



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling Kongsvinger

**Marie Andersen & Emmeli Karolin Vennerstrand**

Veileder: Marit Berg

Bacheloroppgave i sykepleie

**Hvordan kan jeg bli verdig din tillit?**

How can I be worthy your trust?

Antall ord: 12 871

Bachelor i sykepleie 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA

NEI

Jeg vet at det skal komme mange forskjellige personer  
hjem til meg – noe som er en utfordring i seg selv.  
Det vil ikke bli hver dag jeg orker å informere om det samme  
til hver og en av dere.  
Derfor er kunnskapen du har gitt om meg meget viktig!  
Den gir respekt overfor meg i mitt hjem.  
Du har viten når du kommer første dag.  
Da slapper jeg av. Det gir trygghet.

Jeg merker også om du er tilstede når du er hos meg.  
Tilstedeværelse gir nærhet, nærhet gir styrke.  
Styrke gir krefter og krefter gir håp.  
Jeg trenger det!

Jeg liker at du har humør, at vi kan le midt opp i alt.  
Jeg vil føle din faglige dyktighet, din trygghet.  
Om det noen ganger er kort tid du er innom  
så er tilstedeværelsen din det aller viktigste.

(Mikkelsen, referert i Fjørtoft, 2014)

## **Sammendrag**

Denne oppgaven tar utgangspunkt i følgende problemstilling; Hvordan kan man som sykepleier skape et tillitsforhold til pasienter med schizofreni ved arbeid i hjemmesykepleien? Oppgaven omhandler personer med schizofrenilidelser, og tar utgangspunkt i et fiktivt case. Caset handler om en mann på 32 år som bor hjemme, med bistand fra hjemmesykepleien. I denne oppgaven vil vi fokusere på at møtet med oss som sykepleiere skal oppleves positivt for brukeren, og hvordan vi som sykepleiere kan arbeide for å få til dette. Oppgaven er basert på sykepleieteoretikeren Kari Martinsen og hennes omsorgsfilosofi, dette fordi vi mener at hennes tenkning og filosofi er relevant for denne oppgaven.

Vi har valgt dette temaet, og den nevnte problemstillingen fordi dette er noe vi i praksis har opplevd at kan være en stor utfordring i arbeidet som sykepleiere. Bakgrunnen for denne oppgaven er å belyse hvordan vi som sykepleiere kan arbeide for å skape et best mulig samarbeid med denne pasientgruppen.

# Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	3
<b>1. Innledning</b> .....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2. Sykepleiefaglig relevans .....	7
1.3. Problemstilling .....	7
1.4. Begrepsavklaring .....	8
1.5. Case .....	9
1.6. Avgrensning .....	9
1.7. Anonymisering .....	10
1.8. Oppgavens oppbygging .....	10
<b>2. Metode</b> .....	11
2.1. Valg av metode .....	11
2.2. Litteratursøk .....	11
2.3. Kvalitetsvurdering og kildekritikk .....	12
2.4. Presentasjon av forskningsartikler .....	13
2.4.1. <i>The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient's perspective</i> .....	13
2.4.2. <i>Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care</i> .....	14
2.4.3. <i>Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to client with schizophrenia</i> .....	14
2.4.4. <i>The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client's experience</i> .....	15
2.4.5. <i>The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses' Perspective</i> .....	15
2.4.6. <i>Clients' perceptions og client-nurse relationships in local authority psychiatric services: A qualitative study</i> .....	16
<b>3. Teori</b> .....	17

3.1. Schizofreni .....	17
3.2. Sykepleieteoretiker .....	18
3.3. Hjemmesykepleie.....	19
3.4. Empowerment .....	20
3.5. Egostyrkende sykepleie .....	21
3.5.1. Egostyrke og egosvakhet.....	21
3.5.2. Egostyrkende sykepleieprinsipper .....	22
3.6. Kommunikasjon.....	24
3.7. Etikk.....	25
3.8. Yrkesetiske retningslinjer .....	27
3.9. Lover .....	28
3.9.1. Helsepersonelloven.....	28
3.9.2. Helse- og omsorgstjenesteloven.....	28
3.9.3. Pasient- og brukerrettighetsloven.....	29
<b>4. Drøfting.....</b>	<b>30</b>
4.1. Sykepleierens kommunikasjon med Petter .....	30
4.2. Tiltak som sykepleieren i hjemmesykepleien kan gjøre for å legge til rette for relasjonsbygging med Petter .....	32
4.3. Faktorer man som sykepleier må ta hensyn til ved arbeid i Petters hjem.....	34
4.4. Etisk refleksjon rundt Petters situasjon.....	35
4.5. Inkludering av Petter i egen behandling .....	38
<b>5. Konklusjon.....</b>	<b>40</b>
<b>6. Litteraturliste .....</b>	<b>42</b>
<b>7. Vedlegg.....</b>	<b>46</b>
7.1. PICO skjema .....	46
7.2. Søkehistorikk .....	47

# 1. Innledning

I følge Folkehelse rapporten fra 2014 rammes omkring 1-2 prosent av schizofreni eller andre psykoselidelser i løpet av livet (Skogen, Bakken, Clench-Aas, Johansen, Knudsen & Nesvåg, 2014). Sykdommen viser seg oftest tidlig i livet, hvor de fleste er i alderen mellom 18 og 28 år. Mange av de som blir diagnostisert med lidelsen, blir uføretrygdet på grunn av den, og vil ha behov for langvarig behandling og oppfølging av både spesialist- og kommunehelsetjenester (Snoek & Engedal, 2004). Fra 1970-tallet frem til i dag har det skjedd store omorganiseringer når det gjelder behandling av psykisk syke. Antall institusjonsplasser har blitt kraftig redusert, og kommunene har i stor grad tatt over behandlingen av disse brukerne. De offentlige psykiatriplanene og satsningene har hatt som mål å sørge for normalisering og integrering for den aktuelle gruppen i hjemkommunene. Dette har ført til at flere mennesker med psykiske lidelser bor hjemme, og videre oppfølging av behandlingen skjer derfor i primærhelsetjenesten. Selv om det er satt mer fokus på behandling av psykisk syke er det fortsatt mange brukere som ikke får dekket sine behov for hjelp (Fjørtoft, 2014). I vestlige land regner man med at ca. en prosent av bruttonasjonalproduktet går med til behandling og oppfølging av mennesker med denne diagnosen, og allerede i 1995 beregnet man at kostnadene i Norge knyttet til schizofreni var ca. fire milliarder kroner (Johannessen, 2002). Ut fra disse statistikkene ser man at dette er en lidelse som koster samfunnet mye penger. Gjennom å skape en velfungerende tilværelse for disse brukerne i hjemkommunen kan man tenke seg at man kan forhindre gjentatte innleggelses ved institusjoner. Dette vil ikke bare være av stor verdi for brukerne, men det vil også være gunstig, sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv.

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Interessen for det valgte temaet fikk vi gjennom psykiatripraksis i regi av Høgskolen, i tillegg til erfaringer vi har fått i jobbsammenheng. Vi har opplevd at det å skape en god relasjon til brukere med schizofreni kan være veldig utfordrende. Dette spesielt ved arbeid i hjemmesykepleien, der man ofte ikke har like mye kontakt med brukeren som det man ville hatt i en institusjon. I tillegg har vi erfart at helsepersonell i noen tilfeller vegrer seg for å møte denne pasientgruppen, fordi de føler seg utrygge i situasjonen og at de ikke har nok

kunnskap om lidelsen. Vi har opplevd at pasienter ikke alltid blir møtt på en verdig måte, og at de ikke blir tillagt de rettighetene de har til helsetjenester. Derfor vil vi gjennom denne oppgaven utforske hvordan man som sykepleier kan bruke seg selv for å skape en god relasjon bygget på tillit til disse brukerne. Gjennom å skape denne relasjonen vil det kunne bidra til at brukere kan føle trygghet i eget hjem. Dette kan igjen kan føre til bedring av deres livskvalitet og dermed hindre at sykdommen forverrer seg.

## **1.2. Sykepleiefaglig relevans**

Selv om denne oppgaven tar utgangspunkt i arbeid i hjemmesykepleien mener vi at denne kunnskapen også vil være relevant i andre situasjoner man kan møte på som sykepleier. Vi anser at denne oppgaven er av stor sykepleiefaglig relevans, da det som oftest er sykepleiere som er i kontakt med denne pasientgruppen. Å vite hvordan man kan skape en god relasjon til pasienter med schizofrenidiagnoser, vil være en god egenskap å ha med seg videre i arbeidet som sykepleiere. Som skrevet i bakgrunnen for hvorfor vi valgte dette temaet, er dette pasienter som i mange tilfeller vil ha behov for langvarig oppfølging av helsetjenester. Som sykepleiere vil man kunne møte på disse brukerne ved ulike institusjoner og i ulike instanser i hjelpeapparatet. Vi anser at man som sykepleier har en viktig rolle når det handler om å ivareta disse brukerne, da dette er personer som kan ha vanskelig for å skape seg et nettverk på egenhånd. Hvis man som sykepleier klarer å skape et tillitsforhold til disse brukerne, kan man bli en støttespiller og veileder for dem i hverdagen. Sykepleieren vil derfor ha god nytte av å ha bred kunnskap om denne lidelsen og om hvordan man kan danne gode relasjoner til disse brukerne.

## **1.3. Problemstilling**

«Hvordan kan man som sykepleier skape et tillitsforhold til pasienter med schizofreni ved arbeid i hjemmesykepleien?»

## 1.4. Begrepsavklaring

Sykepleierens rolle er å jobbe helsefremmende og forebyggende. Som sykepleier har man ansvar for å behandle, lindre, rehabilitere, undervise og veilede pasienter. Man har også ansvar for organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Sykepleierens funksjon er å ivareta de grunnleggende behovene til personer som har eller kan få sykdom/helsesvikt (Norsk sykepleierforbund [NSF], s.a.).

Hjemmesykepleien er en del av den kommunale helsetjenesten, og er et tilbud om å ta vare på helsen til brukere som bor hjemme, når livssituasjonen tilsier at de er hjelpetrequende. Hjemmesykepleie er all sykepleie som blir utført i brukernes eget hjem (Fjørtoft, 2014).

Schizofreni er den vanligste av psykoselidelsene der vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner, konsentrasjonsforstyrrelser, unormale følelsesreaksjoner og/eller andre symptomer preger sykdomsbildet (Snoek & Engedal, 2004).

”Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er å stole på. Tillit medfører ofte en overføring av makt til en person eller til et system, makt til å handle på mine vegne, til mitt beste” (Fugelli, 2015).

Begrepet pasient betyr en person som lider, det kan sammenlignes med en person som er i en hjelpetrequende situasjon (Fjørtoft, 2014).

Brukerbegrepet gir en oppfatning av at den som gir hjelp og den som får hjelp er likeverdige. Brukerbegrepet gir den hjelpetrequende en mer aktiv rolle enn om man betegner personen som en pasient (Fjørtoft, 2014).

Vi har valgt å anvende oss av både bruker og pasient som begreper i denne oppgaven. Dette er avhengig av hvilken betegnelse som er anvendt i den aktuelle litteraturen.



## **1.5. Case**

Petter er en 32 år gammel mann som bor alene hjemme i egen leilighet. Han ble diagnostisert med schizofrenilidelse da han var 21 år gammel. Han har hatt flere opphold ved ulike institusjoner gjennom disse årene, men bor nå i eget hjem og har jevnlig kontakt med psykiatrisk sykepleier i kommunen. Petter sliter med hørselshallusinasjoner og har paranoide tanker. Han lever derfor ganske isolert og har et lite nettverk rundt seg. Han har i stor grad lært seg å leve med sykdommen sin, og klarer seg greit i det daglige livet. Han har fra før bistand fra hjemmesykepleien til utlevering av medisiner hver uke. Den siste tiden har han fått bistand fra hjemmesykepleien for å skifte på et sår tre dager i uken. Petter er mistenksom overfor sykepleierne som kommer hjem til han ved besøkene. Han føler seg overkjørt og at han får ta liten del i egen behandling. Til tider slipper ikke Petter inn personalet, dette fordi han føler at han ikke kan stole på dem, og at de invaderer hans hjem.

## **1.6. Avgrensning**

I denne oppgaven vil vi ta utgangspunkt i casen som er presentert ovenfor. Vi har som nevnt valgt å ta for oss personer som har en schizofrenidiagnose. Dette er personer som møter på flere ulike utfordringer i løpet av livet, og som i mange tilfeller er mye i kontakt med helsevesenet. Det er mye vi kunne valgt å ta med i denne oppgaven, men vi har valgt å begrense oppgaven til å handle om pasienter med schizofreni som bor i eget hjem, og som har innvilget tiltak om hjelp fra hjemmesykepleien. Selv om bruk av medikamenter er av stor betydning i behandlingen for å lindre symptomer ved denne lidelsen, har vi valgt å ikke fordype oss noe videre i dette. Vi har satt fokus på forholdet mellom pasient og sykepleier, og hvordan man som sykepleier kan jobbe for å oppnå en god kontakt og skape et tillitsforhold til denne type brukere. I denne oppgaven vil vi kun ta for oss behandling av voksne brukere med diagnosen, da dette er mest aktuelt i den gitte situasjonen.

Pårørende kan også være en stor ressurs i situasjoner lik den vi har tatt for oss, men dette har vi valgt å ikke omtale i oppgaven. Videre er tverrfaglig samarbeid ofte en viktig faktor i arbeidet med disse brukerne. Dette vil vi heller ikke komme nærmere innpå i denne oppgaven.

Sårbehandlingen som er nevnt i caset kommer ikke til å være i fokus, da dette ikke er av betydning for vår problemstilling.

### **1.7. Anonymisering**

Anonymisering innebærer at pasienten ikke kan kjennes igjen ved personlige opplysninger slik som navn og andre personopplysninger (Dalland,2013).

Caset vi bruker i denne oppgaven er fiktivt, der historien er løst basert på lignende situasjoner vi har erfart i praksis. Anonymisering blir derfor ikke nødvendig i denne oppgaven.

### **1.8. Oppgavens oppbygging**

Vi har valgt å bygge opp denne oppgaven på følgende måte:

1. Innledning. Denne inneholder bakgrunn for oppgaven, sykepleiefaglig relevans, problemstilling, avgrensning, case, anonymisering og begrepsavklaring.
2. Metode. Her vil vi gjøre rede for valg av metode, litteratursøk, kildekritikk og forskning.
3. Teori. Teoridelen vil ta for seg relevant litteratur som belyser temaene schizofreni, valgt sykepleieteoretiker, hjemmesykepleie, empowerment, egostyrkende sykepleie, kommunikasjon, etikk, yrkesetiske retningslinjer og lovverk.
4. Drøfting. Her har vi tatt for oss både teori og forskning, og drøftet hvilke handlingsalternativer som kan være gunstige i forhold til de nevnte caset.
5. Konklusjon.
6. Litteraturliste.
7. Vedlegg: PICO skjema og søkeprosess.

## **2. Metode**

Metoden beskriver hvilke fremgangsmåter vi skal bruke for å gå til verks for å skaffe oss ny kunnskap. Det er et middel for å nå frem til problemløsningen. Metoden hjelper oss å samle inn den informasjonen vi trenger for oppgaven (Dalland, 2013). I dette kapitlet kommer vi til å gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å innhente relevant litteratur som belyser vår problemstilling.

### **2.1. Valg av metode**

I følge Dalland (2012) velger man en bestemt metode for å tilegne seg kunnskap fordi den vil gi god informasjon og relevante svar på den aktuelle problemstillingen. Denne oppgaven vil være en kvalitativ litteraturstudie der vi tar i bruk forskning, pensumlitteratur fra 3 år på bachelorutdanning i sykepleie, og selvvalgt faglitteratur for å komme frem til en konklusjon. Den kvalitative metoden har som mål å gå i dybden for å få frem mange opplysninger om det valgte undersøkelsesobjektet. Metoden vil også få frem opplevelser og meninger som man ikke kan tallfeste. Man vil gjennom denne metoden ha som mål å finne en sammenheng og helhet, samt formidle forståelse for temaet man tar for seg (Dalland, 2013).

### **2.2. Litteratursøk**

Vi startet med å lage et PICO-skjema ut i fra den problemstillingen vi har valgt, dette for å strukturere søket. PICO er en forkortelse for bestanddeler som ofte vil være med i en problemstilling; P-Patient/population, I-Intervention, C-Comparison og O-Outcome. Ut i fra søkeordene i PICO-skjemaet fant vi via SweMed+ og PubMed de aktuelle mesh-termene: scizophrenia, home health care nursing, home care, privacy, trust og interpersonal relations. PICO-skjemaet ligger som vedlegg i oppgaven (Vedlegg 1). Videre søkte vi etter forskningsartikler i databaser som: Cinahl, PubMed, Uptodate, Oria, Bibsys, Online library og Cochrane library. Vi søkte med de ulike mesh-termene for å finne de mest aktuelle artiklene

for vår problemstilling. Etter å ha fått få relevante treff på de aktuelle mesh-termene, valgte vi å utvide søket ved også å inkludere søkeord som: psychiatric patient, mentally ill patients og nurse client relationship. Søkeprosessen for hvordan vi gikk til verks når vi søkte på forskningsartiklene, samt hvilke ord vi har søkt på, er beskrevet i eget vedlegg (Vedlegg 2).

I denne oppgaven har vi også brukt faglitteratur som står på pensumlisten for vår utdanning. I tillegg har vi valgt å anvende oss av annen litteratur som er relevant for vår problemstilling. Denne litteraturen fant vi ved å søke via Bibsys, samt at vi har fått tips av kolleger og annet helsepersonell.

### **2.3. Kvalitetsvurdering og kildekritikk**

Kildekritikk er en metode man bruker for å vurdere og karakterisere kilder/litteratur som man har benyttet seg av (Dalland, 2013). For å finne litteratur til denne oppgaven, ønsket vi i utgangspunktet å finne artikler som var utgitt for mindre enn ti år siden. Underveis i søket fant vi flere relevante artikler som var eldre enn dette, derfor utvidet vi søket til å inneholde artikler som er gitt ut etter år 2000. Videre har vi valgt å ikke benytte oss av sekundærlitteratur i denne oppgaven, da bruk av sekundærlitteratur kan gi større rom for feiltolkninger av primærlitteraturen.

Vi har brukt forskjellige verktøy for å kvalitetsvurdere de forskningsartiklene vi har funnet. For å finne ut om artiklene vi har valgt er forskningsartikler, har vi benyttet oss av IMRAD-modellen som et hjelpemiddel. IMRAD står for introduction, method, results and discussion. Noen fagartikler er også bygd opp etter denne modellen, og vi har derfor ikke brukt denne alene for å forsikre oss om at artiklene er forskningsartikler. Vi har også kritisk vurdert hver enkel artikkel ved hjelp av sjekklister for vurdering av forskningsartikler som er tilgjengelige på kunnskapssenterets hjemmesider (Kunnskapssenteret, 2016). Videre har vi benyttet oss av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) sin database for statistikk om høgere utdanning. NSD har ansvar for å registrere autoriserte publiseringskanaler. Alle artikler som blir godkjent i denne databasen blir vurdert ut fra om de har: et valid ISSN nummer, en vitenskapelig redaksjon, rutiner for ekstern fagfelleevaluering og en nasjonal eller internasjonal forfatterkrets (Database for statistikk om høgere utdanning, 2016). Vi har derfor brukt denne databasen for å

finne ut om artiklene er fagfellevurdert. Denne fremgangsmåten har hjulpet oss med å finne fram til artikler som er av god kvalitet og relevant for vår problemstilling.

Vi mener at selv om vi har kvalitetsvurdert artiklene, er det likevel faktorer som spiller inn ved vår tolkning av dem. Samtlige artikler som vi har valgt er engelskspråklige. Siden ingen av oss har engelsk som morsmål vil det finnes rom for mistolkninger av språket i dem. Videre vil vi nevne at selv om vi har valgt artikler som kommer fra ulike land (Australia, USA, Sverige, Norge og Japan) mener vi at resultatene av studiene er anvendbare for lignende situasjoner i Norge. Likevel kan sosiale faktorer i de enkelte landene ha betydning for resultatet av studiene. Til slutt vil vi nevne at selv om alle artiklene vi har valgt å ta med er etisk vurdert av komitéer, er det ikke gitt at denne vurderingen er av samme kvalitet som i Norge.

## **2.4. Presentasjon av forskningsartikler**

### ***2.4.1. The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient's perspective***

Nygårdh, Malm, Wikby & Ahlström (2011) har gjort en kvalitativ intervjustudie som er utført i Sverige. Der 20 pasienter ble forespurt og intervjuet, seks kvinner og 14 menn. Studien ble utført mellom månedene april og august. Vi valgte denne artikkelen fordi den beskriver empowerment-prosessen. Målet med denne studien var å undersøke empowerment i pasientenes kontakt med sykepleieren. Dette er en studie som er gjort ved en poliklinisk avdeling på et sykehus i Sverige, og som baseres på pasienter med kronisk nyresykdom. Resultatet av studien viser at pasientene følte at de var tvungne til å stole på kompetansen hos helsepersonellet. Den belyser også at pasientene ønsker å være delaktige i de beslutninger som fattes, og at læring og kunnskap om det aktuelle temaet fører til bedre selvtillit. Dette innebærer at mobilisering og forsterkning av pasientenes egne ressurser kan bidra til å gjøre det mulig for dem å føle kontroll over sitt eget liv, sørge for sine egne behov og løse egne problemer. Helsepersonell trenger kunnskap om, og forståelse for betydningen av egenmakt, sett ut fra pasientenes perspektiv.

#### ***2.4.2. Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care***

Kvåle & Bondevik (2010) har gjort en kvalitativ studie i Norge som tar for seg pasienters opplevelse av kunnskap hos sykepleieren, der de utførte en intervjustudie på 20 pasienter, ti menn og ti kvinner. Artikkelen har til hensikt å få innsikt i hvordan pasienter opplever sykepleierens kunnskap, behandlingsmåter, og om det er kvalitet i arbeidet. Det de oppdaget var at pasientene tok for gitt at sykepleierne hadde den kompetansen som var nødvendig innen det aktuelle temaet. Pasientene fikk forklare hvorfor de følte det var viktig at sykepleierne var kunnskapsrike. Videre uttrykte pasientene at de følte trygghet, og at det lindret lidelsen hvis de fikk nyttig informasjon. Resultatet av denne studien var at pasientene foretrekker sykepleiere som har erfaring og som er jordnære i sitt arbeid. Dette la grunnlag for et optimalt pleietilbud til pasientene. Studien viser også at det å lindre symptomer har en positiv effekt for pasientens følelse av håp og mestring. Vi valgte å ta med denne artikkelen fordi den er veldig sentral i arbeidet med pasienter som har en schizofrenilidelse. Vi tenker at som sykepleier er det viktig å vise pasienten at man innehar kunnskap, da dette kan bidra til at de føler trygghet.

#### ***2.4.3. Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to client with schizophrenia***

Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki (2010) har gjort en kvalitativ studie fra Japan der hensikten var å identifisere ulike holdninger sykepleiere som utfører hjemmebesøk har til brukere med schizofreni. Videre ville man se på hvilke holdninger som førte til god pleie og positive utfall for brukerne, og hvordan sykepleierne har tilegnet seg disse holdningene. I studien intervjues sju sykepleiere som har klart å forhindre reinnleggelser for sine pasienter over en periode på over to år, og hvor sykepleierne presenterer sine erfaringer fra praksis. Dataene til studien ble samlet ved intervjuer av de deltagende sykepleierne. Av studien kommer det frem at samtlige sykepleiere hadde hatt ulike forutinntatte meninger om schizofrene personer, men at de gjennom interaksjon med disse brukerne hadde fått bevist at de tok feil. Studien påpeker også at når sykepleierne klarte å reflekterte over sine egne

forutinntatte meninger og endre disse, kunne de yte bedre pleie til brukerne. Dette fordi brukerne da ble plassert på lik linje med sykepleierne selv, og de kunne da utvikle et tillitsforhold der begge parter var like mye «verdte».

#### ***2.4.4. The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client's experience***

O'Brien (2001) har utført en kvalitativ studie i Australia. Hensikten med denne studien var å få et innblikk i hvordan brukerne oppfatter forholdet til psykiatriske sykepleiere i kommunen. I studien ble det intervjuet fem brukere med ulike psykiske lidelser, der brukerne hadde lidd av sykdommen i to år eller lenger. Gjennom intervjuene pekte brukerne på flere egenskaper hos sykepleierne som gjorde at de fikk et godt forhold til dem, samt egenskaper som gjorde at de mistet tillit til sykepleierne. Brukerne i studien mente at når de hadde et godt forhold til sykepleierne, bidro dette til at de ikke ble reinnlagt på sykehus. Videre viste brukerne til flere egenskaper hos sykepleierne som bidro til et godt forhold bygget på tillit mellom dem; blant annet at sykepleierne var pålitelige og støttende, at de viste respekt og forståelse, at de alltid var tilstede i møtet og at de var en alliert i en ellers skremmende verden.

#### ***2.4.5. The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses' Perspective***

Forchuk, Westwell, Martin, Bamber-Azzopardi, Kosterewa-Tolman & Hux (2000) har gjort en studie som er gjennomført på et psykiatrisk sykehus i Canada, og hensikten var å få et innblikk i utviklingen av forholdet mellom pasient og sykepleier ved institusjonen. I studien tok man utgangspunkt i ti pasient-sykepleier relasjoner, og hvilke faktorer sykepleierne mente bidro til utviklingen av både gode og mindre gode relasjoner. De deltagende pasientene led enten av schizofreni eller ulike stemningslidelser, og sykepleierne i studien hadde alle mer enn ti års erfaring innen arbeid med psykisk syke. Sykepleierne som deltok i studien mente at faktorer slik som kontinuitet, god tid, aktiv lytting, gode holdninger og at pasienten følte trygghet var med på å fremme en god relasjon. Videre viser studien at dersom sykepleierne viste liten kontinuitet og ofte var utilgjengelige, ville dette skape et dårlig utgangspunkt for å

skape et godt forhold til pasientene. Studien belyser også viktigheten av at sykepleier og pasient må gå inn i behandlingen med like forventninger til progresjon og utfall.

#### ***2.4.6. Clients' perceptions og client-nurse relationships in local authority psychiatric services: A qualitative study***

Hörberg, Brunt & Axelsson (2004) har utført en studie i Sverige, der man har intervjuet 17 brukere med ulike psykiske lidelser, og som mottok tjenester fra lokale myndigheter i åtte forskjellige distrikter. Personene i studien var av ulik alder og hadde ulik bakgrunn. Formålet med studien var å beskrive hvordan brukerne oppfattet sitt forhold til sykepleierne ved de ulike instansene. Deltakerne i studien ble intervjuet flere ganger over en periode på to måneder. Studien belyser at forholdet mellom bruker og sykepleier er viktig for brukerne, og at en følelse av trygghet og sikkerhet er en viktig faktor i dette forholdet. Den belyser også at sykepleiere som ser brukeren for den de er, og som viser forståelse, bekymring, respekt, ekthet og tillit ovenfor brukeren hadde et bedre utgangspunkt for at et godt forhold kunne utvikle seg mellom dem.



### **3. Teori**

I dette kapittelet har vi funnet litteratur som er relevant for vår problemstilling og oppgave. Vi har brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur for å belyse temaet vi har tatt for oss.

#### **3.1. Schizofreni**

Snoek & Engedal (2004) skriver at schizofreni er en psykotisk tilstand, og at det er den vanligste formen for psykose. Denne tilstanden kjennetegnes ved tankeforstyrrelser der personen opplever en kraftig forstyrrelse i oppfatningen av virkeligheten. Man vet at når de psykotiske symptomene oppstår, skjer endringer i de nevrofysiologiske funksjonene i hjernen. Disse endringene kan skje gradvis eller komme brått, og årsakene er ulike. Den psykotiske utviklingen kommer oftest helt uventet, og uten at vi kan forklare hvorfor. Psykoselignende forvirringstilstander kan skje på grunn av ulike faktorer slik som endokrine lidelser, nevrofysiologiske tilstander eller annen somatisk sykdom. Sykdommen debuterer oftest i en alder av 20 år, men kan også ramme personer for første gang da de er i 40-50-årene.

Årsaksfaktorene til en schizofrenilidelse er det gjort flere studier på. Ut fra disse kan man se at det finnes en genetisk faktor. Dette er ikke en tilstrekkelig faktor da arvegangen ikke alltid er avgjørende. Hvis en person er genetisk disponert for sykdommen kan sosiale faktorer være avgjørende for utviklingen av den, skriver Snoek & Engedal (2004).

Det kreves flere kombinasjoner av symptomer over en periode på en måned eller lenger for å fastslå diagnosen. De viktigste symptomene er; mangel på sykdomsinnsikt, tap av tiltakslust, unormale stemninger, identitetsproblemer, konsentrasjonsforstyrrelser, tankeforstyrrelser, hallusinasjoner og unormale følelsesreaksjoner. Symptomene deles inn i positive og negative, der de positive er synlige for andre og de negative er mindre påfallende for utenforstående. De positive symptomer kan være; hallusinatorisk atferd, vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, uro, angst, fiendtlighet, storhetsideer og mistenksomhet. De negative symptomer kan være; affektmatthet, følelsesmessig tilbaketrekning, passivitet, apatisk sosial tilbaketrekning og mangel på spontanitet og ledighet i samtale (Snoek & Engedal, 2004).

Den vanligste hallusinasjonen personer med schizofreni opplever er hørselshallusinasjoner. Dette innebærer at personen hører stemmer eller andre lyder som ingen andre kan sanse. Disse stemmene formidler ofte krenkende og nedsettende budskap. Dette er skremmende for personen, og han eller hun kan bli paranoid og føle en trang til å forsvare seg. De med denne lidelsen kan også få tankeforstyrrelser, og se ting som ingen andre ser. Disse tankeforstyrrelsene kan bidra til konsentrasjonsvansker og vansker med å være sammen med andre mennesker. Dette kan føre til at det bli vanskelig for den lidende å delta i samfunnet (Snoek & Engedal, 2004).

Ved schizofreni brukes det hovedsakelig to behandlingsmetoder; medikamentell behandling og behandling med samtalerterapi. Den medikamentelle behandlingen består av behandling med ulike antipsykotiske midler, og tar sikte på å lindre symptomer ved lidelsen. Behandling med samtalerterapi har mange ulike former, og målet med samtalene er å skaffe brukeren kunnskap om egen sykdom, og lage mestringsstrategier for hverdagen (Helsenorge, 2015). Snoek & Engedal (2004) mener at behandlingstiltakene ikke bør hjelpe bare her og nå, men at de også bør være medvirkende til å redusere tilbakefall.

### **3.2. Sykepleieteoretiker**

Kari Martinsen er en sykepleier med magister- og doktorgrad i filosofi. Hun har skrevet en rekke bøker og artikler som omhandler omsorgsfilosofi, historie og sosialpolitikk. Hun baserer mye av sin tenkning på Knud Løgstrups filosofier (Martinsen, 2005).

Kari Martinsen mener at menneskers relasjoner og avhengighet av hverandre er fundamentalt. Denne felles avhengigheten av hverandre er en grunnleggende verdiforutsetning. Hun mener videre at disse avhengighetsforholdene må til for at mennesker skal kunne utvikle selvstendighet. Hun skriver at tillit, barmhjertelighet, medfølelse og vår henvisning til hverandre er grunnleggende for alle menneskers liv. Dette kaller hun for livsytringer som er svært viktig for at alle mennesker skal kunne bestå og utfolde seg (Martinsen, 2005).

Martinsen (2005) skriver at tillit er svært viktig for sykepleierens arbeid innen omsorg. Hun belyser at dette er fundamentalt og at mennesker hadde lidd hvis vi alltid hadde møtt hverandre med mistillit. Mistillit oppstår som oftest på grunn av mangel på tillit, derfor må alltid mistilliten begrunnes. Hun mener at tillit handler om å utlevere seg og å legge noe av

sitt liv i den andres hånd. Martinsen belyser at for at pasienten skal kunne våge å utlevere seg til sykepleieren må først sykepleieren vise seg verdig til å motta denne informasjon.

Sykepleieren må være oppriktig interessert, hvis ikke vil det kunne vekke mistillit hos pasienten. Dette fordrer at sykepleieren viser sårbarhet, sensitivitet og emosjonell involvering i pasientens situasjon. Hun påpeker at man likevel må være forsiktig, slik at man ikke har for mye fokus på egne følelser i situasjonen. Videre mener Kari Martinsen (2003) at i møte med andre mennesker, må man ikke være for opptatt av regler, teorier og prinsipper. Dette vil føre til at oppmerksomheten avledes fra den andres situasjon.

Martinsen (2005) snakker om at omsorgen kan bli sentimental eller paternalistisk. Ved sentimental omsorg har sykepleieren kun fokus på sine egne følelser og pasienten får ikke mulighet til å være det sentrale i omsorgsarbeidet. Ved paternalistisk omsorg viser sykepleieren seg som bedrevitende ovenfor pasienten. Pasientens ønsker og tanker tas ikke hensyn til, og sykepleieren mener at hun vet hva som er det beste for pasienten. Likevel mener hun at sykepleierens omsorg for andre må bygge på svak paternalisme der hun kan bruke sin faglige kunnskap for å komme den andre i møte og vise forståelse for den enkeltes situasjon.

### **3.3. Hjemmesykepleie**

Fjørtoft (2014) skriver at ved arbeid i hjemmesykepleien er noen andres hjem sykepleierens arbeidsplass. For veldig mange er hjemmet en viktig del av livet. Det er ikke bare et bosted, men et sted der man kan føle seg trygg og selvstendig. Hjemmet er personlig og gir et uttrykk for hva som er viktig for individet. Derfor er det viktig for sykepleieren å ha kunnskap om, og vise respekt for hvilken betydning hjemmet har for den enkelte, og hvordan det kan føles å motta hjelp i eget hjem. Det er også viktig at man viser ydmykhet, og tar hensyn til den enkeltes rutiner, regler og tradisjoner når man trer inn i andres hjem.

I følge Thorsen (referert i Fjørtoft, 2014) finnes det fire aspekter som preger alle hjem;

- Det fysiske aspektet omhandler rommene i boligen, dette omhandler at de enkelte rommene har ulike funksjoner og symbolske betydninger. I tillegg er de forskjellige rommene i ulike grad private. Som sykepleier er det viktig å være klar over

betydningen til de forskjellige rommene, og at grenser fort kan overskrides. Dermed kan enkelte oppleve det som krenkende å motta hjelp i eget hjem.

- Det materielle aspektet omhandler det alle tingene hjemmet inneholder. Disse gjenstandene forteller på mange måter en historie om individets bakgrunn og identitet. Derfor kan det å få inn hjelpemidler eller fremmed utstyr føles problematisk for den enkelte, da dette kan bryte med resten av innredningen.
- Tidsaspektet omhandler hvordan døgnrytmen i hjemmet utarter seg. Friheten og selvstendigheten blir preget av å ikke kunne styre over egen tid, da pasienten oftest må forholde seg til hjemmesykepleiens tider. Dette kan føre til frustrasjon for den enkelte bruker, som må vente, noe som kan påvirke forholdet mellom sykepleieren og brukeren.
- Det sosiale aspektet omhandler relasjonen til venner, familie og besøkende i hjemmet. Ved arbeid i hjemmesykepleien er det viktig å tenke på at man påvirker de sosiale relasjonene i hjemmet. For de som mottar tjenesten kan dette oppleves både positivt og negativt.

### **3.4. Empowerment**

For ordet empowerment er det vanskelig å finne en spesifikk forklaring. Begrepet ble først introdusert i USA, og det har fortsatt ikke fått noen god nok oversettelse til norsk. I utøvelse av sykepleie har det likevel blitt mer og mer populært å anvende begrepet selv om det er diffust (Askheim & Starrin, 2010). Askheim (2010) skriver at ordet power lett kan oversettes til norsk, og kan bety styrke, kraft og makt, og at det i den nordiske faglitteraturen er myndiggjøring som brukes som en oversettelse av begrepet. Med andre ord uttrykker empowerment noe lignende som at personer som er i en maktesløs situasjon skal opparbeide seg kraft og styrke for å komme seg ut av denne situasjonen. Gjennom å motarbeide krefter som holder dem nede fører dette til at de får mer makt og styring over sitt eget liv.

Begrepet brukes blant annet i forhold til personer med psykiske lidelser, og som sykepleier går begrepet ut på at man skal styrke pasientens egne ressurser og hjelpe de til å få tilbake troen på seg selv. Det innebærer å få i gang aktiviteter/prosesser som kan styrke selvkontrollen deres. Sykepleiere som klarer å utøve empowerment på en god måte, kan bidra

til at pasienten får økt handlingskompetanse og mestringsevne (Kristoffersen, 2012). Rønning (2010) mener at empowerment dreier seg om at man skal overføre makt, og i denne sammenhengen vil det si at det overføres makt fra fagfolk til individer som mottar tjenesten.

Videre er holdninger og vurderinger viktige faktorer i arbeidet med empowerment. Basen for arbeidet er; å synliggjøre strukturen slik at de uttrykker respekt for menneskers likeverd og rettigheter, se alle mennesker som kompetente om de gis de rette forutsetningene, og å fokusere på alle menneskers likeverd og like rettigheter (Tengqvist, 2010).

### **3.5. Egostyrkende sykepleie**

Strand (2014) forklarer at dette begrepet innebærer en rekke prinsipper som psykiatriske sykepleiere forholder seg til ved interaksjoner med pasienter med psykotiske lidelser, angst eller nevrotisk lidelse.

#### ***3.5.1. Egostyrke og egosvakhet***

Håkonsen (2014) mener at alle mennesker gjennom livet vil møte på mange utfordringer og nederlag. For å kunne takle disse nederlagene på en hensiktsmessig måte, vil det være nødvendig at man innehar en viss egostyrke. Begrepene egostyrke og egosvakhet viser i hvilken grad individet har utviklet ferdigheter som kan bidra til at han eller hun kan passe inn i samfunnets daglige liv. Når man ser at individets atferd viser seg å ha en uhensiktsmessig utvikling kan man tenke seg at individet har en mangelfull utvikling av sine egofunksjoner.

Man kan si at egosvakhet viser seg på to forskjellige måter. En måte er ved at personen har en barnslig fremtoning med mangel på impulskontroll. Denne atferden kan vi noen ganger se hos både ungdom og voksne. Den andre måten egosvakhet viser seg på, er ved alvorlige psykiske lidelser. Dette er oftest spesielt i sammenheng med psykoselidelser. Ved psykoselidelser er både personens sansing og realitetsoppfattelse svært forstyrret, det vil si at viktige egofunksjoner er svekket. På grunn av de svekkede egofunksjonene kan ikke personen handle på en hensiktsmessig måte (Håkonsen, 2014).

### 3.5.2. *Egostyrkende sykepleieprinsipper*

Strand (2014) skriver at man først og fremst forholder seg til to overordnede prinsipper, det moderlige og det faderlige prinsippet. Det moderlige prinsipp står for en trygg havn der mennesket er beskyttet mot ytre påvirkninger og får lov til å bare være til. Denne beskyttelsen mot omverden er en grunnleggende faktor for at alt nytt liv skal kunne vokse og utvikle seg.

Det faderlige prinsippet står for å sette krav og forventinger til individet, det representerer en «dytt» ut i livet. Ved bruk av dette prinsippet er målet at individet skal kunne utvikle selvstendighet, og bli i stand til å mestre det daglige livet i samfunnet. De underordnede egostyrkende sykepleierprinsippene vil som oftest ikke bare representere det moderlige eller det faderlige prinsipp. Ofte må man som sykepleier ha begge disse i bakhodet for at man skal kunne bruke de egostyrkende sykepleieprinsippene terapeutisk (Strand, 2014).

Strand (2014) skriver at ved behandling av psykotiske pasienter kan man bruke blant annet følgende egostyrkende prinsipper;

- **Kontinuitet og regelmessighet** skaper basen for at forholdet mellom sykepleier og pasient skal kunne etablere seg. Dette begrepet må til for å skape en god kontakt mellom sykepleier og pasient. Pasienter med schizofreni har oftest veldig dårlig tillit til andre mennesker og stenger seg ofte inne i sin egen verden. For å skape en relasjon til pasienten må man tilby kontakt, bevise gjennom handlinger at man vil hjelpe, og være imøtekommende. Som sykepleier må man regelmessig vise at man er til å stole på. Kravet om kontinuitet og regelmessighet gjelder ikke bare sykepleieren. Pasienten må også fokusere på dette for å kunne skape en tilknytning til virkeligheten.
- **Nærhet og avstand.** Ved interaksjoner med personer med psykoselidelser er det viktig å vise «passe» interesse for individet. Å få til dette på en god måte er en kunst der man hele tiden balanserer mellom de to ytterpunktene nærhet og avstand. Det er viktig for sykepleieren å vite hvor grensen som regel går for den aktuelle pasienten. Blir man for nært knyttet til pasienten kan man bli handlingslammet og ikke i stand til å se den store sammenhengen. Hvis avstanden blir for stort har man ikke sjanse til å bli berørt og relatere seg til pasientens utfordringer.
- **Fysisk omsorg.** Mennesker i en psykotisk tilstand vil ofte ha manglende evne til å ivareta sine grunnleggende behov. De vil ofte snu døgnet, sove lite, spise dårlig/usunt, kle seg uhensiktsmessig og slutte å stelle seg. Når egenomsorgen svikter har man som

sykepleier ansvar for å kompensere for pasienten. Man vil da ta over styringen og kontrollen slik at pasienten får dekket sine grunnleggende behov. For pasienter som er i en god fase av lidelsen kan det være tilstrekkelig å kun veilede/undervise og oppmuntre til egenomsorg.

- **Containing-funksjon** innebærer at man som sykepleier lytter til det pasienten formidler, uten at man besvarer den aktuelle problematikken i øyeblikket. Sykepleieren bearbejder informasjonen og gir den tilbake i en mer strukturert form når pasienten er klar for det. Man fungerer da som en container der pasienten kan øse ut det han har behov for uten at sykepleieren utstråler negativitet.
- **Realitetsorientering** må man forholde seg til for at man skal opprettholde identiteten og autonomien til pasienten. Her må sykepleieren på en klok måte forsøke å være til hjelp i realitetsorienteringen. I noen tilfeller kan det holde at sykepleieren finnes der som en støtte, for at det skal regnes som realitetsorientering for pasienten. Med begrepet realitetsorientering menes det at man informerer pasienten om det som skjer her og nå, det som er i virkeligheten.
- **Pedagogisk tilnærming** handler om at sykepleieren må være tilgjengelig for pasienten for å dekke hans læringsbehov. Pasienter med psykoselidelser har ofte mangelfull kunnskap om dagliglivets aktiviteter. Dette kan for eksempel være hvordan man vasker klær, steller seg selv, lager mat eller pusser tenner. Sykepleieren er da en støtteperson som bidrar med denne kunnskapen.
- **Krav og mål** må man sette for pasienten. Dette kan først gjøres når man har oppnådd en god kontakt og man har fått et forhold til pasienten. Man må hele tiden ha et mål med behandlingen, ellers kan det føre til at det ikke blir noen fremgang for pasienten. Kravene må være oppnåelige og ikke for ambisiøse. Sykepleieren må hjelpe pasienten med målene, da pasienten selv ofte har for høye urealistiske mål som ligner på drømmer.

### 3.6. Kommunikasjon

Når man arbeider med psykotiske pasienter går mye av arbeidet med til å fokusere på samtalene. Gjennom spontane samtaler med pasienten lærer man hverandre å kjenne, dette gir et innblikk i at man viser hva slags person man er (Hummelvoll, 2014).

Kommunikasjon betyr at man utveksler meningsfulle tegn mellom seg og en eller flere parter. Som sykepleier er kommunikasjon en viktig faktor for vår yrkesutøvelse. I arbeid innen helse kommuniserer vi som yrkesutøvere, og ikke som privatpersoner. Dette stiller krav til kommunikasjonen. Den helsefaglige kommunikasjonen bør alltid være faglig velbegrunnet og hjelpende for den enkelte. For at man skal kunne bruke hjelpende kommunikasjon på en god måte må man inneha ferdigheter som aktiv lytting, samtale-, rådgivnings- og intervjuferdigheter. Målet for hjelpende kommunikasjon er at pasienten føler anerkjennelse, trygghet og tillit. Samtidig skal man gjennom denne kommunikasjonen bidra til å løse pasientens problemer og hjelpe pasienten så han kan mestre sin situasjon på best mulig måte (Eide & Eide, 2013).

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2015) skriver at det å kommunisere med en person i en psykotisk tilstand, og som har realitetsbrist er energikrevende. Det kreves da at man som sykepleier opprettholder den kompetanse man har tilegnet seg. Tålmodighet og vennlighet må man inneha for å få en pasient med realitetsbrist til å skjønne at man vil personen godt. Som sykepleier må man vise seg forståelsesfull og rørt. Viser man dette kan man få pasienten til å føle seg spesiell, viktig og betydningsfull. Det er også viktig at man som sykepleier viser pasienten at man tar det han formidler på alvor, da pasienten kan få en stor tilleggsbelastning hvis ikke sykepleieren viser dette.

Eide & Eide (2013) mener at for å få til en god kommunikasjon kreves det at man er bevisst både det nonverbale og det verbale språket som brukes. Når man uttrykker seg nonverbalt avsløres ofte spontane reaksjoner. Det er viktig å se det nonverbale språket fra den andre personen, slik at man ser og skjønner at den enkelte oppfatter det man mener. Som sykepleier må man ha fokus på pasienten, slik at man kan formidle en profesjonell nonverbal holdning, som viser interesse, og vilje til å bistå. Gjennom nonverbale signaler viser man at man er der for å hjelpe, og dette er av stor betydning for den tryggheten pasienten føler. Denne kommunikasjon er grunnleggende for sykepleieren, fordi den bidrar til oppbygging av tillit, trygghet og motivasjon. Det man som sykepleier skal ha fokus på ved nonverbal



kommunikasjon kan være øyekontakt, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, stemme og kroppsberøring. Selv om pasientens nonverbale tegn er tydelige, kan sykepleieren ikke vite helt sikkert hva pasienten mener. Dette går begge veier, og sykepleieres tegn må også tydeliggjøres for å få frem hva budskapet er. Når man anvender seg av den verbale kommunikasjonen skaper det en god kontakt, samt at det styrker relasjonen som bidrar til et fungerende samarbeid. Denne kommunikasjonsmetoden innebærer at man gir et direkte svar på det pasienten sier. Dette kan være alt fra små, korte ord til hele setninger. Når man som sykepleier uttrykker seg verbalt, viser man at man er interessert og at man følger med i samtalen. Dette kalles å være en aktiv lytter. Pasienten kan da føle tillit og at han eller hun vil kanskje fortelle mer om situasjonen sin. Det å gi en positiv tilbakemelding kan føre til at pasienten føler støtte, hvilket kan bidra til at han sitter igjen med en bedre selvfølelse etter avsluttet samtale (Eide & Eide, 2010).

Det å opparbeide god kontakt med personer med schizofrenilidelse forutsetter en balanse mellom nærhet og avstand. Man skal da ikke bare være tilstede fysisk, men også psykisk for pasienten. Balansen mellom nærhet og avstand innebærer at man ikke skal være for nær slik at pasienten føler seg invadert, og heller ikke holde for stor avstand slik at pasienten føler seg alene. Beveger man seg nære disse to ytterpunktene, kan dette kan føre til at pasienten får en angstfølelse (Kristoffersen, 2002). Kristoffersen (2002) belyser videre at man ved kommunikasjon med personer med schizofrenilidelse skal kommunisere som man gjør med andre personer man vil bli kjent med. Det finnes altså ikke noen direkte retningslinjer for hvordan man skal kommunisere med denne pasientgruppen.

### **3.7. Etikk**

Martinsen (2003) mener at alle mennesker har lik verdighet uavhengig av deres prestasjoner i livet. Martinsen snakker om «ukvalifisert menneskeverd». Det vil si at alle mennesker har lik rett til å bli tatt hensyn til. Som sykepleier skal man ta imot alle mennesker uten krav til kvalifikasjoner eller betingelser. Hun mener også at etikken er grunnleggende i alle menneskelige relasjoner. Hun mener at etikken ikke bør være regelbundet, men at det handler om å verne om den andres beste.

Etikken handler om å skape systematiske prinsipper for hva som er rett og galt. For å handle etisk riktig er det nødvendig å inneha en viss grad av solidaritet. Med det menes at man ønsker å ta vare på andre mennesker. Etikken handler derfor om menneskers ansvar for hverandre (Hummelvoll, 2014).

Integritet, autonomi og verdighet er grunnleggende verdier innenfor etikken i helsearbeidet. Et fundament innen helseomsorgen er at behandling og sykepleie skal bygge på respekt for pasienten, slik at man bevarer integritet og autonomi. Autonomi handler om retten til selvbestemmelse og medbestemmelse. Ved å ivareta pasientens integritet, opprettholder man menneskets verdier. Den enkeltes integritet skal ivaretas uavhengig av dens moralske standard og fysiske tilstand (Hummelvoll, 2014).

Når det gjelder pasienters generelle rettigheter, handler det om to sider som sykepleieren må arbeide etter. Det ene understreker rettigheter om menneskets verdighet. Det andre innebærer de lovfestede rettigheter som pasienten har, dette for å sikre god behandling (Hummelvoll, 2014).

Odland (2010) mener at arbeid innen helseomsorg handler om personens forståelse og syn på sykepleieryrket. Hvilket syn man har på sykepleieryrket kan påvirke hvordan man ser på behandling, og pleie av pasienten. Dette kan medføre en påvirkning av pasientens rett til medbestemmelse i egen behandling. Videre kan det påvirke sykepleierens syn på hva som er et verdig liv, og hvordan mennesker burde leve dette livet.

Odland (2010) mener at når man arbeider for å gi best mulig helhetlig omsorg, tar man utgangspunkt i fire dimensjoner av sykepleie;

- den fysiske dimensjonen. Dette handler om å se menneskets fysiske funksjoner og ressurser.
- den psykiske dimensjonen. Denne dimensjonen tar for seg de sjelelige egenskapene hos mennesket.
- den sosiale dimensjonen. Dette omhandler menneskets behov for kontakt med andre mennesker. Denne kontakten har stor betydning for den enkeltes opplevelse av trygghet og håp.
- den åndelige dimensjonen. Denne dimensjonen tar for seg menneskets bevissthet overfor egne valg av verdier, syn på livet eller religion.

Disse fire dimensjonene påvirker hverandre, og ved sykdom eller plager ved den ene dimensjonen kan dette skape belastninger ved de andre dimensjonene (Odland, 2010). Odland (2010) belyser at ved utøvelsen av sykepleie er det viktig at man ser alle dimensjonene ved mennesket.

### **3.8. Yrkesetiske retningslinjer**

En sykepleier har fire grunnleggende ansvarsområder, disse er: å fremme helse, forebygge sykdom, opprettholde helse og å lindre lidelse. Grunnmuren for sykepleie er å vise respekt for mennesket som individ og å respektere den enkeltes egne liv og verdighet. Sykepleieren skal også vise barmhjertighet, omsorg og være kunnskapsrik. Yrkesetiske retningslinjer sier litt om hva som skal prioriteres i ulike situasjoner, men det kan ikke erstatte skjønnnet i forhold til hva det skal legges vekt på når en situasjon skal vurderes (Slettebø, 2009).

De yrkesetiske retningslinjene består av seks hovedpunkter, og er punkter som en autorisert sykepleier må forholde seg til ute i arbeidet. De sentrale verdiene i retningslinjene for sykepleieren er å vise respekt for liv og menneskets verdighet, og ansvar for kvaliteten på omsorgen man yter (Slettebø, 2009).

I kapittel en i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at «sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011). Videre i dette kapittelet presiseres det at sykepleieren har et personlig ansvar for å erkjenne grenser for egen kompetanse og at hun arbeider innenfor disse.

I kapittel to står det at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, her under retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (NSF, 2011). Under dette kapittelet presiseres det at sykepleieren har et ansvar for å utføre en sykepleiepraksis som fremmer pasientens helse, og forebygger sykdom. I tillegg skal sykepleieren støtte pasienten slik at han føler mestring, håp og livsmot. Sykepleieren skal gjennom å gi tilstrekkelig informasjon bidra til at pasienten har mulighet til å foreta selvstendige avgjørelser vedrørende sin helse. Denne informasjonen må være tilpasset pasienten. Sykepleieren har et ansvar for å formidle denne informasjonen på en måte som gjør at pasienten forstår hva som menes (NSF, 2011).

### **3.9. Lover**

Her har vi valgt å fokusere på de lover som vi syns er mest relevante for vår problemstilling og oppgave. De lovene vi har valgt å tatt med er de mest aktuelle for denne problemstilling, og belyser sykepleierens forpliktelser og pasientens rettigheter.

#### ***3.9.1. Helsepersonelloven***

Helsepersonelloven (1999) sitt formål er å bidra til sikkerhet for pasienter gjeldende for kvaliteten på helsehjelpen. I tillegg skal den bidra til å skape tillit til helsepersonell innen omsorgstjenesten. Loven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter omsorg i landet. Med helsepersonell menes personell med autorisasjon/legitimasjon til å utøve pleie. I §4 står det at helsepersonellets yrkesutøvelse skal skje ut i fra de kvalifikasjoner som forventes. Personellet skal også skaffe bistand eller henvise pasienter dersom dette er mulig og nødvendig samt hvis pasientens behov krever det.

#### ***3.9.2. Helse- og omsorgstjenesteloven***

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har som hovedformål å forebygge og behandle, samt å tilrettelegge for pasienter til å mestre egen sykdom. Videre er lovens formål at tjenestetilbudet blir levert på en faglig og kvalitativ måte, og at det gis et likt tjenestetilbud til innbyggerne innenfor den enkelte kommune. I §4-1 står det at kommunen er lovpålagt å tilrettelegge tjenestene slik at pasient eller bruker får et verdig tjenestetilbud, der personellet som utfører tjenestene innehar tilstrekkelig fagkompetanse, og overholder sine lovpålagte plikter. I §3-1 står det at kommune har ansvar for å sørge for at alle personer som bor i kommunen har tilbud om nødvendige helse og omsorgstjenester. Kommunen har ansvar for alle pasient- og brukergrupper. Dette gjelder alle personer med nedsatt funksjonsevne, sosiale problemer og personer med somatisk eller psykisk sykdom.

### ***3.9.3. Pasient- og brukerrettighetsloven***

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er til for å sikre at alle deler av befolkningen får lik tilgang til tjenester av god kvalitet. Loven skal legge til rette for at det kan skapes et tillitsforhold mellom pasient/bruker og helse- omsorgstjenesten. Den skal ivareta pasient/brukers liv og integritet, og fremme sosial trygghet. I følge §3-1 har pasienten og bruker rett til medvirkning i egen behandling, samt rett til å medvirke ved valg mellom ulike undersøkelses- og behandlingsmetoder, dette for å ivareta egne rettigheter. Ved utforming av tjenestetilbudet skal det legges stor vekt på hva pasient/bruker mener. I §3-2 står det at pasienten/bruker har rett på all informasjon som er nødvendig for at han skal få innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen han mottar. Pasienten/bruker har også rett på informasjon om mulige bivirkninger og risikoer ved behandling. Informasjonen som gis skal så langt det er mulig være tilpasset pasienten/brukerens individuelle forutsetninger.

## 4. Drøfting

I dette kapittelet vil vi analysere teoridelen opp mot vår problemstilling. Vi vil ta utgangspunkt i caset som omhandler Petter og hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte kan skape et tillitsforhold til han. Vi har valgt å dele inn drøftingen i underkapitler for å belyse det vi mener er sentralt i forhold til vår problemstilling og case.

### 4.1. Sykepleierens kommunikasjon med Petter

Snoek & Engedal (2004) skriver at den vanligste formen for psykoselidelser er schizofreni. Schizofrene personer opplever ofte symptomer som for eksempel vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinasjoner og mistenksomhet. Dette er noe vi ser at Petter i det beskrevne caset lider av. Han har hørselshallusinasjoner og er mistenksom overfor personalet som kommer hjem til han. Han stoler ikke på dem, og i tillegg slipper han de til tider ikke inn. Snoek & Engedal (2004) belyser at disse symptomene kan gjøre det vanskelig for personen å delta i interaksjoner med andre mennesker. Dette er også noe Lauveng (2006) gir en beskrivelse av i sin bok. Hun beskriver det slik at hennes hørselshallusinasjoner var så høylytte at det var vanskelig å delta i samtaler med andre mennesker. Vi kan tenke oss at dette er gjeldende i Petters situasjon, og at dette kan skape utfordringer når vi som sykepleiere skal kommunisere godt med han. Vi kan derfor tenke oss at det i starten av kommunikasjonen med Petter kan være lurt at dette skjer på hans premisser. Enkelte ganger kan det være hensiktsmessig å godta at han ikke vil snakke, og at han må få bestemme når han er klar for å delta i en samtale. Det kan da være en fordel at vi som sykepleiere er åpne og tilgjengelige for samtalen når Petter viser at han selv er klar for det.

Hummelvoll (2014) påpeker at kommunikasjon er en stor del av arbeidet med schizofrene pasienter. I tillegg skriver Eide & Eide (2010) at god verbal kommunikasjon bidrar til å styrke relasjonen mellom to mennesker. Vi kan derfor tenke oss at det er svært viktig at vi som sykepleiere får til god kommunikasjon med Petter til tross for symptomene han har, slik at dette kan bidra til å styrke tillitsforholdet mellom oss. Eide & Eide (2010) skriver at kommunikasjonen skal bygge på den faglige kompetansen. Ved en god kommunikasjon kan man være til hjelp for den lidende. De belyser videre at man må inneha ulike ferdigheter for å

få til denne kommunikasjonen på en god måte. Ut i fra dette tolker vi det slik at den nonverbale og den verbale kommunikasjonsmåten kan bli svært viktig i arbeidet med Petter, og at vi som sykepleiere bør være bevisst på de signalene som Petter sender. Dette for å vite når vi skal fortsette samtalen og når vi skal trekke oss litt tilbake for å gi han mer rom. Ved den verbale kommunikasjonen viser vi overfor Petter at vi er tilstede i samtalen og at vi lytter til det han har å fortelle oss. Martinsen (2005) poengterer at nærværet i samtalen er svært viktig. Hun mener at gjennom å møte hverandre i en samtale der begge parter er engasjert, kan man skape grunnlaget for at en gjensidig tillit kan bygges opp. Vi kan besvare Petters samtale med små korte ord som oppfordrer han til å fortelle mer. Ved den nonverbale kommunikasjonen kan det være viktig at vi som sykepleiere virker interesserte ut, har øyekontakt med Petter, og at vi har et bevisst kroppsspråk som viser at vi har tid og lyst til å være tilstede i samtalen med han.

Snoek & Engedal (2004) mener at det kan være vanskelig for personer med schizofreni å mestre spontanitet og ledighet i samtale. Vi mener derfor at det i kommunikasjonen med Petter blir viktig at vi oppfordrer han til å bruke språket sitt nøye, slik at det gir minst mulig rom for misforståelser mellom oss og han. I tillegg kan vi tenke oss at det kan være vanskelig for Petter å tolke det vi sier til han. Eide & Eide (2013) mener at man som sykepleier må være tydelig i sit språk for å få frem det viktige i budskapet. Derfor mener vi at det kan være hensiktsmessig at vi bruker et språk som er klart og tydelig, uten bruk av språklige virkemidler slik som for eksempel ironi og metaforer. Dette kan skape unødvendige misforståelser, og den gode samtalen kan falle bort. O'Brien (2001) skriver i sin studie at brukerne legger vekt på å bli respektert i sykepleier-bruker forholdet. Brukerne i studien satte pris på at sykepleieren møtte de som likesinnede, og ikke ga uttrykk for at brukeren var «gal» eller dum. Ut ifra dette tenker vi oss at det er viktig for Petter at vi som sykepleiere også passer på så samtalen ikke blir for «enkel» i språket. Det er viktig å tenke på at det kan være nedverdiggende for han å bli snakket til på en måte som kan ligne kommunikasjonen til et barn.

Kristoffersen (2002) skriver at vi som sykepleiere må være bevisst på hvor nære eller hvor langt fra pasienten vi bør befinne oss når vi skal kommunisere godt. Dette gjelder både fysisk og psykisk nærhet. Martinsen (2005) mener at det i samtalen må være en balanse mellom partenes urørlighetssoner og åpenhet. Ingen av partene må føle behov for å angripe eller å forsvare seg i samtalen. I Petters tilfelle ser vi ut ifra dette at det vil være viktig at vi som sykepleiere ikke invaderer hans personlige rom, men at vi samtidig passer på at vi er nære nok til at han ikke føler seg alene. Videre ser vi at vi som sykepleiere bør gå varsomt frem, slik at

Petter hele tiden er delaktig og «henger med» i samtalen. Nærhet og avstand er noe Strand (2014) også beskriver som et viktig prinsipp når det gjelder behandling av schizofrene pasienter.

Strand (2014) mener videre at man bør sette ord på det man tenker og føler, da dette kan virke terapeutisk for pasienten. I tillegg må man i visse situasjoner være tilgjengelig slik at pasienten kan avlaste sine tanker og følelser, uten at man som sykepleier utstråler negativitet. I Petters situasjon er det viktig at vi som sykepleiere forstår at han noen ganger har behov for å dele sine tanker med andre. Det kan være nyttig for hans behandling at vi er der for å høre på det han har å si, uten å reagere negativt på dette. Det kan være hensiktsmessig å bearbeide den informasjon som Petter gir, for at man da skal kunne gi han gode tilbakemeldinger i senere tid.

Selv om vi har sett at det er flere faktorer vi skal ta hensyn til i kommunikasjonen med Petter, mener Kristoffersen (2002) at kommunikasjonen skal skje som med hvilken annen person som helst. Dette er noe Hörberg, Brunt & Axelsson (2004) også gjennom sin studie påpeker. De har gjennom sin studie sett at dette er en viktig faktor for god kommunikasjon med brukere som Petter. Brukerne i deres studie uttrykte at sykepleiere som så dem for den de er, og som møtte de som likeverdige mennesker, var sykepleiere de fikk lyst til å samarbeide med. Dette tenker vi skulle kunne hjelpe Petter til å åpne seg mer for oss som sykepleiere. Dette belyser at selv om det er visse faktorer vi må ta hensyn til i kommunikasjonen med Petter, vil det kunne være viktig for Petter at vi først og fremst møter han som et medmenneske og ikke som behandler. Dette vil kunne føre til at han føler seg ivaretatt og respektert.

#### **4.2. Tiltak som sykepleieren i hjemmesykepleien kan gjøre for å legge til rette for relasjonsbygging med Petter**

I følge helse- og omsorgstjeneste loven (2011) har Petter krav på tilbud om nødvendige helse og omsorgstjenester i kommunen. I følge denne loven skal sykepleieren inneha tilstrekkelig kompetanse slik at Petter får et verdig tjenestetilbud. Vi skal som sykepleiere følge denne loven etter best mulig evne, selv om Petter befinner seg i en vanskelig situasjon, og som til tider gjør at det kan være utfordrende å gi han den hjelpen han trenger, og har krav på.



Hjemmesykepleien er lovpålagt å gi et likt tjenestetilbud til alle personer i kommunen. De skal så langt det lar seg gjøre tilrettelegge for pasienter slik at de mestrer egen sykdom (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Hjemmesykepleien har da et ansvar for å tilrettelegge behandlingen for Petter, slik at den er til best mulig hjelp for han.

I Helsepersonelloven (1999) står det at alt helsepersonell skal utøve sitt arbeid ut ifra de kvalifikasjonene som forventes fra arbeidsstedet. Med dette tenker vi at sykepleieren er lovpålagt å tilegne seg kunnskap og kompetanse vedrørende Petters oppfølging og behandling. Dette sikrer at kvaliteten på hans behandling er god. Vi som sykepleiere må ikke bare inneha kompetanse om hans schizofrenilidelse, men også om hvordan sårbehandlingen skal utføres. Det vil kunne virke betryggende for Petter at han får et inntrykk av at sykepleieren kan faget sitt, og hvorfor han/hun gjør det som skal gjøres.

Fordi Petter har hallusinasjoner og paranoide tanker har han ifølge Håkonsen (2014) en svekkelse i sine egofunksjoner. Strand (2014) tar for seg en rekke prinsipper for hvordan man som sykepleier kan styrke disse egofunksjonene. Hun mener at prinsippet om kontinuitet og regelmessighet legger grunnlaget for at det kan etableres et godt forhold mellom sykepleier og bruker. Dette handler om at vi som sykepleiere viser kontinuitet og regelmessighet i behandlingen av Petter, blant annet ved at vi holder avtaler, kommer i tide og viser at vi er til å stole på. Selv om vi som sykepleiere har et personlig ansvar for å overholde dette prinsippet, vil det også være viktig at det fra administrasjonens side blir lagt til rette for at dette kan gjennomføres. Hvordan det administrative arbeidet organiseres er opp til den enkelte kommunen. Kravet er at organiseringen sikrer likt tjenestetilbud til alle i befolkningen (Fjørtoft, 2014). Vår egen erfaring fra praksis tilsier at det ofte er sykepleiere som har ansvar for dette administrative arbeidet. Når vi som sykepleiere jobber ute i hjemmet til Petter kan vi tenke oss at det vil være gunstig at vi gir videre beskjed til enheten om Petters behov og oppfølging, slik at hjelpen kan tilrettelegges for hans behov. Dette kan for eksempel være ved å sørge for at han får færrest mulig av personalet å forholde seg til.

Forchuk, Westwell, Martin, Bamber-Azzopardi, Kosterewa-Tolman & Hux (2000) har gjort en studie der de peker på at det er en hjelpende faktor i behandlingen at brukeren har få sykepleiere å forholde seg til, helst en fast ansvarlig sykepleier. Ved å lese dette kan vi tenke oss at det også i Petters tilfelle vil være hensiktsmessig at han har en fast sykepleier som er ansvarlig for hans behandling. Hvis ikke den faste sykepleieren er tilgjengelig vil det kunne være en god plan å ha en liten gruppe rundt Petter som er godt informert om tilstanden og

videre oppfølging. Det kan da være lurt at vi gir han beskjed på forhånd når det er noen andre i gruppen som kommer, slik at han kan forberede seg mentalt på det.

Thorsen (referert i Fjørtoft, 2014) mener at det er viktig å ta hensyn til tidsaspektet som preger hjemmet. Petter har en egen døgnrytme som han har skapt selv, og som er tilpasset hans hverdag. Det kan være viktig for han at han får faste tidspunkter for sine besøk og at det er avsatt tilstrekkelig tid for han. Tidspunktet for besøkene burde tilrettelegges så godt det lar seg gjøres i forhold til Petters døgnrytme. Når vi tilrettelegger tiden for han kan det bidra til at han føler seg ivaretatt og mindre bundet av behandlingen. Dette kan videre føre til at han får et bedre tillitsforhold til oss som sykepleier og at han kan stole mer på oss når vi holder faste avtaler.

### **4.3. Faktorer man som sykepleier må ta hensyn til ved arbeid i Petters hjem**

I følge Fjørtoft (2014) er hjemmet et sted der individet skal føle seg trygg og selvstendig. Han belyser videre at man som sykepleier må ta hensyn til den enkeltes rutiner og regler. Thorsen (referert i Fjørtoft, 2014) tar for seg fire aspekter man må ta hensyn til når man trer inn i andres hjem. Ut ifra dette ser vi at når vi som sykepleiere skal behandle Petter burde vi tenke på at vi skal tre inn i hjemmet med respekt for hans personlige rom. Hjemmet til Petter skal fortsatt være et hjem, selv om det er arbeidsplassen vår. Det kan da være lurt at vi banker på døren slik at vi ivaretar hans rettighet til å åpne og slippe oss inn. Petter må få lov til å bestemme selv hvor behandlingen skal skje, hvilket rom han vil blottlegge for oss. Vi kan tenke oss at han for eksempel ikke vil bruke soverommet som arena for sårbehandlingen, da dette oftest er et av de mest private rommet i et hjem. I tidligere jobb har vi erfart at sårutstyr blir liggende igjen i hjemmet, da oftest lett synlig og tilgjengelig. Det viktige blir da å spørre Petter hvor han ønsker å oppbevare utstyret, slik at han ikke føler at vi som sykepleiere invaderer hjemmet hans og at vi tar oss for mye til rette. Petter kan da få en opplevelse av at hjemmet hans blir for mye lignende en institusjon, mer enn hans eget hjem. Et av de fire aspektene Thorsen (referert i Fjørtoft, 2014) tar for seg, er det sosiale aspektet. Vi tolker ut ifra dette at det er viktig for oss som sykepleiere å tenke på hvordan vi påvirker de sosiale relasjonene hjemmet til Petter inneholder. Vi burde som sykepleier så godt det lar seg gjøre

tilrettelegge slik at Petter kan bestemme når han ønsker bistand fra oss. Gjennom å gjøre dette kan han planlegge dagen sin, og føle mer frihet i behandlingen.

Av egne erfaringer ved arbeid hjemmesykepleien har vi opplevd at personalet fort blir vant til å gå inn i andres hjem og bruke dette som sin arbeidsplass. Martinsen (2003) belyser at man som sykepleier alltid må møte pasienter som enkeltindivider. Ingen opplever sykdom eller lidelse likt, og alle har ulike måter å takle dette på. Av dette kan vi se at alle som mottar hjelp i eget hjem, vil oppleve dette forskjellig. Selv om vi som sykepleiere er vant til å bruke andres hjem som arbeidsplass, er det ikke sagt at brukeren er vant til at vi trer inn i hans eller hennes personlige rom. Det kan bli viktig at vi viser hensyn til Petter og hans følelser av at vi invaderer hjemmet hans. Selv om vi vet hvor ting ligger i hjemmet kan det oppleves positivt for Petter om vi spør han om vi får hente tingene. Vi er tross alt en gjest hjemme hos Petter, og skal opptre deretter.

#### **4.4. Etisk refleksjon rundt Petters situasjon**

I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2011) har man et ansvar for å utføre sitt arbeid på en slik måte at det fremmer pasientens helse, og forebygger sykdom. Sykepleieren skal være en støtte for pasienten slik at han kan føle håp, mestring og livsmot. Dette er retningslinjer vi skal følge i arbeidet med Petter. Martinsen (2003) mener at etikken er grunnleggende i alt helsearbeid. Hvis vi kan få Petter til å mestre hverdagen med hjelp fra hjemmesykepleien kan dette føre til at det opparbeides et håp. Dette håpet vil være svært viktig for at han vil ta imot den behandlingen som vi tilbyr. I tillegg til de forpliktende rettighetene man som sykepleier skal sørge for at pasienten får, har man også i arbeidet som sykepleier et personlig ansvar for å opprettholde menneskets iboende verdighet (Hummelvoll, 2014). Hummelvoll (2014) mener at dette er grunnleggende ved arbeid innen helse og omsorg. Det arbeidet som sykepleieren utfører skal bygge på respekt for brukeren, på en slik måte at det bevarer brukerens integritet. Ved behandlingen av Petter vil det kunne være viktig at vi ser han for den han er og respekterer hans verdier. Vi har som sykepleiere et stort ansvar for å ivareta hans verdighet.

Hummelvoll (2014) mener at for at man skal kunne handle etisk riktig må sykepleieren inneha en viss grad av solidaritet, altså et ønske om at man vil ta vare på andre mennesker. Dette

ønsket må være uavhengig av brukerens moralske standard og fysiske eller psykiske tilstand. Dette er noe som også Martinsen (2003) påpeker er viktig. Hun mener at alle mennesker har lik verdighet og at man skal respektere de uavhengig av deres bakgrunn. Det kan være en fordel at vi som sykepleiere er interessert i faget og genuint interessert i Petter og hans behov for hjelp. Hvis vi ikke er interesserte vil dette kunne gå utover kvaliteten på arbeidet. Dette kan vise seg ved at man ikke holder avtaler, eller at man ikke bruker den tiden man skal hjemme hos han. Det å vise interesse for den andre er viktig for at et tillitsforhold skal etablere seg (Hummelvoll, 2014). Hvis ikke Petter opplever at vi er interessert i han, vil det kunne skape dårlig grunnlag for at han skal kunne stole på oss. Dette kan føre til at vi som sykepleiere ikke sitter igjen med noen god følelse, men det vil i størst grad gå utover Petter i form av at han ikke får den hjelpen han trenger.

Katakura, Yamamoto- Mitani & Ishigaki (2010) har gjort en studie som viser at sykepleierens holdninger og forutinntatte meninger er av stor betydning når det kommer til å skulle gi god pleie til pasienter med schizofreni. Sykepleierne i studien kom frem til at ved at de erkjente sine holdninger og forutinntatte meninger om personer med schizofreni førte det til bedre omsorg i arbeidet. De fikk da en annet syn på brukerne og så viktigheten av å møte brukeren som et likeverdig menneske istedenfor som en schizofren. Ut ifra dette ser vi at i arbeidet med Petter vil det være viktig for oss som sykepleiere å være klar over våre meninger om, og holdninger til personer med schizofreni. Disse holdningene og meningene skal ikke gå ut over Petter. For at vi skal kunne bygge et godt forhold til Petter er det viktig at vi som sykepleiere utstråler et genuint ønske om å ta vare på han som det mennesket han er.

Ved at vi som sykepleiere hjelper Petter vil det kunne skapes et avhengighetsforhold mellom oss. Denne avhengigheten av hverandre mener Kari Martinsen (2005) er fundamentalt for mennesket. I følge henne må sykepleierens arbeid bygge på svak paternalisme for at det skal være til hjelp for pasienten. Videre mener Kari Martinsen at tillit er viktig for den helsehjelpen sykepleieren yter. Dette handler om å utlevere seg til andre og legge noe av sitt liv i deres hånd. Sykepleieren må vise seg interessert og verdig for at brukeren skal våge å åpne seg. Vi tenker at vi som sykepleiere må engasjere oss i arbeidet med Petter, for at han skal forstå at vi vil hjelpe han. Når vi viser oss interesserte og engasjerte tenker vi at dette kan føre til at Petter stoler på oss, og blir trygg på den hjelpen vi tilbyr. Dette vil kunne skape et godt grunnlag for at tillit opparbeides mellom oss. For at vi skal få Petter til å stole på oss og få ett forhold til oss må vi vise oss verdige hans tillit.

I og med at Petter lider av paranoide tanker og hallusinasjoner, kan vi tenke oss at det vil kreve mye av han å kunne stole på oss som sykepleiere. Dette er det viktig at vi er klar over. Vi kan tenke oss at det vil være viktig å kunne gi han noe av oss selv, åpne oss gjennom å fortelle han om hvem vi er. Lauveng (2006) beskriver at hun under sin sykdomsperiode savnet en riktig venn. Dette belyser at vi som sykepleiere ikke må trekke oss unna Petter. Selv om han ikke viser at han ønsker at noen skal bry seg om han, kan vi tenke oss at han likevel innerst inne ønsker å ha noen rundt seg.

I studien som Hörberg, Brunt & Axelsson (2004) har gjort peker de på flere faktorer for at forholdet til brukeren skal kunne utvikle seg. Brukerne i studien uttrykte at det var viktig at sykepleieren opplevdes støttende, styrkende og respekterende. I tillegg var det viktig at sykepleieren gav de en følelse av kontroll og en mulighet til å vokse i situasjonen. Gjennom å opplyse Petter om sårbehandlingen kan vi tenke oss at det vil gjøre at han føler mer kontroll over situasjonen, da han vet hva som skal gjøres og hvorfor. O'Brien (2001) belyser i sin studie at det er viktig for brukerne at de ikke ble dømt. Ut ifra dette forstår vi at det vil være av betydning at vi som sykepleiere viser oss forståelsesfulle og ikke dømmer Petter for de plagene han har. Dette kan føre til at Petter stenger seg inn og ikke får muligheten til å motta den bistanden han har krav på. Brukerne i O'Briens (2001) studie mente også at det var viktig at sykepleieren møtte de med forståelse, og at han/hun var noen de kunne komme til med alle sine problemer uten at de ble dømt. Vi tenker at dette er noe Petter er redd for da han ikke slipper hjemmesykepleien inn. Han kan være bekymret for hva de synes om han fordi de ikke kjenner ham eller hans sykdom så godt. Det å vise Petter at vi som sykepleiere er støttende er en forutsetning for å skape en god relasjon. Det vil kunne virke positivt at vi viser at vi er på Petters side i hjelpearbeidet, og at vi ikke vil han noe vondt. Strand (2014) skriver at realitetsorientering må være tilstede for at pasienten skal beholde identiteten og autonomien. Dette er noe deltagerne i O'Briens (2001) studie også belyste. De mente at sykepleieren virket som en forankring i virkeligheten. For Petter kan det være en trygghet at vi som sykepleiere forholder oss til det som er virkelig og at vi ikke lar hans tanker påvirke oss, slik at vi kan virke dempende på hans hallusinasjoner.

Forchuk, Westwell, Martin, Bamber-Azzopardi, Kosterewa-Tolman & Hux (2000) skriver i sin studie at det også er en rekke faktorer som kan påvirke forholdet mellom sykepleier og bruker på en negativ måte. Dette inkluderer at sykepleieren ikke er konsekvent i sin behandling og at hun ofte er utilgjengelig. I tillegg vil urealistiske forventninger fra brukeren kunne hindre utviklingen av tillitsforholdet mellom partene. Vi mener derfor at det kan være

viktig at vi er tilgjengelige for Petter og at vi er konsekvente i hjelpearbeidet. Dette kan for eksempel gjøres ved at vi gir han beskjed om at sårprosedyren er skrevet av en poliklinisk avdeling og som er en bestemt prosedyre som vi må følge. Det kan være viktig at vi som sykepleiere informerer Petter godt om forventet resultat og behandlingstid. Dette for å forhindre at han får urealistiske forventninger. Ved at vi jobber etter samme mål og forventninger vil det kunne skape et bedre grunnlag for å bygge en relasjon. Videre ser vi at det kan være hensiktsmessig å sørge for at Petter har et likt forhold til behandlingen som det vi har.

Odland (2010) belyser i de fire dimensjonene, at det sosiale er viktig for å gi helhetlig omsorg. Ved behandling av Petter kan det være viktig at vi ikke bare ser de fysiske plagene, men at vi også ivaretar hans psykiske, sosial og åndelige verdier. Disse påvirker hverandre, og dermed er det av stor betydning at vi fokuserer på helheten hos Petter. Ved å vise interesse for hele den personen Petter er og alle aspektene ved han, kan det føre til at han føler seg ivaretatt og sett. Dermed kan han få en opplevelse av at vi faktisk bryr oss om han. Fysisk omsorg for den psykisk syke er noe Strand (2014) mener er en viktig del i behandlingen av brukeren.

#### **4.5. Inkludering av Petter i egen behandling**

Begrepet empowerment bli oftest brukt ved behandling av psykisk syke. Begrepet handler om at man som sykepleier skal overføre kunnskap og makt til pasienten, slik at han mestrer egen sykdom (Kristoffersen, 2012). I Petters tilfelle vil det si at vi som sykepleiere myndiggjør han ved å gi han mulighet til medbestemmelse i egen behandling. Kristoffersen (2012) hevder at sykepleiere som bruker empowerment på en god måte kan øke handlingskompetansen og mestringsevnen til brukeren. Det vil kunne være viktig for Petter at vi som sykepleiere fremmer hans delaktighet. På en slik måte vil han da kanskje ikke føle seg overkjørt, men han kan føle at han blir godt ivaretatt. Vi ser at dette vil kunne være viktig for å skape et godt grunnlag for at forholdet mellom oss som sykepleiere og Petter kan bli sterkt.

Vi som sykepleiere har også en lovpålagt plikt til å legge til rette for at Petter kan medvirke ved egen behandling, dette kommer frem av Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Vi skal som sykepleier gi Petter all informasjon som han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand. Det er viktig at det fremgår hva pasienten mener hva som er viktig for han. Hvis vi som

sykepleiere vet hva Petter ønsker med bistanden han får fra kommunen, vil det føre til at vi vet hvordan vi best mulig skal legge til rette for han.

Kvåle & Bondevik (2010) har gjort en studie på pasienters opplevelser av sykepleierens kunnskap. Pasientene i studien tok for gitt at sykepleieren satt inne med en bred kunnskap slik at behandlingen var av god kvalitet. De uttrykte at de følte seg trygge og at det kunne lindre lidelsen hvis sykepleieren hadde nok kunnskap til å gi dem nyttig informasjon. Pasientene ønsket å ha sykepleiere med mye kunnskap og lang erfaring, da de mente at dette la grunnlaget for god pleie. Denne studien belyser at ved arbeidet med Petter kan det være av stor betydning for han at vi som sykepleiere sitter inne med mye kunnskaper om hans lidelse og behandling. For Petter kan dette føre til at han føler trygghet og at han vil ta imot behandlingen av hjemmesykepleien. For at Petter skal kunne ta del i egen behandling vil det kunne være viktig at vi som sykepleiere deler med oss den kunnskapen vi innehar. På en slik måte kan også Petter bli kunnskapsrik om seg og sin behandling. Dette kan føre til styrkelse av hans autonomi og rett til selvbestemmelse. Dette er noe som Hummelvoll (2014) ser på som fundamentalt innen helseomsorg. Selv om det er viktig at vi som sykepleiere skal dele med oss av vår kunnskap mener Martinsen (2005) at det er den hjelpetrengende som har best innsikt i sin lidelse. Derfor blir det viktig at man lytter til hva brukeren har å si for å få nok informasjon til å kunne gjøre en god vurdering av behandlingen.

I Nygårdh, Malm, Wikby & Ahlström (2011) studie viser de at pasienter føler mer kontroll over eget liv når de får være delaktige i beslutninger som gjøres vedrørende deres behandling. De mener at pasienter som får en bedre forståelse for sin egen sykdom opplever bedre selvtillit og mestringsfølelse. Dette tenker vi er en sentral bit i Petters delaktighet i behandlingen. Hvis han får en bedre forståelse om sin lidelse kan det hjelpe han til å bli en bedre ressurs i egen behandling. Petter kan f.eks bli informert om hvordan såret ser ut og hvorfor vi utfører en viss prosedyre. Dette for å bedre hans kunnskap om den helsehjelpen vi yter.

Hvis vi som sykepleier hjelper Petter med å ta ulike valg vil dette kunne føre til at han får bedre mestringsevne og selvtillit. Dette vil videre kunne bidra til at hans egofunksjoner styrkes. Det å inkludere Petter i behandlingen kan innebære at vi forteller om fordeler og ulemper hvis han gjør slik eller slik. Vi skal virke som støttespillere og lede han til det som er best for han selv. Gjennom dette samspillet kan vi skape et forhold til hverandre, slik at et godt samarbeid opparbeides.

## 5. Konklusjon

Gjennom drøftingen har vi sett at det er en rekke faktorer som kan spille inn for hvordan et forhold mellom sykepleier å bruker utvikler seg. Vi har anvendt oss av Kari Martinsen og hennes omsorgsfilosofi. Gjennom drøftingen har vi sett at hennes filosofi kan legge grunnlaget for gode relasjoner til brukere med schizofrenilidelser. Vi har også anvendt oss av fag- og forskningslitteratur for å komme fram til en konklusjon på oppgaven.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi sett at kommunikasjon er en svært viktig del av det å kunne oppnå en god kontakt med brukeren. Dette innebærer blant annet at man viser seg interessert gjennom samtaler. Man må være tilstede og engasjert for at brukeren skal føle seg sett og hørt. Som sykepleier skal man vise seg verdig brukerens tillit, og for å oppnå dette må man utstråle et genuint ønske om å hjelpe. Det er viktig at vi har pasienten i fokus og er oppmerksomme på hva han tenker og ønsker i enhver situasjon.

Gjennom drøftingen har vi også sett at det kan være av stor betydning at brukeren kan ta del i egen behandling. Det at sykepleieren viser seg kunnskapsrik kan bidra til at brukeren stoler på sykepleieren og at han føler seg trygg i behandlingen. Dette kan igjen føre til at et sterkt tillitsbånd opparbeides mellom partene.

Det å arbeide i andres hjem kan være en vanskelig situasjon til tider, da brukerne ofte kan føle seg invaderte. Hjemmet skaper en helt annen situasjon enn ved arbeid i institusjon. Gjennom denne oppgaven har vi sett viktigheten av hvordan man forholder seg når man trer inn i andres hjem og hvordan dette kan påvirke relasjonen til eieren av boligen. Vi som sykepleiere må ta hensyn til at vi faktisk er en gjest i den andres hjem. Det å arbeide i hjemmesykepleien har vi sett kan være en utfordring, da tidsskjemaet kan være forskjellig fra dag til dag, og det ikke alltid er samme personale som arbeider hver dag. Likevel tenker vi at det ved god tilrettelegging fra administrasjonens side kan være muligheter for å finne gode løsninger som gagnar brukeren.

Vi har oppdaget at det kan være en følelsesmessig belastning for sykepleieren å møte et annet menneske som har en svekkelse i sine egofunksjoner. Sykepleieren må være bevisst på sine egne holdninger mot brukeren. Det at sykepleieren kan vise empati og forståelse for den andres situasjon er svært viktig for at brukeren skal kunne vise tillit til henne. Forskningen vi har inkludert i denne oppgaven viser at brukerne legger stor vekt på det å bli respektert og



møtt med verdighet. De ønsker at sykepleieren skal se dem for den de er og se dem som likesinnede personer.

## 6. Litteraturliste

- \*Askheim, O. P. & Starring, B. (Red.). (2010). Empowerment – Et moteord? I Altmann, L., Askheim, O. P., Cech, B. N., Follesø, R., Løken, K. H., Rønning, R., ... Øvrelid, B. *Empowerment – I teori og praksis*. (s. 13-20). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Askheim, O. P. (2010). Empowerment – ulike tilnæringer. I Altmann, L., Askheim, O. P., Cech, B. N., Follesø, R., Løken, K. H., Rønning, R., ... Øvrelid, B. *Empowerment – I teori og praksis*. (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \*Database for statistikk om høgre utdanning. (2016). *Kriterier for godkjenning av publiseringskanaler*. Lokalisert på: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmKriterier>
- Fjørtoft, A.-K. (2014). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- \*Forchuk, C., Westwell, J., Martin, M.-L., Bamber-Azzopardi, W., Kosterewa-Tolman, D. & Hux, M. (2000). The developing nurse-client relationship: Nurses' perspective. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 6(1), 3-10. Lokalisert på <http://jap.sagepub.com/content/6/1/3.full.pdf+html>
- \*Fugelli, P. (2015). *Grunnstoffet tillit*. Lokalisert 11.04.16 på: <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>
- \*Helsenorge. (2015). *Schizofreni*. Lokalisert 13.04.16 på: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni>
- Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2011-06-24-30. §4, §3-1 (2015).
- Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §4. (2016).
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – ikke stykkevis og delt – psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K.M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Hörberg, U., Brunt, D. & Axelsson, Å. (2004). Clients' perceptions of client-nurse relationships in local authority psychiatric services: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing* 13(1), 9-17. Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=455c3793-4298-470f-8c93-f992b0993844%40sessionmgr113&vid=16&hid=102>

\*Johannessen, J. O. (2002). Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. (20), 2011-2014. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/586658>

\*Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N. & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* 19(2), 102-109. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x>

\*Kristoffersen, K. (2002). Det tredje øret. I Alvsvåg, H., Bjørk, I. T., Bondevik, M., Dahl, M., Geard, A., Grønseth, R., ... Aarflot, H. M. *Møte mellom pasient og sykepleier*. (s. 55-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2012). Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., (Red.), Bjørø, K., Hansen, I., Kirkevold, M. & Nortvedt, P. *Grunnleggende sykepleie – sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. Utg., s. 15-29). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2012). Den myndige pasienten. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A., (Red.), Breievne, G., Helgesen, A. K., Gamnes, S., ... Thorsen, R. *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. Utg., s. 337-385). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kunnskapssenteret. (2016). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert 20.04.16 på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

\*Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology nursing forum*, 37(4), 436-442. <http://dx.doi.org/10.1188/10.ONF.436-442>

\*Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelens Forlag AS.

\*Martinsen, K. (2003). *Fra marx til Løgstrup – om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

\*Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS.

\*Norsk sykepleieforbund. (s.a.). *Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag*. Lokalisert på:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

\*Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., Ahlström, G. (2011). The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient’s perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 21(5-6), 897–904. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03901.x>

\*O’Brien, L. (2001). The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client’s experience. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10(3), 176-186. Lokalisert på

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=455c3793-4298-470f-8c93-f992b0993844%40sessionmgr113&vid=13&hid=102>

Odland, L.-H. (2010). Menneskesyn. I Brichmann, B. S. (Red.), Hofmann, B., Lunde, B. V., Odland, L.-H., Slettebø, Å. & Sneltvedt, T. *Etikk i sykepleien*. (2. utg., s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV-2015-05-22-32. §3-1, §3-2. (2015).

\*Rønning, R. (2010). Brukermedvirkning og empowerment – gammel vin på nye flasker? I Altmann, L., Askheim, O. P., Cech, B. N., Follesø, R., Løken, K. H., Rønning, R., ... Øvrelid, B. *Empowerment – I teori og praksis*. (s. 34-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Skogen, J. C., Bakken, I. J., Clench-Aas, J., Johansen, R., Knudsen, A. K. & Nesvåg, R. (2014). *Psykisk helse hos voksne*. Folkehelseinstituttet (Folkehelse rapporten, 2014).

Lokalisert på:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content\\_7242&Main\\_6157=7239:0:25,8904&MainContent\\_7239=7242:0:25,8906&Content\\_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken – Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Snoek, J. E. & Engedal, K. (2004). *Psykatri: kunnskap, forståelse, utfordringer*. (2. utg.). Oslo: Akribe Forlag.

Strand, L. (2014). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Tengqvist, A. (2010). Å begrense eller skape muligheter – om sentrale holdninger i empowermentarbeidet. I Altmann, L., Askheim, O. P., Cech, B. N., Follesø, R., Løken, K. H., Rønning, R., ... Øvrelid, B. *Empowerment – I teori og praksis*. (s. 72-84). Oslo: Gyldendal Akademisk.

## 7. Vedlegg

### 7.1. PICO skjema

<b>P - population</b>	<b>I - intervention</b>	<b>C - comparisson</b>	<b>O - outcome</b>
<i>Søkeord:</i>  Schizofreni Schizofrenilidelse	  Hjemmesykepleie		  Integritet Tillit
<i>Mesh term:</i>  Schizophrenia	  Home health care nursing Home care		  Privacy Trust Interpersonal relations.

Database: Cinahl

Dato for søket: 05.04.16 / 07.04.16

Søkeord	Antall treff	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
Schizophrenia «AND» Home care	166	2	1
Schizophrenia «AND» Nurse client relationship	22	1	1
Psychiatric pasients «AND» Nurse client relationship	145	4	2
Schizophrenia «AND» Home care nurse	31	1	0
Schizophrenia «AND» Therapeutic relationship	239	1	0
Schizophrenia «AND» Nurse patient relationship	75	2	0
<b>Inkluderte artikler:</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to client with schizophrenia</b> (N. Katakura, N. Yamamoto-Mitani &amp; K. Ishigaki, 2010).</li> <li>2. <b>The Developing Nurse-Client Relationship: Nurses' Perspective</b> (C. Forchuk, J. Westwell, M.-L. Martin, W. Bamber-Azzopardi, D. Kosterewa-Tolman &amp; M. Hux, 2000).</li> <li>3. <b>The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client's experience</b> (L. O'Brien, 2001).</li> <li>4. <b>Clients' perceptions og client-nurse relationships in local authority psychiatric services: A qualitative study</b> (U. Hörberg, D. Brunt &amp; Å. Axelsson, 2004).</li> </ol>			

Dato for søket: 05.04.16

Søkeord	Antall treff	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
Schizophrenia «AND» Home care	2812	1	0
Schizophrenia «AND» Nurse client relationship	70	0	0
Psychiatric pasients «AND» Nurse client relationship	535	1	0
<b>Inkluderte artikler:</b>			

Database: SveMed+

Dato for søket: 08.04.16

Søkeord	Antall treff	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
Schizophrenia «AND» Home care	3	0	0
Psychiatric pasients «AND» Home care	30	2	0
Schizophrenia «AND» Home care nurse	2	0	0
Schizophrenia «AND» Therapeutic relationship	1	0	0
Schizophrenia «AND» Nurse patient relationship	1	0	0
<b>Inkluderte artikler:</b>			



Dato for søket: 05.04.16

Søkeord	Antall treff	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
Empowerment «AND» patient	11555	2	1
<b>Inkluderte artikler:</b>			
<p><b>1. The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient's perspective.</b> (Nygårdh, Malm, Wikby &amp; Ahlström, 2011).</p>			

Database: Sykepleien.no

Dato for søket: 05.04.16

Søkeord	Antall treff	Antall leste artikler	Antall inkluderte artikler
Kunnskap «AND» sykepleier	Ukjent	2	1
<b>Inkluderte artikler:</b>			
<p><b>1. Pasienters opplevelse av kunnskap hos sykepleiere</b> (Lerdal, 2010). Dette er en oppsumert forskning som er presentert og kommentert av Anners Lerdal. For å finne den primære artikkelen søkte vi etter tittelen i bibliotekstjenesten for Høgskolen i Hedmark, der fant vi den aktuelle artikkelen; <b>Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care.</b> (Kvåle &amp; Bondevik, 2010).</p>			