

Avsluttende eksamen i sykepleie.

05HBSPLD

SPL 3901

Kandidatnummer 512

**Hvordan bruke egostøttende sykepleie overfor en pasient med schizofreni, slik at det styrker hans identitet?**



**Høgskolen i Gjøvik**

**Avdeling for helse, omsorg og sykepleie. (AHOS)**

**Seksjon for sykepleie.**

**Mai 2009.**

**Antall ord: 10 309**





## SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 05HBSPLD

Gruppe nr. **512**

Dato 11.05.2009

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

---

**Norsk tittel:**

Hvordan bruke egostøttende sykepleie overfor en pasient med schizofreni, slik at det styrker hans identitet?

**English title:**

How may we use ego-supportive nursing in order to strengthen the identity of a person with a schizophrenia diagnosis?

---

**Sammendrag:** Oppgaven tar utgangspunkt i et konstruert tilfelle, en mann med en schizofrenidiagnose. Orem's sykepleieteori om egenomsorg og Strands egostøttende sykepleieprinsipper brukes for å belyse hvordan en kan styrke hans identitet.

**Abstract:** Our paper is based on a fictive case, a man with a schizophrenia diagnosis. Orem's nursing theory on self-care and ego-supportive nursing principles of Strand, are used to illustrate how to strengthen his identity.

---

**Nøkkelord:** Brukermedvirkning, egenomsorgsevne, egostøttende sykepleie, grensesetting, psykisk helsearbeid, schizofreni

**Key words:** Participation of clients, self-care capacity, ego-supportive nursing, regulating boundaries, psychiatric health care, schizophrenia

---

*”Men også i vårt eget hjerte  
er det hav å seile,  
skoger å gjennomstreife  
og ødemarker å gå seg vill i.”*

(Forfatteren Alfred Hauge)

## **INNHOOLD**

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	7
1.2 Presentasjon av caset	8
1.3 Problemstillingen	10
1.4 Avgrensning av oppgaven	10
1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen	10
2.0 METODE	11
2.1 Metodebeskrivelse og –begrunnelse	11
2.2 Valg av teoretiker	12
2.3 Kildekritikk	12
2.4 Oppgavens oppbygning	13
3.0 TEORI	14
3.1 Dorothea Orems sykepleieteori	14
3.1.1 Teorien om egenomsorg	14
3.1.2 Teorien om egenomsorgssvikt	15
3.1.3 Teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder	15
3.2 Psykoser og psykoselidelser	16
3.2.1 Schizofreni	16
3.3 Egostøttende sykepleie	19
3.3.1 Det moderlige og det faderlige prinsipp	20
3.3.2 De egostøttende sykepleieprinsippene	20
3.3.3 Kontinuitet og regelmessighet	21
3.3.4 Grensesetting	21
3.4 Egopsykologi og egofunksjoner	22
3.5 Etikk	24

3.5.1 Det humanistiske menneskesynet	24
3.5.2 Paternalisme	24
3.5.3 Autonomi	25
3.5.4 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer	25
3.6 Psykiatrisk sykepleier i kommunen og hennes oppgaver	26
3.6.1 Statens helsetilsyn; Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling	26
3.6.2 Sosial- og helsedirektoratet: Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene IS-1332	27
3.6.3 Individuell plan (IP)	28
4.0 DRØFTING	28
4.1 Møte mellom Ola og den kommunale psykiatriske helsetjenesten	28
4.2 Familiens rolle	29
4.3 Kontinuitet og regelmessighet	30
4.4 Grensesetting	31
4.5 Etikk	34
4.6 Politiske føringer	36
4.6.1 Tverrfaglig samarbeid og individuell plan	37
4.6.2 Brukermedvirkning og mestring	37
5.0 AVSLUTNING	38
5.1 Konklusjon	38
5.2 Prosessevaluering	39
5.3 Etterord	40
6.0 LITTERATURLISTE OG WEBRESSURSER	41

## **1.0 INNLEDNING**

Vi bestemte oss i 2. studieenhet for å skrive hovedoppgave sammen etter at vi ble kjent med hverandre i starten av studiet. Vi har ved flere anledninger løst gruppeoppgaver sammen, og ellers hatt et faglig meget godt samarbeid. Mellommenneskelig har samarbeidet også fungert svært bra, en god forutsetning for å kunne skrive en hovedoppgave i fellesskap.

Vi vil her også benytte anledningen til å takke fagpersonene vi har vært i kontakt med underveis, for nyttig hjelp til ”å se praksis bak teorien”. Deres erfaring og kunnskap, samt faglige diskusjoner med veileder, har vært med på å legge noe av grunnlaget for oppgaven.

### **1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling**

Med utgangspunkt i undervisning og praksisperioder, ble det klart for oss at psykiatrifeltet syntes mest interessant med henblikk på valg av problemstilling. Psykiatriske sykepleiere har fungert som gode rollemodeller og formidlere av taus kunnskap gjennom sin måte å opptre på overfor pasientene, og slik sett vært medvirkende til vårt valg. I psykiatripraksisen har vi kommet i kontakt med pasienter i ulike aldersgrupper, kvinnelige og mannlige, som har en schizofrenidiagnose (pkt 3.2.1).

Personer med schizofrenidiagnose opplevde vi som særlig utfordrende så vel faglig som personlig. Vi erfarte at disse pasientene kanskje i større grad enn pasienter med andre psykiske lidelser, framsto som mer ”individualiserte”; de viste ofte sin egenart og personlighet mer direkte enn andre. Opplevelsen av umiddelbarhet forstått som eksponering eller møte med ”det nakne mennesket”, gjorde at vi bestemte oss for å bruke et konstruert tilfelle, her kalt ”case”, med en schizofrenilidelse.

## 1.2 Presentasjon av caset

Caset er konstruert, men inspirert av erfaringer og samtaler gjort under hospiteringen, og bygger på pensumlitteratur og forelesninger i psykiatri.

Ola Normann er 36 år. Han har foreldre og besteforeldre boende i sin hjemstedskommune. Ola har god kontakt med sine besteforeldre. Forholdet til foreldrene er imidlertid ikke alltid uten konflikter. Dette gjelder særlig i perioder med oppbluss av psykosesymptomer (pkt 3.2.1)

Allerede tidlig i ungdomsskolen ble han oppfattet som noe annerledes; han virket lite interessert i omgivelsene, stille og noe unnvikende. På skolen trodde de han hadde skrive- og lærevansker – uten at dette ble undersøkt nærmere.

Det ble etter hvert tydelig at Ola hadde problemer med å knytte kontakter med jevnaldrende, og han ble gående mye for seg selv. Ungdomsskolen opplevdes som en spesielt hard tid. Han trakk seg mer og mer bort fra andre mennesker, og mistroviselen ble tydelig. I løpet av ungdomsskoletiden ble psykiatrilhelsetjenesten i kommunen, med en ansvarlig psykiatrisk sykepleier, her kalt Marte Kirkerud, omsider koblet inn. De forsøkte å finne ut hva de kunne gjøre for Ola, siden han fungerte dårlig sammen med andre og på skolen. Det ble raskt etablert kontakt med Marte, men de første årene unnlot Ola imidlertid ofte å komme til de avtalte, ukentlige møtene. Marte har vært Olas hovedkontakt i alle år siden.

Etter ungdomsskolen ønsket ikke Ola å fortsette skolegangen. De forsøkte da med arbeidstrening på en gård tre dager i uken. Arbeidstreningen var ikke særlig vellykket, da han nesten aldri møtte opp. Avtalene om samtale med psykiatrisk sykepleier gikk heller ikke særlig bra, da Ola nesten alltid avlyste møtene. Likevel klarte Marte å opprettholde en viss kontakt. Hun forstod at Ola begynte å bli dårlig, da han viste symptomer på vrangforestillinger og hallusinasjoner. Blant annet kunne Ola fortelle at det var troll i huset hans. Til slutt endte det med ett års opphold på institusjon, der Ola fikk diagnosen schizofreni (pkt 3.2.1) i en alder av 20 år.

I dag fungerer Ola i egen leilighet med hjelp fra den kommunale psykiatrilhelsetjenesten og deres tverrfaglige team, som blant annet består av fastlege,



psykiatrisk sykepleier, støttekontakt og hjemmesykepleien. Sammen med Ola har de kartlagt hans ressurser, ønsker og behov.

Ukentlig møter han til samtalene med Marte, og et godt samarbeidsklima med familien til pasienten er blitt vektlagt helt fra starten av. Psykiatrisk sykepleier har etter Olas ønske informert foreldrene om schizofrenilidelser på generelt grunnlag og hvordan en best kan kommunisere for å unngå konflikter, slik at de skal ha bedre forutsetninger i samspillet med Ola.

Med assistanse fra hjemmetjenesten klarer han å holde det rent og pent i leiligheten, og ivareta personlige hygiene. Daglig kontakt med hjemmesykepleien sikrer at Ola kommer seg opp, og tar medisinene. Ellers går tiden med til å planlegge innkjøp, handle og trene. Han arbeider tre dager i uka på en gård, hvor han som oftest jobber selvstendig. I perioder med oppbluss av symptomer trenger han imidlertid en støttekontakt til å veilede seg i arbeidet. I slike dårligere perioder kan språkbruken til Ola bli noe aggressiv overfor de som er på gården. Enkelte ganger har dette resultert i at støttekontakten har måttet be Ola om å avbryte arbeidsdagen.

Ola oppfattes forøvrig i dag som en intelligent mann med god sykdomsinnsikt. Han sier selv at det som er viktig for ham, er trygghet og tillitt til menneskene rundt seg. Dette forsøker en å oppnå ved å ha faste avtaler med Ola, og holde disse. Det er også utarbeidet en individuell plan (IP) i samarbeid mellom Ola og de personer som støtter opp rundt ham. Ukeplanen og andre fastsatte mål, framkommer i individuell plan (IP), (pkt 3.6.3). Ukeplanen danner en forutsigelig ramme, og er et fast holdepunkt for Ola i hverdagen. Uansett om planen ikke forandres noe større fra uke til uke, ønsker Ola alltid å gjennomgå denne ved hvert eneste møte med sykepleier. Enkelte ganger når psykiatrisk sykepleier forstår at Ola er sliten, for eksempel på grunn av oppbluss av symptomer på vrangforestillinger, reduserer hun oppgavene i ukeplanen. Dette opplever Ola som en trygghet, og symptomene på psykose (pkt 3.2 og 3.2.1) avtar som regel når kravene tilpasses den mestringsevnen han viser til enhver tid.

### **1.3 Problemstillingen**

Problemstillingen lyder som følger: *”Hvordan bruke egostøttende sykepleie overfor en pasient med schizofreni, slik at det styrker hans identitet?”*

### **1.4 Avgrensning av oppgaven**

Den medikamentelle behandlingen (daglig medisinerer med antipsykotika og antidepressiva) er årsaken til at Ola i det daglige er lite plaget av ulike typer symptomer (pkt 3.2.1). Ola er innforstått med nødvendigheten av medisinerer, og han følger dette opp som foreskrevet. Han har heller ikke bivirkninger av en slik art at han ”velger bort” medisinerene; derfor går vi ikke inn på dette. Videre har vi avgrenset oppgaven ved å vektlegge utvalgte egostøttende sykepleieprinsipper (pkt 3.3), med det klare mål å styrke hans identitet.

Oppgaven er også avgrenset ved at vi ser på Olas situasjon i dag. Endelig foretar vi en avgrensning idet vi fokuserer på daglige rutiner og gjøremål som Ola har et uttalt ønske om å mestre, og som er viktige for fungeringsnivået og graden av selvstendighet. Motivasjonen er en viktig drivkraft i arbeidet for å mestre hverdagen og nå fastsatte, realistiske delmål. Ved å ta hensyn til dette, og møte Ola der han er, vil vi prøve å vise hvordan noen av prinsippene for egostøttende sykepleie (pkt 3.3) kan brukes for å styrke hans identitet (pkt1.5).

Målet for Ola på sikt, er å gjøre seg mest mulig uavhengig av andres hjelp, og samtidig være innforstått med at han i perioder kan måtte trenge ulike former for støtte.

### **1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen**

Egostøttende sykepleie defineres i pkt 3.4. Schizofreni defineres i pkt 3.2.1. Disse to definisjonene er så vidt omfattende, at de er framstilt i egne punkter.

Identitet handler om å være menneske, og det å kunne svare på spørsmål som *”Hvem er jeg?”* og *”Hvorfor er jeg den jeg er?”*. Identitet innebærer å kunne være i stand til å observere og vurdere seg selv, og ha en subjektiv oppfatning av å være i overensstemmelse med seg selv på det fysiske, psykiske, åndelige og sosiale plan. Videre innbefatter det opplevelsen av å være en unik og selvstendig person med egen

vilje og meninger. Denne oppfatningen av hvem vi er får vi igjennom sosiale interaksjoner, der vi både betrakter oss selv og blir betraktet av andre. (Kristoffersen 2002, bind 2 kap 12).

Identiteten hos en person med en schizofrenilidelse (pkt 3.2.1), vil derimot preges av en fundamental usikkerhet i forhold til det eksistensielle spørsmålet ”Hvem er jeg?”

## **2.0 METODE**

### **2.1 Metodebeskrivelse og – begrunnelse**

Vi benytter oss av et litteraturstudium. Begrunnelsen for dette valget ligger i problemstillingens karakter. Slik vi ser det, er en slik tilnærming egnet når vi, som her, søker *kunnskap* om psykisk syke, deres virkelighet, erfaringer og tanker, for å utdype vår *forståelse* av væremåte og handlinger hos personer med en schizofrenilidelse. Kjernespørsmålet er et ”Hvordan”-spørsmål. Angrepsmåten må da, ettersom vi kan forstå, være utforskende og deskriptiv. (NSF 2007, s 32). Nøkkelordene i problemstillingen, egostøttende sykepleie, schizofreni og identitet, har det til felles at de handler om egenskaper, opplevelser eller fenomener.

En slik tilnærming synes hensiktsmessig ettersom formålet er å få fram *sammenhenger* og se på *helheten*. Fenomenet vi tar for oss handler dypest sett om kommunikasjon og samhandling mellom mennesker. Det betyr at vi må gjøre en fortolkning, og således legge til grunn et helhetlig perspektiv (pkt 3.5). (Dalland 2007, s 53-56).

Som student skal en være klar over at de sammenhengene eller konklusjonene en eventuelt finner, er farget av hvem en er, av fagbakgrunn og teoriforståelse. Dette krever at vi reflekterer over egne fordommer og førforståelse. Økt bevissthet omkring dette bør ideelt sett resultere i en mer ”objektiv forståelse”. (Dalland 2007, s 90 og 92).

Svakheten ved et litteraturstudium er imidlertid at en kanskje i for stor grad vil ta farge av andres oppfatninger, og i tillegg støte på problemer med å få fram hvordan kunnskapen kan omsettes i praksis (pkt 2.3).

Vi vil få presisere at erfaringer gjort i forbindelse med hospiteringspraksis, ikke inngår som faktagrunnlag i oppgaven.

Begrunnelsen for å velge et litteraturstudium, er gjort ut fra tidsmessige og faglige hensyn. Et litteraturstudium gir muligheter for å se en gitt problemstilling i lys av nyere forskning og kunnskaper ervervet gjennom studiet. Vår tilnærming er fenomenologisk og humanistisk orientert.

## **2.2 Valg av teoretiker**

Dorothea Orem ble valgt ettersom hennes teori kanskje er den av de sykepleieteoriene vi kjenner, som er mest praksisrettet. I følge Orem skal pasienten møtes der han er – ut fra hans funksjonsnivå starter sykepleien. Hennes teori om egenomsorg synes å understøtte flere av de egostøttende sykepleieprinsippene Liv Strand (1990) tar opp i boken *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Orem's teori bygger òg på et humanistisk og helhetlig menneskesyn, og synes derfor anvendelig for oppgavens formål, nemlig å vise hvordan bruk av noen av prinsippene kan bidra til å styrke identiteten hos en person med schizofrenidiagnose. (pkt 3.3). Vi ser dette valget likevel ikke til hinder for å trekke veksler på andre sykepleieteoretikere når det tjener til å underbygge Orem's synspunkter, eller i sammenhenger hvor Orem's teori kan synes å være mangelfull. Nettopp ved å holde synspunkter opp mot hverandre kan en forhåpentlig oppnå en utvidet forståelse.

## **2.3 Kildekritikk**

Kildene vi bygger på er i hovedsak pensumlitteratur. Det kunne muligens vært mer inspirerende å lese litteratur vi ikke var kjent med fra tidligere. På den annen side er det en trygghet i seg selv at bøkene figurerer på skolens pensumliste. Pensumlitteratur er neppe tilfeldig valgt, og fagstoffet derfra må antas fremdeles å være ”gyldig”. Flere psykiatriske sykepleiere og andre fagfolk vi samtalte med under hospiteringen, framholdt Liv Strands bok, *Fra kaos mot samling*; den er praksisrettet, og som det ble sagt, ”den fungerer”.

Kringlens psykiatribok dekker schizofrenilidelsene. Utviklingen på dette området tilsier imidlertid at flere og nyere kilder tas i bruk. Spesielt relevant mener vi er forskning gjort av psykiateren Paul Møller ved Utredningsenheten for psykose, Sykehuset Buskerud.

Offentlige dokumenter brukes som kilder der disse kan bidra til å klargjøre hvordan politisk fattete vedtak ”synliggjøres” ved å vise hvordan psykiatrihelsetjenesten arbeider.

Deler av Orems egenomsorgsteori har vi tilegnet oss gjennom en sekundærkilde, idet vi har tatt utgangspunkt i boken *Orems sykepleiemodell i praksis* av Stephen J. Cavanagh. Vi har dessverre ikke lest primærkilden, Orems egen utlegning av teorien.

Den selvvalgte litteraturen er i hovedsak hentet gjennom søk på internett. Søkeord som er blitt brukt er blant annet egostøttende sykepleie, individuell plan, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning, psykose, schizofreni og identitet. Enkelte av søkeordene, som for eksempel egostøttende sykepleie, ga få treff. I de tilfeller hvor søkeordet ga svært mange treff ble søkene innsnevret ved å angi flere søkeord i kombinasjon. Før bruk av disse kildene gjorde vi en vurdering av gyldigheten og nytteverdien.

## **2.4 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven har en oppbygning svært lik de fleste andre bacheloroppgaver, i all hovedsak etter mønster av oppgaver på vitenskapelig nivå. Innledningen omfatter begrunnelse for valg av problemstilling, avgrensning av oppgaven og presentasjon av caset, samt definisjoner av sentrale begreper.

Videre følger metodekapitlet med beskrivelse av tilnærmingen til problemstillingen, valg av teoretiker, og kildekritikk. Dernest følger teoridelen som omhandler den valgte teorien, videre en framstilling av psykoser og psykoselidelser med vekt på schizofreni. Egopsykologi og egofunksjoner tas opp som bakgrunn for behandlingen av identitetsbegrepet, og egostøttende sykepleie. Etikk med fokus på paternalisme versus autonomi, er naturlig å ta med ettersom dette er viktig innenfor all sykepleie. Deretter behandles de politiske føringene for psykisk helsearbeid. Drøftingen er neste sekvens, og i siste kapittel presenteres konklusjon, prosessevaluering og etterord.

## 3.0 TEORI

### 3.1 Dorothea Orems sykepleieteori

Den amerikanske sykepleieteoretikeren Dorothea Orem ble født i 1914, og var ferdig med sin sykepleierutdannelse i 1939. Hun tok i 1945 eksamen i sykepleievitenskap. Orem har omfattende klinisk erfaring. (Cavanagh 2008 s 16; Kristoffersen 2002 bind 1 s 391).

Siden 1959 arbeidet hun med å utvikle en sykepleiemodell på bakgrunn av spørsmål som ”Hva er det en sykepleier gjør når de utøver sykepleie?”, ”Hva bør den praktiserende sykepleier gjøre?” og ”Hvorfor gjør sykepleiere det de gjør?”. I 1971 kom boka *Nursing: Concepts of Practice*, der hun kaller sin sykepleiemodell ”den generelle egenomsorgssviktmodellen”. Modellen har senere blitt revidert, siste gang i 1995. Hennes sykepleietenkning har hatt stor innflytelse i mange land, deriblant Norge. (Kristoffersen 2002 bind 1 s 391; Cavanagh 2008 s 16).

Orems modell bygger på tre spesifikke teorier, som i Cavanagh og Kristoffersen, kalles ”*Teorien om egenomsorg, teorien om egenomsorgssvikt og teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder*”. For å forstå Orems modell vil disse tre teoriene bli gjennomgått i pkt 3.1.1-3.1.3 (Cavanagh 2008, s 11; Kristoffersen 2002 bind 1 s 391).

#### 3.1.1 Teorien om egenomsorg

I sin første teori ser Orem på begrepet egenomsorg, og definerer dette, her i Cavanagh s 17, som ”..de aktiviteter som individet iverksetter og utfører på egne vegne, for å opprettholde liv, helse og velvære..”. (Orem 1991, s 117). Disse ”aktivitetene” som er vesentlige for å kunne sies å utøve egenomsorg, definerer hun i Cavanagh s 19, som ”*egenomsorgsbehov*”. Disse behovene deler hun igjen inn i tre: universelle egenomsorgsbehov, utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov og til slutt helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov.

Egenomsorgsbegrepet omhandler også å ta hånd om andre enn seg selv, blant annet hjelpetrengende i familien, barn, syke, funksjonshemmete og eldre. Denne utvidete forståelsen er en variant av forståelsen av egenomsorgsbegrepet. Evnen til denne

utvidete egenomsorgen oppøves og internaliseres gjennom sosialiseringprosessen i de forskjellige sosiale miljøer og kulturer. Likevel vil hensikten hele tiden være, som det står i Kristoffersen s 391, ”å fremme normal funksjon, utvikling, helse og velvære hos individet selv og hos dets nærmeste”. (Cavanagh 2008, s17 -25; Kristoffersen 2002, bind 1 s 391-405).

### **3.1.2 Teorien om egenomsorgssvikt**

I denne teorien utdypes egenomsorgsbegrepet ytterligere, men med størst vekt på forholdet mellom en persons evne til egenomsorg og de samlede kravene som stilles til individet for at det skal kunne sies å utøve egenomsorg. Er det et misforhold mellom egenomsorgsevnen/-kapasiteten og de terapeutiske egenomsorgskravene, som Cavanagh på s 29 definerer som ”*de egenomsorgshandlingene som må utføres for at kjente omsorgsbehov skal være oppfylt (Orem 1991, s 123)*”, foreligger det en egenomsorgssvikt, og behovet for hjelp til å oppfylle egenomsorgen melder seg. (Cavanagh 2008, s 25-30; Kristoffersen 2002, bind 1 s 391-405).

### **3.1.3 Teorien om sykepleiesystemene og sykepleiens hjelpemetoder**

Denne teorien omhandler hva slags hjelp sykepleieren skal tilby når det foreligger en egenomsorgssvikt. Her ser Orem det som viktig for sykepleieren å møte pasienten på det stadiet han befinner seg. Dermed vil det, som det står i Kristoffersen s 403, være ”*sykepleierens bedømmelse av samsvaret mellom egenomsorgskapasiteten og terapeutiske egenomsorgskrav*”, som definerer behovet for sykepleie. Sykepleien skal altså som Orem sier, her i Kristoffersen s 392, ”*kompensere for pasientens manglende eller mangelfulle egenomsorgsevne*”, men like viktig er det ”*..og utvikle pasientens evne til egenomsorg der dette er mulig*”. Orem har dermed utviklet tre sykepleiesystemer, som svarer til ulike grader av svikt i pasientens egenomsorgsevne. Disse er det helt kompenserende system, som velges i situasjoner der pasientens ressurssvikt er total, det delvis kompenserende system, som velges i situasjoner der pasienten selv kan være aktiv i egenomsorgen, og det støttende og undervisende system, som velges i de situasjoner der pasienten har de nødvendige ressurser eller har mulighet til å utvikle disse, men trenger noe hjelp.

I disse tre systemene benytter sykepleieren seg av fem hjelpemetoder, som kort oppsummert innebærer å: 1) handle på vegne av, 2) veilede, 3) støtte psykisk eller fysisk, 4) tilrettelegge miljøet og 5) undervise. Alle hjelpemetoder kan bli brukt i alle systemer, men i varierende grad. En vil for eksempel ”handle mer på vegne av” i det helt kompensierende system enn i det delvis kompensierende system. Overlapping av systemene kan også forekomme. Orem ser det som viktig at sykepleiesystemene er dynamiske, slik at etter hvert som personens tilstand endrer seg, endres også systemet. Slik kan det møte pasienten på best mulig måte, nemlig der han kapasitetsmessig til enhver tid befinner seg. (Cavanagh 2008 s 33-47; Kristoffersen 2002, bind 1 s 391-405).

### **3.2 Psykoselidelser og psykoser**

Psykoselidelsene er den viktigste gruppen av de alvorlige psykiske lidelsene. Her går vi kun inn på schizofrenilidelser, som er en funksjonell psykose (pkt 3.2.1).

#### **3.2.1 Schizofreniene**

Diagnostiseringssystemet ICD-10 angir flere schizofrenidiagnoser, som hver for seg beskrives ut fra symptomatologien – ikke ut fra etiologien, altså årsaker eller mulige årsaker. Vi går i liten grad inn på hva som skiller de ulike schizofreniene, men har valgt å konsentrere oss om schizofrenilidelsen slik den manifesterer seg i caset. (Kringlen 2005, s 291 og 295)

Schizofreni regnes som den alvorligste av psykoselidelsene, og kjennetegnes ved at pasienten ofte ikke føler seg syk. Andre særmerker er ”opløsning” av personligheten, kognitiv svikt, mangel på språklig sammenheng og logikk, og overfølsomhet overfor sansestimuli. Hukommelsen rammes i regelen ikke.

Det er vanlig å dele symptomene inn i kategoriene positive og negative. De fleste med en schizofrenidiagnose har blandingssymptomer. Positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, forstyrret atferd og uvanlig affekt. Negative symptomer er blant annet affektiv matthet, manglende vilje, apati og kognitiv svikt (rammer kognisjonen, det vil si evnen og måten å tenke på). Denne svikten viser seg blant annet ved nedsatt hukommelse og oppmerksomhet, og problemer med læring og informasjonsbearbeiding.



Det synes å være enighet om at årsakene til schizofreni er multifaktoriell og svært kompleks, samtidig som utviklingen av denne psykoselidelsen (pkt 3.2) er betinget av at det foreligger en genetisk *disposisjon*, og en medfødt eller ervervet *sårbarhet*. Sårbarheten knyttes til individets stresserskel. Familiære belastninger eller miljøfaktorer kan, forutsatt denne sårbarheten, bidra til utvikling av en schizofrenilidelse.

Personer som har nære slektninger med schizofreni har betydelig økt risiko for å utvikle schizofrenilignende tilstander. Flere studier gjort av eneggete tvillinger, og av barn hvor en eller begge foreldre har fått diagnosen schizofreni, underbygger dette. (Kringlen 2001, s 292 og 295). Nyere forskning viser at schizofreni i noen grad er genetisk bestemt, og resultatene kan gi økt forståelse av mekanismer som ligger bak psykiske lidelser. (Hem 2008).

Når det gjelder behandling av schizofreni på generelt grunnlag, ser det ut til å være bred enighet om at det beste som kan tilbys i dag er kombinert behandling med støttepreget samtaleterapi, antipsykotisk medikasjon og informasjon til familien. Det er viktig at mestringsaspektet vektlegges, og at behandlingen er tilpasset pasientens ønsker og forutsetninger (Larsen 2004). Den psykososiale behandlingsform som er empirisk dokumentert som mest effektiv i behandlingen av personer med en schizofrenidiagnose, er familiebehandling. Ifølge psykiateren og forskeren Paul Møller (2005) viser kliniske studier gjennom 15 år at kunnskapsbasert familiesamarbeid sannsynligvis er den mest kostnadseffektive behandling som er utviklet siden de antipsykotiske medikamentene.

Gode kunnskaper og god selvforståelse både hos pasienten og familien er viktig for mestring av schizofrenilidelsen. Dette innebærer at familien sammen med pasienten vurderes ut fra en idé om at den utgjør ett system, og det fokuseres følgelig på samspillet dem i mellom. Enkelte familier er preget av et høyt nivå av ”expressed emotions” (EE). Høyt EE-nivå vil kunne komme til uttrykk ved overinvolvering, invadering av andres ”personlige rom”, kritikk og generelt en sterkere emosjonell reaksjon overfor utsagn og hendelser enn det situasjonen skulle tilsa. Personer med en schizofrenidiagnose er følsomme overfor overinvolvering som følge av sykdommen. Det legges derfor vekt på å lære familien et reaksjonsmønster som innebærer et lavt

emosjonelt uttrykksnivå, og større distanse i samspillet med hverandre. (Malt m fl 2006, s 215).

Et særtrekk ved schizofreni er opplevelsen av at identiteten føles truet eller ”uvirkelig”. Psykologen Arnhild Lauveng, som tidligere var schizofren, illustrerer dette i følgende sitat:

”..var at identiteten min, tryggheten på at jeg var et ”jeg”, begynte å smuldre opp. Jeg ble mer og mer usikker på om jeg egentlig fantes, eller om jeg bare var en person i en bok, eller noe noen hadde funnet på.” (Lauveng 2006, s 19)

Det er et faktum at schizofreni er en psykosesykdom som er vanskelig å komme ut av, og at tidlig intervensjon bedrer utsiktene. Paul Møller ved Utredningsenheten for psykosesykdommer, Sykehuset i Buskerud, har utviklet en utredningsmodell, og legger til grunn en *fenomenologisk eksistensiell psykoseforståelse*. Et nytt diagnosediagram som vektlegger åpne spørsmål, gjør det mulig å diagnostisere schizofreni før psykosen bryter ut. Pasientens selvrapporterte, subjektive opplevelser er viktigere enn tidligere antatt. Det dreier seg om ”...endringer i pasientens forhold til sin egen person – altså av sin eksistens som menneske..”, og

”at disse grunnleggende opplevelsesendringene viser seg lenge før vrangforestillingene og de tydelige atferdsendringene dukker opp.”

(Paul Møller 2005)

Møller mener disse endringene i forhold til selvet, er ”*de mest sentrale sykdomstegnene [og] i virkeligheten ligger på et langt dypere plan,..*” (enn vrangforestillingene og hallusinasjonene). Endringene i forhold til selvet kan ha pågått over år, og ”*nesten alle personer med schizofreni er inne i en kronisk fase før de blir oppdaget.*” (ibid.). Det betyr at mange pasienter kommer til behandling først et stykke uti sykdomsforløpet, når muligheten til ”helbredelse” er redusert. ([http://www.sykehusetbuskerud.no/stream\\_file.asp?iEntityId=5658](http://www.sykehusetbuskerud.no/stream_file.asp?iEntityId=5658))

Usikkerheten omkring jeg-ets innerste vesen, identiteten (pkt 1.5), vil ofte påføre mennesker med schizofreni angst, fortvilelse og psykisk smerte.

Hos personer med schizofreni vil en ofte kunne observere manglende evne til å ta vare på seg selv. Det gjelder i de fleste forhold, og berører alt fra personlig hygiene, ivaretagelse av egen bolig og økonomi, og til å opprettholde kontakt med familie og venner, eller etablere nye kontakter. Schizofreni medfører i regelen en tendens til isolasjon, som skyldes angsten for nærhet og redusert evne til å involvere seg i andre mennesker. Karakteristika som skyldes schizofrenilidelsen, vil ofte skape problemer under utdanning og i arbeidslivet.

I opptil 2-3 år før psykosen er et faktum, kan pasienten imidlertid ha kommet inn i en utvikling som innebærer en endret selv-oppfatning. Denne endringen preger hans opplevelsesverden på en måte som gjør den fremmed – også for ham selv. Som et svar eller en tilpasning, vil atferden forandres. Denne ”fremmedheten” truer selvet eller identiteten på en slik måte at pasienten etter hvert stiller seg spørsmålet om hvem han er. Svært forenklet kan en si at psykosegjennombruddet er et faktum når denne fremmedheten overtar – den premorbide identiteten er da blitt underordnet. I ikke-psykotiske faser kan pasienter med en viss sykdomsinnsikt fornemme denne ”dobbeltheten” som er blitt en integrert del av identiteten, men ikke likevel en fremmed.

([http://www.sshf.no/Paul Møller Identitetsopplevelse i normalitet og psykose lcxX .pdf.file](http://www.sshf.no/Paul_Møller_Identitetsopplevelse_i_normalitet_og_psykose_lcxX.pdf.file). Lest 24.03.2009)

### **3.3 Egostøttende sykepleie**

I Liv Strands bok *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*, s 74, ser en på uttrykket ”egostøttende sykepleie” som ”en samlebetegnelse på en rekke måter som psykiatriske sykepleiere har forholdt seg på overfor psykotiske pasienter.”. Strand ser på egostøttende sykepleie som ”en måte å hjelpe mennesker som i øyeblikket eller varig har sviktende egofungering..”. Den egostøttende terapien er altså en jeg-støttende terapi, som legger vekt på å ta fram de ressursene som er utviklet hos de fleste gjennom livet for å mestre hverdagens ulike situasjoner. (Strand 1990, s 74-75, og pkt 3.3.2 nedenfor).

### 3.3.1 Det moderlige og det faderlige prinsipp

For å kunne bruke egostøttende sykepleie på en måte som er til hjelp for pasienten må en ta til seg de overordnede prinsippene for denne utøvelsen av sykepleie, nemlig det moderlige og det faderlige prinsipp. Begge prinsippene, som er av allmennmenneskelig natur, finnes i både menn og kvinner, og de er begge nødvendige for vekst og utvikling. Sandin 1986, her i Strand s 77, definerer det moderlige prinsipp som ”..en base og en beskyttelse der kontinuitet og trofasthet og kravløshet er sentralt”, mens det faderlige prinsipp ”..symboliserer et ”puff” ut i verden. Det innebærer et tilbud om aktivitet og et krav om å utvikle seg, lære seg ting, bli kraftfull, kunne påvirke, bli livsdugelig.”.

I enkelte av de egostøttende sykepleiprinsippene vil en finne en overvekt av det ene eller det andre overordnede prinsipp. Prinsippene er ikke rendyrkede, men bærer i seg dualiteten moderlig versus faderlig.

I regelen må de overordnede prinsippene balanseres i den egostøttende sykepleien, slik at den blir terapeutisk. (Strand 1990, s 77-78).

### 3.3.2 De egostøttende sykepleieprinsippene

Her definerer Strand 12 ulike egostøttende sykepleieprinsipper, og hun ser på dem som ”trådene i en vev”, som sjelden eller aldri brukes separat. I det følgende nevnes alle 12 prinsippene, men kun de som er nærmere gått inn på er satt i *kursiv*.

De 12 prinsippene for egostøttende sykepleie er:

- *kontinuitet og regelmessighet*

- *grensesetting*

- nærhet og avstand

- fysisk omsorg

- skjerming

- containing- funksjon
- realitetsorientering
- praktiske gjøremål - samhandling
- verbalisering
- pedagogisk tilnærming
- krav og mål
- trening i å se valgmuligheter og å foreta valg

(Strand 1990, s 76-77).

### **3.3.3 Kontinuitet og regelmessighet**

Her snakker Strand om ”*selve rammen*” for at et sykepleier/pasient-forhold skal få sjansen til å etablere og utvikle seg. Det er snakk om en trofasthet fra sykepleierens side, der hun på en ikke-verbal måte over tid forplikter seg til å være tilgjengelig for pasienten. Sykepleieren må følgelig vise at hun er pålitelig, og følge opp selv om det kan ta lang tid før hun får respons. For å oppnå en allianse med pasienten er det altså viktig å tilby kontakt og regelmessighet, vise gjennom handling at tilbudet står ved lag, ha en tålmodig og ikke-krevende utholdenhet og til slutt møte opp og være tilgjengelig - igjen og igjen. (Strand 1990, s 78-80).

### **3.3.4 Grensesetting**

I følge Hummelvoll, her på s 89 i Strand, er den overordnede hensikt med grensesetting for den enkelte pasient at ”.. *han skal bli i stand til å leve et tilfredsstillende liv i et sosialt fellesskap.*”. Når pasienten mister styringen over seg selv, både med hensyn til opplevelse og atferd, trenger han noen som setter grenser for ham. Fellesnevneren for den type atferd det er riktig å grensesette er, i følge Strand på s 90-91, den atferden som er ”*til skade for eller helt klart er uheldig for pasienten, medpasienter eller personale.*”. En snakker da om destruktiv og utflytende atferd, utagering av følelser som hindrer nylæring, og visse andre typer ukritisk og uakseptabel atferd.

Når grensesettingen blir terapeutisk utført, det vil si med en legitim autoritet, bygges det på dialog, yrkesetiske retningslinjer, gyldige argumenter, faglig kompetanse og saksprinsipper. Intensjonen er da å ville utvikle, veilede, sivilisere, danne og lære opp pasienten. Grensesettingen bærer ikke karakter av straff eller maktbruk i noen som helst form og en har en reell dialog med pasienten. En hjelper derved pasienten til jegg-samling og mestring.

Grensesettingen innebærer at sykepleieren tar vare på 1) pasientens sikkerhet, 2) gir ham en struktur og dermed større forutsigbarhet, og oversikt og trygghet som kan gi en gradvis utvikling mot fotfeste i en fellesmenneskelig virkelighet, 3) beskytter mot stigmatisering og blamering fra andre mennesker, og 4) lærer opp pasienten i den hensikt at han får internalisert egne grenser eller lærer noe som gir varige atferdsendringer.

Grensesettingens karakter spenner fra det å være en henvendelse, der en gir råd eller en påminnelse, til å gå inn med en kompenserende atferd overfor pasienten der sykepleier ”tar over” styringen. Hele tiden møter en pasienten, slik at en avpasser kravene etter hvor han befinner seg i sin egen prosess. Det overordnede målet vil alltid være at en grensesetter slik at det sikter mot det befriende og mot en stadig økende selvbestemmelse for pasienten. ( Strand 1990, s 86-98).

### **3.4 Egopsykologi og egofunksjoner**

Vi finner det nødvendig å se på begrepene egopsykologi og egofunksjoner, siden den egostøttende sykepleie nettopp dreier seg om ”..å styrke personens egofunksjoner..”, jf Hummelvoll s 323, og fordi disse funksjonene er svekket hos den psykotiske. (Hummelvoll 2004, s 320-323; og Strand 1990, s 38-40).

Egopsykologien kom med psykoanalysens far, Sigmund Freud (1856-1939). Han lanserte den *strukturelle hypotese*, som er en personlighetsmodell hvor en tenker seg at personligheten har tre instanser: *id*, *ego* og *superego*. Disse representerer prinsipper eller krefter som står i konflikt med hverandre.

Id kom først med sine drifter, krav om øyeblikkelig behovstilfredsstillelse og med lyst som mål. Dette prinsippet huser altså menneskets aggressive og erotiske krefter, og styres etter lystprinsippet.

Deretter kom *ego*, som ble tillagt diplomatens rolle i en sammentrengt posisjon mellom id og superego (se nedenfor). Det er følgelig egoets oppgave å forholde seg til omverdenen og påvirkningen den har på personligheten. Egoet skal følgelig ivareta den vurderende og impulscontrollerende funksjon, og må forholde seg til normer og verdier, og til samfunnets krav, altså styrt etter realitetsprinsippet. Ego er som en megler mellom de grunnleggende behov og realitetene, og må også forsøke å tilpasse kravene fra den personlige moralske instans, som vi kaller superego.

Superego representerer det moralske prinsipp, og representerer vårt eget verdsett bestående av normer, verdier, moral, skyld og samvittighet. (Hummelvoll 2004, s 320-323; Strand 1990, s 38-40).

Egoets balansegang mellom id og superego kan fremstilles slik:

Samfunnets krav og forventinger

↓

ID → EGO ← SUPEREGO

(Hummelvoll 2004, s 321).

Ser en nærmere på ego som helhet, med alle sine funksjoner, blir det definert av Killingmo (1980), her i Strand s 40, som: *"Det system av prosesser som modifierer ytre og indre stimuli, slik at den best mulig adaptive integrasjon oppnås til enhver tid."* Egoet referer altså til de prosesser som personen benytter for å regulere atferden, og disse kalles egofunksjoner. De omfatter, uten at vi går nærmere inn på disse, jf Hummelvoll s 321: *"persepsjon, motorisk kontroll, hukommelse, impuls kontroll, forsvarsmekanismer, avgjørelse av hvilke behov som skal tilfredsstilles, bedømmelse av ytre og indre påvirkninger, problemløsning, læring, objektkonstans, realitetstesting og affektstyring"*. Disse funksjonene tjener altså det som er egoets formål, nemlig å regulere selvbildet, vedlikeholde balansen mellom impulser og verdier og ta vare på integriteten i vår personlige identitet. Når disse

funksjonene ikke lenger virker etter sin hensikt, eller en får et sammenbrudd i dem, vil personen kunne kalles psykotisk. Han er da egosvak, i motsetning til at han innehar egostyrke. Egostyrke defineres av Kringlen (2001, s 77), her i Hummelvoll s 322, som *”De personlighetstrekk eller psykologiske funksjoner som bidrar til mental helse, som toleranse for frustrasjoner, utholdenhet i motgang, sterk vilje og evne til å motstå fristelser, læringsevne og vitalitet.”*. De viktigste forstyrrelser hos den psykotiske ved sviktende egofungering, er i følge Hummelvoll, kort nevnt persepsjonsforstyrrelser, affektforstyrrelser, motivasjonsforstyrrelser og tankeforstyrrelser. Den psykotiske opplever en slags distansering fra det vi kan kalle den fellesmenneskelige virkelighetsoppfatning. (Hummelvoll 2006, s 320– 331 og Strand 1990, s 38-40).

### **3.5 Etikk**

I kapittelet om etikk har vi valgt å fokusere på det humanistiske menneskesyn, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og begrepsparet paternalisme og autonomi.

#### **3.5.1 Det humanistiske menneskesynet**

Innenfor humanismen settes mennesket i sentrum, og sees i sin helhet med sine fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjoner. Mennesket er verdifullt i kraft av seg selv, ikke på grunn av sine prestasjoner. Individuell behandling av mennesket står sterkt, idet ethvert menneske har sine egne meninger, tanker og verdier. Humanismen forfekter imidlertid ikke at hensynet til det enkelte mennesket skal gå på bekostning av fellesskapet. En tenker seg at mennesket selv vet best hvilke behov det har og hvordan sykdom oppleves, og derfor må trekkes aktivt inn i enhver behandling. Likeverdstanden er sentral og en har en ide om at sykepleierrollen og pasientrollen skal være komplementære. (Kristoffersen 2002, bind 1 s 253, 258-272).

#### **3.5.2 Paternalisme**

Paternalisme kommer av ordet ”pater”, og betyr den som bestemmer.

Tidligere var det vanlig at helsepersonell, og særlig legen, tok alle avgjørelser angående pasientens helse. Dette var bygd på tanken om at helsepersonell alltid visste hva som var til det beste for pasienten. I enkelte tilfeller i dag kan det også være nødvendig at helsepersonell går inn og bestemmer. For eksempel er dette tilfellet når



pasienten ikke forstår konsekvensene av det han blir informert om, når han ikke er kompetent og når han eller eventuelle pårørende ikke kan gi uttrykk for hva han ønsker. Legen eller sykepleieren må da ut ifra et skjønn forsøke og tenke seg hva som vil gagne pasienten best. Dette skjønnnet må bygge på faglige kunnskaper, kjennskap til pasienten og på erfaring fra lignende tilfeller.

Paternalisme inneholder en form for makt der hensikten er å fremme en bestemt type atferd. Denne maktbruken vil kun være legitim dersom den brukes for å forebygge skade. En skiller mellom svak og sterk paternalisme. Slettebø (2002) definerer det på s 94 i sin bok *Sykepleie og etikk*:

”Svak paternalisme vil si at en må påvise svikt i forhold til kompetanse eller frivillighet for å kunne regulere atferd. Sterk paternalisme sier at det er nok at det er fare for skade for å forby en bestemt atferd.”

### **3.5.3 Autonomi**

Autonomi betyr selvregulering eller selvbestemmelse. For at en pasient skal kunne sies å være autonom, dvs kunne ta sine egne avgjørelser, må flere faktorer være til stede. Disse er at pasienten har et konsistent ønske, er kompetent, er fri fra ytre press og får adekvat informasjon. (Slettebø 2002, s 80-81). Dette er i tråd med Orems tanke om at individet skal oppnå uavhengighet i egenomsorgen i den grad det er mulig. (Kirkevold, 1998: 136-137 i Slettebø 2002, s 66).

### **3.5.4 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer**

Sykepleierens etiske retningslinjer, utarbeidet av Norsk Sykepleierforbund, kan betraktes som et sett normer og verdier, som ligger til grunn for utøvelse av god sykepleie. Retningslinjene er forpliktende, og bygger på det humanistiske menneskesynet. Her understrekes menneskets egenverdi og likeverd, og respekten for alt liv.

Det humanistiske menneskesynet gjenspeiler seg i Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer pkt 1 Sykepleieren og pasienten:

”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.”(Håndbok for sykepleierstudenter 2008-2009, s 177).

### **3.6 Psykiatrisk sykepleier i kommunen og hennes oppgaver**

Hospiteringspraksis hos psykiatrisk sykepleier i kommunen ga oss innblikk i hvilke retningslinjer en arbeider etter. Nedenfor gis en oppsummering av de viktigste.

#### **3.6.1 Statens helsetilsyn; Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling**

*Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*, er en veileder utgitt i forbindelse med oppfølgingen av St.meld. nr 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Heftet om schizofreni retter seg mot brukere og ulike profesjoner både innen spesialist- og primærhelsetjenesten. Det er grunn til å understreke at forebygging av psykiske lidelser er en oppgave for kommunehelsetjenesten. Tidlig intervensjon og oppsøkende virksomhet i forhold til personer som står i fare for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse, vil således være i tråd med overordnede målsetninger (pkt 3.2.1).

De kliniske retningslinjene peker på at det er spesielt viktig med en oversiktlig og forutsigbar behandling til schizofrene pga deres funksjonsvikt. Dette innebærer bla at brukeren har tilgang på regelmessig kontakt med en primærbehandler. Samtidig har brukeren krav på et sammensatt og samordnet tilbud, der det legges vekt på å koordinere tjenestene gjennom tverrfaglig samarbeid, bla mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Behandlingen skal skje ut fra det overordnede mål om å redusere angst og tilbaketrekning. Opplegget rundt brukeren skal være individuelt tilpasset (pkt 3.6.3). Videre er det viktig at behandlingen, så langt det er mulig, skjer i nærmiljøet, og med

fokus på brukermedvirkning. Det skal legges vekt på en meningsfylt hverdag for brukeren. Essensielt vil være en integrering i samfunnet hva angår boforhold og arbeid.

Det skal gis informasjon til brukeren og hans pårørende om rettigheter mht utredning, behandling og rutiner. (Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling, s 3,11-12, 17-18, 20 og 25).

([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2726\\_1100a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2726_1100a.pdf)).

### **3.6.2 Sosial- og helsedirektoratet; Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene**

Denne veilederen fra 2005 er et arbeidsverktøy for den som arbeider innen psykisk helsearbeid i kommunen, og bygger på St.meld. nr 25 (1996-1997) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.*

Tverrfaglig samarbeid, kompetanse innen psykisk helsearbeid, forebygging, god ressursutnyttelse, individuell plan, brukermedvirkning, mestring, informasjon og lovgrunnlaget er noe av det veilederen tar opp. (Veileder; Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene IS-1332, s 4).

Det vektlegges at brukeren skal få oppleve å mestre eget liv gjennom tilpassete tilbud innen arbeidsliv og utdanning. Det skal òg legges til rette for ulike former for samvær og samhandling, hvor en får delta i meningsfylte aktiviteter. Brukeren skal igjen få øye på sine muligheter, og her trengs en balansegang mellom støtte og utfordring. Det er viktig at brukeren har innflytelse på beslutningsgrunnlaget for tjenestene og tiltakene som utformes, såkalt brukermedvirkning. Det gir mestringsfølelse å kunne påvirke egne valg og å få bruke egne ressurser. Dette innvirker igjen positivt på selvbildet og motivasjonen. Brukermedvirkning bidrar positivt til brukerens bedringsprosess, og de som tilbyr hjelp kan skape bedre tjenester gjennom å rette opp svikt og brister. En overordnet hensikt med brukermedvirkning er å endre maktforholdet mellom tjenesteyter og mottaker. (Veileder; Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene IS-1332, s 17, 22, 25-27, 29 og 44-45).

### 3.6.3 Individuell plan (IP)

Rett til IP har de ”med behov for langvarige og koordinerte helse – og/eller sosialtjenester..”, jf § 4 i Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven av 23. desember 2004 nr 1837. Retten til IP er også hjemlet i forskjellige lover, blant annet i psykisk helsevernloven § 4-1.

IP skal bidra til tverrfaglig koordinering, slik at brukeren får et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. Det er én av tjenesteyterne som skal ha hovedansvaret for brukeren, og for koordineringen av tjenestene. Sammen skal de berørte parter avklare brukerens mål, ressurser og behov, og finne de rette tiltakene.

Brukeren skal trekkes aktivt inn i arbeidet med planen, og selv beskrive sine behov. Innholdet og omfanget skal, som det står i Forskriften om individuell plan § 7:

”.. tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker..”.

([http://www.helsedirektoratet.no/habilitering\\_rehabilitering/individuell\\_plan](http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan))

(<http://www.lovdatabasen.no/cgi-wif/wiftdrens?/usr/www/lovdata/for/sf/ho/xo>)

## 4.0 DRØFTING

### 4.1 Møte mellom Ola og den kommunale psykiatriske helsetjenesten

Under det første møtet dannet psykiatrisk sykepleier seg et bilde av Olas fungerings- og egenomsorgsevne. Hensikten var i fellesskap å kartlegge hva slags hjelp han trengte. Hun så at Ola hadde noe sviktende evne til å ivareta enkelte av egenomsorgsbehovene. Han fungerte dårlig sosialt, og hadde problemer på skolen (pkt 3.1.1). På dette tidspunktet var årsakene til hans problemer uklare. I ettertid vet vi med ganske stor grad av sikkerhet, at hans avvikende atferd og problemer kan tilskrives typiske trekk ved den prepsykotiske fasen (pkt 3.2.1) – tiden før psykosegjennombruddet. Atferden og problemene var med andre ord et forvarsel om at en alvorlig sykdomsutvikling var i gang.

Etter at schizofrenidiagnosen var et faktum, og hjelpebehovet var uendret, gikk den psykiatriske helsetjenesten inn med flere hjelpetiltak, så som arbeidstrening tre ganger i uka, samtaler med psykiatrisk sykepleier ukentlig, assistanse ved renhold og ivaretagelse av sin personlige hygiene, og daglig telefonkontakt med hjemmesykepleien for å påse at han står opp, og at medisiner blir tatt. Tiltakene er eksempler på at hjelpeapparatet går inn med støtte på de områdene hvor det foreligger en egenomsorgssvikt (pkt 3.1.2).

Relatert til Orems egenomsorgsteori, er dette eksempler på at både det delvis kompensierende system og det støttende og undervisende system brukes. Det delvis kompensierende systemet må brukes for at han skal klare å komme opp i tide og overholde arbeidsavtalen. Når det gjelder selve arbeidstreningen trer det støttende og undervisende system inn, da Ola har de ressurser som trengs for å mestre arbeidsoppgavene med noe veiledning. Det foreligger en overlapping av systemene hvor hjelpemetodene vil variere noe fra system til system, for eksempel vil en handle mer på vegne av Ola når en benytter seg av det delvis kompensierende system enn når det støttende og undervisende system brukes. I perioder med sterkere psykosesymptomer vil Ola ha økt behov for hjelp, for eksempel mer assistanse under gårdsarbeidet. Dette viser det Orem vektlegger, nemlig viktigheten av at sykepleiesystemene i tillegg til å kunne overlappes hverandre også er dynamiske; til enhver tid møter en pasienten på hans mestringsnivå (pkt 3.1.3). Gjennom mestring vil pasienten kunne føle at selvbildet styrkes og han får befestet sine ideer om hvem han er, sin identitet (pkt 1.5).

#### **4.2 Familiens rolle**

Familiens rolle i opplegget rundt pasienten er også viktig for arbeidet med å styrke identiteten. I tilfellet med Ola ser vi at familien trekkes aktivt inn etter hans eget ønske. De gis undervisning om schizofrenidiagnosen, og lærer å forstå hva som kan tilskrives sykdommen. En innføring i hvordan en best kan kommunisere med Ola er også gitt. Dette gjør dem bedre rustet til å håndtere Olas svingende mentale tilstand. I tillegg blir de bevisst på at Olas personlighet består i noe langt mer enn ”schizofren atferd”, slik at de ikke låser ham til en sykdomsrolle. I så fall ville de ha bidratt til å nedsette hans

funksjonsnivå, og dette ville ikke ha gagnet hans evne til mestring og forutsetninger for å styrke identiteten.

Denne psykososiale tilnærmingen er i tråd med godt dokumenterte forskningsresultater som tilsier at relasjonsbygging innen familien er viktig (pkt 3.2.1) For å holde et lavt emosjonelt nivå i samspillet, ignorerer eller overhører foreldrene enkelte av Olas utspill. I perioder med oppbluss av psykosesyntomer gir de seg ikke inn i diskusjoner omkring hans subjektive opplevelse. Når Ola opplever å hallusinere hender det han ser troll, og det framprovoserer angst hos ham. Familien har med andre ord lært å møte hans opplevelser i overensstemmelse med ideen om at lavt nivå av ”expressed emotions” er forebyggende, og muligens kan dempe opplevd stress. I dette ligger det at det ikke er likegyldig hvilke forventninger og reaksjoner en møter pasienten med, da disse kan ha direkte innvirkning på prestasjons- og mestringsnivå hos pasienten.

#### **4.3 Kontinuitet og regelmessighet**

Slik Strand vurderer dette egostøttende sykepleieprinsippet, er en langvarig og positiv relasjon til sykepleieren en viktig faktor for å bygge opp en allianse med pasienten. Hun må hele tiden kommunisere til pasienten at hun er pålitelig, og ikke føre noen form for dobbelkommunikasjon. Sykepleieren må videre være seg bevisst sin forforståelse eller sine fordommer, idet disse impliserer en tolkning basert på egne kunnskaper, erfaringer, følelser og holdninger. En og samme situasjon kan altså oppfattes ulikt, fordi sykepleierens bakgrunn er forskjellig fra pasientens. For å redusere faren for misforståelser er det derfor viktig å lytte aktivt. Det vil si å være oppmerksom på samtalepartnerens egentlige budskap, som også formidles gjennom kroppsspråket. Underveis kan en følge opp samtalen med kontrollspørsmål, for å forsikre seg om at en har en felles forståelse.

Det må følgelig være samsvar mellom det verbale og nonverbale språket, der sistnevnte kan uttrykkes for eksempel ved ansiktsuttrykk, stemmeklang, stemmevolum og tonefall, blick og øyenkontakt, kroppsbevegelser og kroppsstillinger, personlig rom og fysisk berøring. Disse to kommunikasjonsformene må med andre ord utfylle og underbygge hverandre. Først da opplever mottakeren, i dette tilfellet Ola, det som blir formidlet som et entydig og oppriktig budskap. Slik skapes det vi mener er en terapeutisk relasjon – en nødvendig forutsetning for kontinuitet. Det moderlige

prinsipp kommer her klart til uttrykk ved at kontinuitet, trofasthet og kravløshet er sentralt.

I Olas tilfelle ser vi at psykiatrisk sykepleier til tross for stadige avvisninger fortsetter å være tilgjengelig. Det at hun viser tålmodighet bidrar til trygghet og forutsigbarhet for Ola, samtidig som det forhindrer at han må repetere sin historie til nye behandlere. En slik samhandling under trygge forutsetninger, bidrar til å styrke selvbildet, noe som igjen er med på å befeste identiteten (pkt 1.5). Alliansens karakter gjør at Ola uten problemer kan kontakte psykiatrisk sykepleier, utover de ukentlige avtalene, når han selv føler behov for hjelp. Han opplever å bli tatt på alvor. En slik fleksibilitet er en trygghet i seg selv. I tillegg opplever Ola sykepleiers ”moderlige egenskaper” som støttende. Å bli møtt med empati og tålmodighet gjør noe med samarbeidsklimaet dem imellom. Dette i seg selv kan bidra til at Ola gjennom sine møter med denne siden av sykepleieren, nemlig kontinuitet og regelmessighet, lærer noe om samhandling. Stikkord her er rollemodell, lære å mestre relasjonsbygging og -ivaretagelse, og å se hvilke muligheter det gir Ola for vekst og utvikling.

Ved at psykiatrisk sykepleier viser kontinuitet og regelmessighet i kontakten får hun et bedre innblikk i pasientens egenomsorgsevne (pkt 3.1.1), og hvordan denne kan variere ut fra svingninger knyttet til schizofrenilidelsen. Hun får en unik kjennskap til sin pasients ressurser og behov, slik de er både i ”gode” og ”dårlige” faser. Dette kan både hun og Ola nyttiggjøre seg ved at de kan trekke på tidligere erfaringer når egenomsorgsevnen ikke lenger samsvarer med de terapeutiske egenomsorgskravene (pkt 3.1.2). Følgelig har de et visst potensial for å kunne møte ”dårlige” faser. Psykiatrisk sykepleier kan da tilrettelegge bedre for utvikling, vekst og modning hos pasienten, og dermed bidra til at han lettere ser egne ressurser og muligheter. Ved at sykepleier bekrefter Ola, styrker hun hans evne til å bygge relasjoner til andre. Slik kan en se at samhandlingen dem imellom kan ha overføringsverdi for Ola.

#### **4.4 Grensesetting**

Psykiatrisk sykepleier og andre støttepersoner rundt Ola ser det iblant nødvendig å grensesette ham. Dette gjøres når hans atferd blir ukritisk og uakseptabel for omgivelsene så vel som for ham selv, slik som når Ola ikke mestrer alle oppgavene i

ukeplanen på grunn av oppbluss av vrangforestillinger, og når hans språkbruk er til sjenanse ved arbeidstreningen. Egofunksjonene kan sies å være svekket (pkt 3.4).

Hensikten med grensesettingen er å skåne Ola mot eventuelle negative reaksjoner fra omgivelsene, på grunn av hans handlemåte, og hindre at miljøet rundt ham blir utsatt for hans provoserende oppførsel.

I et sosialt fellesskap er det en uuttalt forventning om å følge visse normer og regler for atferd. Disse ”konvensjonene” kan sies å være internalisert hos de fleste av oss gjennom sosialiseringen fra barndommen av. Det vil si at våre grenser for samhandling er i samsvar med fellesskapet, noe som er en forutsetning for at vi kan fungere i en gitt sosial kontekst. Ettersom Ola ikke har integrert disse kodene for samhandling, kan det oppstå situasjoner der fellesskapet reagerer i form av ignorering eller avvisning. Hensikten med disse sosiale sanksjonene vil, fra miljøets side, være å korrigere Ola og opprettholde de usynlige reglene for atferd, i den hensikt å sikre samholdet og et godt miljø i gruppa. Disse irettesettelsene kommer fra et ikke-faglig ståsted, og er i hovedsak motivert ut fra hensynet til samholdet i gruppa, ikke ut fra at Ola har et hjelpebehov. I tillegg vil deres egen rolleforståelse kunne tilsi at de mener ikke å ha noe ansvar for å ta vare på Ola.

Forforståelsen deres vil naturlig nok ikke implisere kompetanse knyttet til den delen av Olas atferd som kan tilskrives schizofrenilidelsen. De vil også av samme årsak, kunne reagere på Olas avvikende oppførsel på en måte som bidrar til å provosere ham. Problemet er at disse sanksjonene vil kunne føre til en varig stigmatisering av Ola, og dette vil for ham være en merbelastning etter hvert som han igjen får tilbake en bedre oversikt og innsikt i egen atferd. Grensesettingen fra hjelpeapparatets side vil derfor være viktig for at Ola skal beholde sin integritet i og etter perioder med dårlig egofungering (pkt 3.4), og kunne fortsette styrkingen av identiteten (pkt 1.5).

Videre må grensesettingen for å utføres terapeutisk, det vil si med tanke på å styrke identiteten og til stadighet sikte mot en økende selvbestemmelse for pasienten, utføres med det Strand kaller en legitim autoritet (pkt 3.3.4).

Grensesetting knyttes opp mot det faderlige prinsipp, men viser også et element av moderlighet i og med at forholdet mellom pasient og sykepleier bygger på



gjensidighet. Da har vi en reell dialog, som er faglig forsvarlig og ikke bygger på maktutøvelse. Elementer av forventning eller press bør følgelig ikke få for stor plass, da dette kan føre til en ubalanse mellom sykepleier og pasient. Grensesettingen må med andre ord anerkjennes som rettferdig og rettmessig av pasienten, slik at han ikke sitter igjen med en følelse av avmakt. Denne følelsen kan beskrives som det ikke å ha noen utvei, midler eller mulighet til å endre sin situasjon eller motsette seg andres viljesutøvelse overfor seg selv. Avmakt hindrer det egentlige målet med grensesetting, og fremmer i stedet emosjoner som aggresjon, frykt, nedverdiggelse og angst. De som setter grensene for Ola må dermed være seg bevisst sine intensjoner, og vite med seg selv at deres grensesetting bygger på den legale makten (pkt 3.3.4), og ikke at de utøver denne på bakgrunn av egne motiver, holdninger og verdier. Fagpersonell må også være klar over at avmaktsfølelsen som oftest dukker opp hos de som er sårbare og i en avhengighetssituasjon. Jo mer avhengig Ola er av helsepersonellet, desto mer bevisste må de være i sin yrkesutøvelse.

Brukermedvirkningsaspektet (pkt 3.6.1) må ikke mistes av syne, men må balanseres opp mot hvordan Olas egenomsorgsevne er til enhver tid (pkt 3.1.2). Psykologen Arnhild Lauveng sier det slik:

”Men dette er en vanskelig balansegang. Man kan bli for passiv og overlate for mye ansvar til en pasient som ikke er klar for dette ansvaret, eller man kan bli for aktiv og presse prosessen fremover før pasienten selv er klar.” (Lauveng 2008, s 51)

For nettopp å hindre at dette skjer ved grensesettingen kan sykepleier og pasient i etterkant sammen ta for seg de episodene som resulterer i grensesetting. Dette må gjøres i de perioder hvor Ola er mottakelig for nylæring, det vil si når han er symptomfri. Her ser en et eksempel på at Strands egostøttende prinsipper i noen grad støtter opp om hverandre. I denne sammenhengen er avstanden mellom grensesetting og pedagogisk tilnærming kort. Vi ser dette som viktig ettersom en grensesetting uten en pedagogisk begrunnelse antakelig fremmer lydighet framfor reelle og selvstendige kvalifikasjoner til å mestre sosial samhandling med andre. Her kan vi dra en parallell til noe av det som skjer når en pasient er blitt institusjonalisert. I dette ligger at

pasienten over tid taper sin identitet og går inn i en upersonlig rolle, hvor selvfølelsen og mestringsevnen svekkes. Dette kommer av mangel på likeverd mellom hjelper og pasient, der deres ulike roller skaper en avstand som gjør det vanskelig å arbeide for økt autonomi hos pasienten. Arnhild Lauvengs erfaringer synes vi gir et godt bilde av denne depersonaliseringprosessen:

”Før levde jeg mine dager som sau. I samlet flokk drev de oss langs gangveiene rundt sykehuset, en langsom uensartet saueflokk av individer ingen tenkte på å se. For vi var blitt en flokk, og hele flokken skulle ut å gå, og hele flokken skulle lukkes inn igjen.” (Lauveng 2006, forord)

#### **4.5 Etikk**

I den etiske drøftingen tar vi for oss det humanistiske menneskesynet, paternalisme, autonomi og de yrkesetiske retningslinjene under ett. Dette synes vi gir en bedre oversikt, ettersom de etter vår mening ikke kan drøftes uavhengig av hverandre. Caset som vi tar utgangspunkt i er som nevnt konstruert, og vi har derfor ikke måttet ta hensyn til anonymisering, og innhenting av tillatelse til bruk av materialet (pkt 1.2).

Vi ser at psykiatrihelsetjenesten i kommunen tidlig blir koblet inn, da Ola fungerer dårlig både på skolen og sosialt. Den formelle kontakten opprettes og består i at Ola tilbys hjelp hos psykiatrisk sykepleier gjennom ukentlige avtaler. Problemet er at Ola sjelden møter til disse avtalene. Dette kan muligens bero på at Ola selv ikke føler seg syk, noe som ofte er tilfellet med personer som har en schizofrenilidelse (pkt 3.2.1).

Det vi mener kan være et etisk dilemma her, er at helseapparatet ser ut til å akseptere at Ola selv avgjør hvorvidt han er i behov for hjelp. Når avtalene ikke overholdes resulterer det ikke i annet enn en ny avtale. Det drives for eksempel ikke oppsøkende virksomhet, på tross av at det ville vært i samsvar med overordnede politiske målsetninger (pkt 3.6.1). Tidlig intervensjon kunne sannsynligvis ha hjulpet pasienten til økt selvinnsikt, og motivert ham for å ta imot hjelp. For å få en dypere forståelse av sammenhengen, ville det antakelig være formålstjenlig å møte pasienten i hans hjemmemiljø.

Ola er rett nok fullt ut selvbestemmende, og slik sett ivaretas hensynet til det etiske prinsipp om autonomi og det humanistiske menneskesynet, som vektlegger respekten for enkeltmennesket. Problemet ligger imidlertid i at Ola ikke synes å ha den kompetansen og sykdomsinnsikten som kreves for å ivareta egenomsorgen (pkt 3.1.1), og dermed ta ansvaret det innebærer å være fullt ut autonom (pkt 3.5.3). En forutsetning for å bestemme selv er at en har tilstrekkelig situasjonsforståelse og innsikt i konsekvensene av de beslutningene en tar. Når denne forutsetningen, som her, ikke er til stede, har helsepersonellet en plikt til å gripe inn. Ved å prioritere det absolutte autonomiprinsippet vil helsepersonellet kunne unndra seg de omsorgsforpliktelsene de har gjennom å overlate alt ansvaret til pasienten. I sin ytterste konsekvens betyr det at pasienten ikke lenger ”vedkommer dem”.

I tilfellet når Ola grensesettes og blir bedt om å avbryte arbeidsdagen, ser vi at støttekontakten tar i bruk det etiske prinsippet paternalisme, som jo står i motsats til prinsippet om autonomi. Dette er bygd på tanken om at helsepersonellet går inn og bestemmer hva som er til det beste for pasienten, for å forebygge skade (pkt 3.5.2).

Vilkåret for rettmessig å bruke paternalisme er å inneha definisjonsmakten om hva som er manglende sykdomsinnsikt og evne til egenomsorg. Denne makten har sykepleier i kraft av sin rolle, idet hun forutsettes å ha internalisert de normer og verdier som ligger nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene. En implikasjon av legitim paternalisme er at det foreligger en reell mangel på innsikt hos pasienten, samt at intervensjonene faktisk bidrar til å forebygge lidelse. På denne bakgrunn kan en forsvare paternalisme brukt

” – når en lidelse blir så alvorlig at pasienten mangler sykdomsinnsikt og evne til å forstå hva som er hans eller hennes eget beste. Da utløses en faglig forpliktelse til å gripe inn – uavhengig av pasientens vilje – for å redusere pasientens lidelse.” (Professor, dr.med.Georg Høyer)

([www.sshf.no/Tore\\_Buer\\_Christensen-5RNkl.pdf](http://www.sshf.no/Tore_Buer_Christensen-5RNkl.pdf) . Lest 05.05.2009)

Faren er at bruk av rendyrket paternalisme, på samme måte som bruk av ekstrem autonomi, kan gi seg utslag i at pasientens behov neglisjeres. Dette gjør at sykepleier i enhver situasjon må finne en tilnærming som innebærer at Ola får den støtten han trenger. Hun må vite at prinsippene er såkalte prima facie prinsipper, og som sådan er *ingen av dem absolutte*. De må vurderes opp mot hverandre i den enkelte situasjon. Ut fra hensynet til hva som vil øke egenomsorgsevnen til pasienten, må en velge det prinsipp som best tjener dette formålet. Prinsippene er altså dynamiske og beveger seg langs en skala. I ytterkantene har en på den ene siden paternalisme og på den andre autonomi, og imellom her ligger det en kaller svak paternalisme eller balansert autonomi. Her brukes sykepleierens fagkunnskaper til det beste for pasienten, og han vil følgelig bli trukket med der dette tjener ham. Dette er også i samsvar med klinisk erfaring som tilsier

”..at psykotiske pasienter har dårlig eller manglende innsikt i sin sykdom i de verste fasene med tilbakefall, men at virkelighetsoppfatningen og dermed samarbeidsevnen er langt bedre i andre faser.” (Opjordsmoen 2002)

Dette mener vi er i overensstemmelse med Orem's forutsetning om at en til enhver tid må møte pasienten der han er kapasitetsmessig (pkt 3.1.3). Det innebærer videre en ide om at sykepleier og pasient skal ha utfyllende og likeverdige roller (pkt 3.5.1).

#### **4.6 Politiske føringer**

De politiske føringene kan sees på som prioriteringer gjort på systemnivå, her forstått staten. Statlige prioriteringer på helsesektoren, har innvirkning på hvordan tjenestene er organisert, og på de økonomiske rammene. I tillegg til disse faktorene har vi lover og forskrifter, som regulerer helsesektoren. Mest interessant for oss er hvordan dette kommer til syne i psykiatrihelsetjenesten i kommunen. Her velger vi å gå nærmere inn på tverrfaglig samarbeid, individuell plan, brukermedvirkning og mestring, altså et begrenset utvalg av momenter fra dokumentene omtalt under punktene 3.6.1, 3.6.2 og 3.6.3.

#### **4.6.1 Tverrfaglig samarbeid og individuell plan**

Her velger vi å gå nærmere inn på hva Statens helsetilsyn anbefaler gjennom sine retningslinjer for utredning og behandling av schizofreni (pkt 3.6.1,) og vi tar for oss individuell plan (IP) (pkt 3.6.3).

Helsetilsynet påpeker at det er spesielt viktig for helsepersonell å ha en oversiktlig og forutsigbar kontakt med personer som har en schizofrenilidelse. Denne pasientgruppen bør også tilbys regelmessig kontakt med en primærbehandler. Årsaken til det er deres funksjonsvikt, som blant annet består i problemer med å omstille seg, vanskeligheter med å forholde seg til mange personer på en gang, og problemer med læring (pkt 3.2.1). Dette understøtter Strands prinsipp om kontinuitet og regelmessighet, der hun peker på at dette er nødvendig for å oppnå tillit og bygge en god allianse med pasienten (pkt 3.3.3.). For Ola sin del ser vi at det er trukket inn en ansvarlig psykiatrisk sykepleier, og hun har vært hans hovedkontakt i alle år. I og med avtalen om ukentlige møter er også hensynet til oversiktlig og forutsigbarhet ivaretatt.

Vektleggingen av å koordinere tjenestene gjennom tverrfaglig samarbeid gjør at pasientens rett til et sammensatt og samordnet tilbud kan realiseres. Med utgangspunktet i kartleggingen av Olas ønsker og behov, har det tverrfaglige teamet sørget for å koordinere tjenester og aktiviteter for ham – i samsvar med retningslinjene (pkt 3.6.1).

Individuell plan, som er en *rettighet* for de med behov for langvarige og koordinerte helse- og sosialtjenester, er med på å synliggjøre dette tverrfaglige samarbeidet, og behovet den enkelte bruker har. En slik plan er en måte å få dokumentert brukerens behov, og bedre synliggjøre ansvars- og oppgavefordelingen. Ola har behov for langvarige og koordinerte tjenester, og dermed rett til IP. Dette hensynet er også ivaretatt (pkt1.2). Siden IP er brukerens plan må han trekkes aktivt med og dette fører oss videre inn på momentet om brukermedvirkning og mestring.

#### **4.6.2 Brukermedvirkning og mestring**

Her tas det i hovedsak utgangspunkt i Sosial- og helsedirektoratets veileder *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*.

Brukerne bør få større innflytelse på systemnivå, der beslutningene tas, det vil her si i det kommunale, politiske og administrative systemet. Her har systemnivået et særlig ansvar for å trekke brukerne og deres interesseorganisasjoner med i arbeidet med å utvikle en metodikk for brukermedvirkning på flere arenaer. Når pasienten får innflytelse på beslutningene, oppnås det, som veilederen sier, en mestringsfølelse over å kunne få bruke egne ressurser og influere på egne valg. Dette vil igjen påvirke selvbildet og få i gang en bedringsprosess.

Poenget for brukeren er å fremme selvstendighet og mestring. En meningsfylt hverdag skal gi en følelse av håndtering av eget liv, og det essensielle her er tilpassete fritidstilbud, ulike former for samvær og samhandling, og integrering i samfunnet gjennom boforhold og arbeid. Også selvstendighet og mestringsevne oppøves ved å bo i egen leilighet, ta ansvar for enkelte praktiske gjøremål, og ved arbeidstreningen på gården (pkt 1.2). Opplevelsen av mening og ha en rolle innenfor et fellesskap, er i utvidet forstand egostøttende – og styrkende for identiteten.

## **5.0 AVSLUTNING**

### **5.1 Konklusjon**

Vi har søkt å få svar på problemstillingen *”Hvordan bruke egostøttende sykepleie overfor en pasient med schizofreni, slik at det styrker hans identitet?”*

Å gi egostøttende sykepleie på en slik måte at identiteten styrkes er en balansegang der sykepleieren hele tiden må være oppmerksom på at pasientens situasjon kan forandre seg.

Orems teori har, etter vår mening, fungert i forhold til å underbygge og utfylle de utvalgte egostøttende sykepleieprinsippene. Orems egenomsorgsteori så vel som sykepleieprinsippene, har et felles mål: Møte pasienten der han er ressursmessig, og gjøre ham mest mulig uavhengig av sykepleie. Etikken og de politiske føringene, synes vi også gjenspeiler dette.

I forhold til Ogas forutsetninger, ser det for oss ut til at dette fungerer godt, gitt de begrensningene sykdommen innebærer. De egostøttende sykepleieprinsippene som kommer til anvendelse, ser vi som et bidrag i retning av økt selvstendighet og

mestring. Ola klarer i dag å ivareta deler av egenomsorgen, og tar selv initiativ overfor psykiatrisk sykepleier når hjelpebehovet melder seg. Hans evne til selvbestemmelse har forbedret seg, og bidratt til større tro på egne vurderinger. Mer enn før klarer han å innfri egne og andres forventninger. Det betyr, slik vi ser det, et høynet selvbilde og noen skritt i retning av en styrket identitet.

## **5.2 Prosessevaluering**

Problemstillingen ble utarbeidet i forkant av første veiledningstime, og diskutert med veileder. Formuleringen ble noe endret, men uten noen videre betydning for innholdet i problemstillingen. Neste trinn dreide seg om avgrensning av problemstillingen. Begrepsavklaring og -definisjoner er her vesentlig.

Vi startet skrivingen ut fra valgte (nåværende) problemstilling, men ble tidlig i prosessen usikre på valget etter diskusjon med en fagperson: Det var uenighet omkring mulighetene for å kunne styrke identiteten hos en person med en schizofrenidiagnose. Fokus ble så lagt til fremming av egenomsorgsevnen. Signaler fra veileder, og ikke minst, en udelt positiv holdning fra fagmiljøet ved et spesialsykehus, ga oss igjen troen på oss selv og vårt fokus på identitet.

Før andre møtet med veileder sendte vi henne noen spørsmål som en del av forberedelsen til veiledningen. Møtet ble i hovedsak brukt til å gjennomgå nevnte spørsmål, og til diskusjon omkring metodologi, samt gjennomgang av brokker av foreløpig oppgaveutkast. Før siste veiledning fikk veileder igjen tilsendt noen spørsmål, som ble besvart og diskutert.

Ikke å være alene om oppgaven har, etter vår oppfatning, en overføringsverdi idet sykepleieryrket i tillegg til de rent faglige utfordringene, også innebærer å måtte ha evne til samarbeid, delegering, organisering, struktur og selvdisiplin.

Å overholde rammen som er satt for oppgavens omfang, har vært en utfordring. Vi har måttet gjøre prioriteringer og avgrensninger som kan ha fått som konsekvens en mer overflatisk behandling av temaet enn ønskelig.

### 5.3 Etterord

Oppgaveskrivingen og hospiteringspraksis har vært lærerik både faglig og sosialt. Prosessen har forhåpentlig bidratt til å gi oss en bedre forforståelse, slik at vi lettere kan få øye på pasientens egenart - huske at mennesker med psykiske lidelser nok ikke er så spesielle som det ofte sies.

Avslutningsvis tør vi si at arbeidsprosessen først og fremst har gitt oss et høyere bevissthetsnivå og en annen forståelseshorisont – og ikke minst en ”faglig oppvarming” drevet av motivasjon og interesse for psykiatrifeltet. Arbeidet med problemstillingen har også avfødt nye spørsmål som vedrører både forståelsen og prioriteringene ved avgrensningen. I slutfasen opplever vi at en alltid vil stå igjen med nye spørsmål som utfordrer evnen og interessen for å tilegne seg mer kunnskap og innsikt. Dette er på en og samme tid både en tilfredsstillelse og en frustrasjon – kanskje mest det siste ettersom det betyr at ny erkjennelse er mulig.



## 6.0 LITTERATURLISTE

- Brodtkorb, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (red.) (2004): *Mellom mennesker og samfunn*. 1. utg. 2004. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Cavanagh, Stephen J. (2008): *Orems sykepleiemodell i praksis*. 4. utg. 2008. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dalland, Olav (2007): *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. 2007. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Hem, E. (2008): *Gjennombrudd i schizofreniforskningen*. Tidsskrift for den norske Legeforening 2008;128:2683, nr 23/4. desember 2008
- Kringlen, Einar (2005): *Psykiatri*. 8. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (2002): *Generell sykepleie 1 og 2*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Larsen, Tor K. (2004): *Kan vi forstå psykoser?* Tidsskrift for den norske Legeforening 2004;124:1371, nr 10/20. mai 2004
- \*Lauveng, Arnhild (2006): *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelens Forlag AS (197 sider)
- \*Malt, Ulrik F., Nils Retterstøl og Alv A. Dahl (2003): *Lærebok i psykiatri*. 2. utg., 2006. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- \*Møller, Paul (2005): *Schizofreni og selvet – eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2005;125:1022-25
- \*Norsk Sykepleierforbund (2008): *Håndbok for sykepleierstudenter 2008-2009*

\*Norsk Sykepleierforbund (2007): *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: NSF 2007

\*Opjordsmoen, S. (2002): *Noen etiske aspekter ved schizofrenibehandling*. Tidsskrift for Den norske legeforening 2002; 122:2306-8

Slettebø, Åshild (2003): *Sykepleie og etikk*. 3. utg. 2002, 2. oppl. 2003. Oslo:  
Gyldendal Akademisk

Strand, Liv (1990): *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. 1. utg. 1990, 7. oppl. 1992. Oslo: Ad Notam Gyldendal

### **Offentlige dokumenter:**

\*Sosial- og helsedirektoratet (2005): *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene IS-1332*

\*Statens helsetilsyn (2000): *Schizofreni – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*

### **Web-ressurser:**

([http://209.85.129.132search?q=cache:GY4m3wL9yQJ:www.sshf.no/Paul\\_M%C%](http://209.85.129.132search?q=cache:GY4m3wL9yQJ:www.sshf.no/Paul_M%C%). Lest 24.03.2009)\*

([http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2726\\_1100a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-2726_1100a.pdf). Lest 24.04.2009)\*

([http://www.sykehusetbuskerud.no/stream\\_file.asp?iEntityId=5658](http://www.sykehusetbuskerud.no/stream_file.asp?iEntityId=5658). Lest 25.04.2009)\*

([http://www.sshf.no/Tore\\_Buer\\_Christensen\\_5RNkl.pdf.file](http://www.sshf.no/Tore_Buer_Christensen_5RNkl.pdf.file). Lest 05.05.2009)\*

([http://www.helsedirektoratet.no/habilitering\\_rehabilitering/individuell\\_plan](http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan). Lest 05.05.2009)\*

(<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldrens?/usr/www/lovdata/for/sf/ho/xo>. Lest 05.05.2009)\*