbestemmelse er det viktig for pasientene at sykepleierne bruker minst mulig makt og restriksjoner når det gjelder kontakt med omverdenen, medisiner og muligheten til å bevege seg fritt (Pitkänen et al., 2008). Individuelle hensyn må også tas med tanke på regler innad i institusjonen for at pasientene skal føle seg som unike mennesker. Dersom sykepleieren ser på pasienten som et medmenneske, individuelle hensyn tas og det legges til rette for økt selvbestemmelse kan man utjevne makt.

### **5.3 Rammebetingelser og konsekvenser for praksis**

#### *5.3.1. Rammebetingelser ved praktisk gjennomføring av empowerment*

Mennesker med schizofreni er mer sårbare for stress. Lite tid blant sykepleierne kan derfor ha en negativ innvirkning på pasientenes recovery og dermed også på muligheten til å fremme empowerment. Mangel på tid og lite mulighet til å lære og kjenne pasienten er noen av grunnene til at sykepleiere synes det er utfordrende å fremme empowerment innad i sykehusinstitusjonen (Tveiten et al., 2011; Tveiten et al., 2015; Harris & Panozzo, 2019). Harris og Panozzo (2019) fant at sykepleierne hadde manglende bevissthet rundt hvordan erfaringene og responsene deres på tidspress og regler kunne være barrierer for behandlingen. Tidspress kan øke stresset både hos pasienten og sykepleieren. Tidspress er en velkjent del av dagens sykepleieutøvelse. Likevel fant Park & Sung (2013) at et 12-steps-program over 6 uker ga nok tid til at pasientene kunne vise positive endringer mot recovery fra schizofreni. Dette viser at det kan være mulig dersom man er bevisst på fordelene med empowermentprosessen og bruker recoverytankegangen aktivt fra det første møtet med pasienten. Dette fordrer at man jobber recoveryorientert hele tiden, framfor at man ser på recoverytenkningen som en «tilleggsoppgave» til tradisjonell behandling (Hummelvoll, 2012, s. 73).

Pasientene i Park og Sung (2013) sin studie pekte videre på at oppfølging etter oppholdet var viktig for å sikre at den påbegynte tankegangen om at de selv var eksperter på eget liv var noe de ville fortsette å tenke etter endt opphold. En god overgang fra institusjon til eventuell egen bolig er dermed vesentlig for at bedringsprosessen skal være mulig.

Organisering av helsetjenesten er også en faktor som må belyses for å diskutere hvordan sykepleieren kan fremme empowerment hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse innad i sykehusinstitusjonen (Tveiten et al., 2015; Harris & Panozzo, 2019). Eksempler på organisatoriske forhold som har en innvirkning på fremming av empowerment i spesialisthelsetjenesten er lite bemanning, deltidsstillinger og ombemanning (Tveiten et al., 2015). Dette er rammebetingelser som ikke sykepleieren råder over, men som omhandler beslutninger gjort på et høyere nivå. Dette er likevel en faktor å ta med i betraktningen for å se på gjennomførbarhet av myndiggjøring i institusjonen. Basert på funnene presentert over virker det på tross av dette mulig å gjennomføre myndiggjøring i institusjonen.

### 5.3.2. Konsekvenser for praksis

Helsepersonellet som deltok i Tveiten og kolleger (2015) sin studie fra psykiatriske institusjoner i Norge påpekte at empowerment kan være vanskelig å gjennomføre på grunn av ytre rammer som helsepersonellet i avdelingen ikke styrer over. Særlig kort behandlingstid og tidspress var elementer som påvirket helsepersonellets mulighet for å fremme empowerment hos pasientene ved institusjonene. Likevel kan et større fokus på empowerment føre til kortere og færre sykehusinnleggelses for pasienter med schizofreni (Tveiten et al., 2015). Myndiggjøring under innleggelse viser også økt sjans for etterlevelse av medikamentell behandling etter utskrivning (Hasan & Musleh, 2017). Positive effekter av myndiggjøring krever at man er bevisst tankegangen ved det første møtet med pasienten, samt at man fortsetter og følge opp etter endt innleggelse. Å styrke mestringstro og å fremme håpet om at man kan ha kontroll over sitt eget liv, samt at man kan bli bedre er viktige deler av det å fremme empowerment hos mennesker med schizofreni. Dette krever tid til å lære og kjenne hverandre ved å vise interesse og å anerkjenne personen framfor pasienten. Maktomfordeling kan også bidra til økt empowerment ved at man er bevisste over egne holdninger knyttet til fordommer ved schizofreni. Sykepleiere som er bevisste egne holdninger har i større grad mulighet til å skape en meningsfull relasjon som de kan bygge videre på.

I tillegg til at man kan føle på for kort tid sammen med pasientene er også pasientene som kommer til institusjonen ofte i dårligere form enn tidligere. Pasientsamhandling kan bli utfordrende når man har lite tid sammen med pasienten kanskje særlig hos pasienter som er paranoide og skeptiske til nye folk, eller som har vært mye inn og ut av institusjon uten at de føler de har fått særlig mye hjelp. Dette kan være utfordringer til relasjonsbyggingen. Også negative symptomer som lite initiativ og viljeshemming kan være faktorer som spiller inn på pasientens egne evne til medvirkning innad i institusjonen, selv om forskning viser at man fortsatt kan være deltakende dersom helsepersonellet har troen på en (Hasan og Musleh, 2017).

Sykepleiere kan fremme empowerment under innleggelse i spesialisthelsetjenesten, men dette krever at det utarbeides tiltak som er systematiske, implementerbare og praktisk gjennomførbare (Park & Sung, 2013). Det mangler konkrete tiltak i recoverytenkning og empowerment-tenkning. Likevel vil gjennomføring av de nevnte tiltakene gi effekt på tross av at de er lite konkrete.

## 5.4 Metodediskusjon

Ved bruk av litteraturstudie som metode vil man ikke komme fram til ny kunnskap slik man gjør ved for eksempel å gjøre intervjuer eller å utføre eksperimenter med et stort antall mennesker. Gjennom dette litteraturstudiet har jeg drøftet eksisterende teori og empiri som andre forskere har gjort. Dette er en svakhet ved metoden. Likevel er en styrke ved denne metoden at man kan sammenfatte, belyse og begrunne viktigheten av temaet og også påpeke viktigheten av å fortsette å forske på dette tema.

Ettersom det i utgangspunktet virker å være lite forskning gjort på akkurat dette temaet har jeg sett behovet for å utvide søket mitt til studier som har andre kulturelle bakgrunner enn vestlige. Dette kan både være en svakhet og en styrke. En annen kulturell bakgrunn kan gi mindre mulighet for sammenligning med norsk sykepleiepraksis. Likevel kan innblikk i andre kulturer være gunstig for utvidelse av perspektiv.

Det vil på bakgrunn av et relativt snevert empiriutvalg og få kvantitative studier være vanskelig å kunne trekke konklusjoner som er generaliserbare. Dette trenger likevel ikke være poenget med denne studien. Å belyse viktigheten av å fremme empowerment hos mennesker med schizofreni, og at det virker som at man burde

begynne med dette i det første møtet er likevel relevant å vite for sykepleiere som møter mennesker uavhengig av om dette er i somatikk eller i psykiatriske sykehus.

Min lite erfaringsbaserte evne til å gjøre systematiske søk etter forskningsartikler vil ha innvirkning på resultatet. Likevel er teorien og empirien som er valgt både anerkjent og relevant til problemstillingen. Derfor antar jeg at det samme resultatet vil kunne forekomme dersom jeg hadde brukt andre studier framfor de jeg har valgt.

## **Kapittel 6: Konklusjon**

Med bakgrunn i empirien diskutert i denne oppgaven kan man konkludere med at det er viktig at sykepleieren fremmer empowerment hos mennesker med schizofreni i sykehusinstitusjonen. Dette fører både til økt livskvalitet hos pasienten, mulig færre innleggelse og økt etterlevelse av medikamentell behandling. Sykepleieren kan fremme empowerment ved å styrke pasientens egenmestringstro og å fremme håpet om å bli frisk. Også det å vise interesse og å anerkjenne personen framfor pasienten viser seg å ha en innvirkning på pasientens opplevde myndiggjøring. Å være bevisste på egne holdninger, samt å utjevne makt er også viktige aspekter for at pasienten skal føle at de har kontroll over sitt eget liv. Likevel vil ytre faktorer som rammebetingelser og tidspress utfordre sykepleierens evne til å fremme empowerment.

Denne studien belyser aspekter som er viktige for å bedre pasientenes opplevelse når de er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Man kan si at mennesker med schizofreni er en sårbar gruppe med tanke på stigmatisering og fordommer, men at sykepleieren i kraft av sin medmenneskelige rolle kan både styrke, gi makt og kontroll til personer som i utgangspunktet stiller svakere enn andre.

Videre trengs grundigere utforskning av hvordan man kan fremme empowerment blant mennesker med schizofreni og mer tydelig fokus på hvorfor dette er viktig. Flere kvantitative studier med hovedfokus på sykepleierens relasjonelle rolle i dette, uten for mye fokus på medikamentell behandling er ønskelig for å få et mer tydelig bilde av pasienter med schizofreni sin opplevelse av det å være innlagt i spesialisthelsetjenesten.

## Referanseliste

- Aarre, T. (2018). *Psykatri for helsefag* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation journal*, 16(4), pp. 11-23.
- Cleary, M., Raeburn, T., West, S., Escott, P., & Lopez, V. (2018). Two approaches, one goal: How mental health registered nurses' perceive their role and the role of peer support workers in facilitating consumer decision-making. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, pp. 1212-1218.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie – praktiske råd i skriveprosessen* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Harris, B. & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: attitudes and perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28, pp.1220-1227. doi: 10.1111/inm.12611
- Hasan, A. & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: results of a randomized controlled trial. *International Journal of Social psychiatry*, 63(3), pp. 212-223.
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957. Hentet 20.05.2020 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Karlsson, B. & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (2011). *Grunnleggende sykepleier – pasientfenomener og livsutfordringer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag.
- Lysaker, P. H., Roe, D., & Buck, K. D. (2010). Recovery and Wellness Amidst Schizophrenia: Definitions, Evidence, and the Implications for Clinical Practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 16(1), pp. 36-42. doi: 10.1177/1078390309353943
- Malt, U. (2019). Psykose. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/psykose>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: NSF. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 15.05.2020).
- Park, S. A. & Sung, K. M. (2013). The effects on helplessness and recovery of an empowerment program for hospitalized persons with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49, pp. 110-117. doi: 10.1111/ppc.12002
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1598-1606.

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveiten, S., Haukland, M., & Onstad, R. F. (2011). «The patient's voice – empowerment in a psychiatric context». *Vård i Norden*, 31(3), pp. 20-24.
- Tveiten, S., Onstad, R. F., & Haukland, M. (2015). Refleksjon over praksis i lys av empowerment – en fokusgruppeundersøkelse. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), pp. 136-143. doi: 10.1177/0107408315579812
- Veverda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E. K., & Egrem, L. M. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. *Sykepleien*, 101(6), pp. 52-55. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0055