



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med psykisk lidelse/ Nursing to patients with a mental disorder**

**Maj Britt Middleton og Ingfrid Flatum Åsarmoen**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 68**

**Molde, 18.11.2011**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.11.2011

**Antall ord:** 12866

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Rundt halvparten av den norske befolkningen vil i løpet av livet rammes av minst en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet 2011). I dag finnes det lite forskning fra pasientenes perspektiv når det gjelder deres opplevelser i kontakt med psykisk helsevern (Skorpen et al. 2009). Som sykepleiere vil vi møte pasienter med psykisk lidelse uavhengig av hvor vi jobber hen, og det er derfor viktig at vi har kunnskap om sykepleier-pasient forholdet i alle typer praksis.

**Hensikt:** Hensikten med litteraturstudiet var å belyse pasienters opplevelse av samhandlingen med sykepleiere i psykisk helsevern.

**Metode:** Systematisk litteraturstudium som metode. Inneholder 11 artikler, der alle har kvalitativ forskningsmetode.

**Resultat:** Pasientene følte at de fikk for lite tid sammen med sykepleierne. Men de fleste opplevde tiden de fikk sammen med sykepleierne som verdifull. Det var viktig for pasientene at de ble behandlet som et normalt menneske, at det ble lyttet til og fikk ta del i sin egen behandling. Flere pasienter opplevde at maktforholdet mellom sykepleier og pasient skapte distanse mellom dem.

**Konklusjon:** Pasientene i studiene mente at temaene: tid, å bli sett på som en diagnose, usynlige regler og grenser, selvbestemmelse og sykepleiers holdning og handlinger var avgjørende for hvordan pasientene opplevde samhandlingen med sykepleierne.

**Nøkkelord:** psykisk lidelse, pasient erfaringer, samhandling, sykepleie, relasjon

## **Abstract**

**Background:** Approximately half of the Norwegian population will at some time during their lives be affected by a mental disorder (Folkehelseinstituttet 2011). Today there is little research aimed at the patient perspective with mental health care (Skorpen et al. 2009). During their careers most, if not all nurses will encounter patients with mental disorders, it is therefore valuable for them to be knowledgeable about the patient-nurse relationship in all forms of practice.

**Aim:** The aim of this literature study was to explore patients' experiences of interaction with nurses in mental health care.

**Method:** Includes 11 research articles, all with a qualitative approach.

**Results:** The patients felt they spent too little time together with the nurses. But most of them felt that the time they did spend with the nurses was valuable. It was important for the patients that they were treated as "normal" human beings, that they were listened to and could take part in their own treatment. A lot of the patients experienced that the power relationship between themselves and the nurses created a sense of distance.

**Conclusion:** The patients in this study meant that the themes: time being regarded as a diagnosed disease, invisible rules and boundaries, self-determination and nurses attitudes and actions were crucial too how they perceived the interactions with the nurses.

**Keywords:** mental disorder, patient experiences, interaction, nursing, relationship

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt .....	1
1.3 Problemstilling .....	1
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1 Psykiatriens historie .....	2
2.2 Hva er en psykisk lidelse.....	4
2.3 Aktuelle lovverk.....	4
2.4 Sykepleiers rolle og funksjon.....	5
2.5 Relasjonsbygging .....	6
2.6 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient .....	7
<b>3.0 Metodebeskrivelse</b> .....	<b>8</b>
3.1 Datainnsamling .....	8
3.1.1 Identifisere tilgjengelige ressurser .....	8
3.1.2 Identifisere relevante kilder.....	9
3.1.3 Utvikle en søkestrategi for hver database .....	9
3.1.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	10
3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	11
3.3 Analyse.....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Tid skaper gode relasjoner .....	15
4.1.1 Sykepleiers tilgjengelighet .....	15
4.1.2 Sykepleiers tilstedeværelse .....	16
4.2 Mennesket bak pasientrollen.....	17
4.2.1 Å bli sett på som en sykdom .....	17
4.2.2 Ivaretagelse av menneskets integritet.....	18
4.2.3 Pasientens rett til selvbestemmelse .....	18
4.3 Kjemien mellom sykepleier og pasient .....	19
4.3.1 Den gode lytteren .....	19
4.3.2 Å være på samme nivå .....	20
4.4 Usynlige regler og grenser .....	21
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1 Metodediskusjon .....	23
5.2 Resultatdiskusjon .....	27
5.2.1 Tid skaper gode relasjoner .....	27
5.2.2 Mennesket bak pasientrollen.....	29
5.2.3 Kjemien mellom sykepleier og pasient .....	32
5.2.4 Usynlige regler og grenser .....	34
5.3 Konsekvenser for praksis .....	35
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>37</b>
<b>7.0 Litteraturliste</b> .....	<b>39</b>

**Vedlegg 1:** Søkehistorikk

**Vedlegg 2:** PIO skjema

**Vedlegg 3:** Oversiktstabell over inkluderte artikler

## **1.0 Innledning**

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

Temaet vi har valgt er sykepleie til pasienter med psykisk lidelse. I følge statistisk sentralbyrå ble det i 2009 innlagt 50923 døgnpasienter over 18 år i psykisk helsevern, mens det i 2001 var 35506 innleggelser. Ut ifra tallene ser vi at forekomsten av psykiske lidelser er stor, og at det stadig blir flere innleggelser i psykisk helsevern. Omlag en tredjedel av Norges befolkning vil kunne tilfredsstille diagnostiske kriterier for en eller annen psykisk lidelse i løpet av et år, omlag halvparten vil rammes av minst en psykisk lidelse i løpet av livet (Folkehelseinstituttet 2011).

I følge Snoek og Engedal (2008) kan en se klare tegn til at forekomsten av psykiske lidelser øker i dagens samfunn. Etter mange år har fagområdet psykiatri kommet i en oppbyggings, og utviklingsfase. Det viser seg at det er vanskelig å se på psykiske lidelser på samme måte som somatiske lidelser. Dagens helsevesen vil i økende grad møte mennesker med psykiske lidelser, dette vil si at psykiatri ikke lengre kan være et felt kun for spesialister.

I studien til Skorpen et.al.(2009) kommer det frem at det er mangel på norsk forskning der pasientens erfaringer i psykisk helsevern løftes frem. I stortingsmelding nr. 25 (2006-2007) legges det vekt på at pasienters opplevelse og deltakelse i behandlingen er viktig for å kunne nå et godt resultat. Vi mener at dette temaet er av sykepleiefaglig relevans, fordi vi som sykepleiere uavhengig av fagfelt vil møte pasienter med psykisk lidelse.

### **1.2 Hensikt**

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienters opplevelse av samhandlingen med sykepleiere i psykisk helsevern.

### **1.3 Problemstilling**

- Hvordan opplever pasienter med psykisk lidelse samhandlingen med sykepleier?



## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere litteratur som vil være med på å gi leseren en forståelse av vårt tema. Vi har valgt å omtale pasienten som han, og sykepleieren som hun for å få bedre flyt i vår oppgave. Underveis i teoridelen vil vi avklare aktuelle begreper. Vi starter med et sammendrag av psykiatriens historie for å belyse hvordan psykisk helsevern har endret seg gjennom tidene, etterfulgt av teori om hva en psykisk lidelse kan forstås som. Deretter presenteres sykepleiers rolle og funksjon, etterfulgt av relasjonsbygging. Til slutt presenteres teori om kommunikasjon.

### 2.1 Psykiatriens historie

I oldtiden ble mennesker med psykiske lidelser i Norge, som i de fleste europeiske land, tatt vare på av familien. Dersom det ble for slitsomt for familien, kunne de sinnslidende for eksempel bli plassert i uthus. Noen ble plassert på forskjellige gårder, og ble flyttet fra gård til gård for at byrden av å ta vare på dem skulle fordeles. I 1736 ble det i Norge bestemt at alle hoved hospital skulle innrette noen værelser der de sinnsyke kunne forvares. Disse forvaringsstedene ble kalt dårehus, og forholdene var elendige. Pasientene ble stuert sammen i små celler som de ble innesperret i. Pleierne som jobbet på dårehusene var ofte alkoholiker og hjemløse som ikke kunne få annet arbeid. På starten av 1800-tallet startet arbeidet med å gjøre de fengselslignende institusjoner om til asyl, der pasienten kunne få behandling. I 1848 kom loven som gjorde sinnssykeomsorgen om til en nasjonaloppgave. Den nyetablerte loven var preget av et humant menneskesyn, men til tross for dette fortsatte psykiatrisk behandling å være styrt av makt og kontroll i lang tid. Asylene hadde tvangsmidler som for eksempel tvangstrøyer (Herheim og Langholm 2010).

Gaustad asyl åpnet i 1855 og var landets første psykiatriske sykehus. Ole Rømer Sandberg som var sykehusets første direktør, ble regnet som en representant for den moralske skolen. Dette innebar at den hittil hardhendte behandlingen ble erstattet med å benytte miljøterapi for å påvirke pasientene til å få bedre oppførsel. Det kom stuer på asylene som var tilrettelagt for hygge og samvær. Sandberg mente at pasientene trengte meningsfylte oppgaver for at sjelen skulle få ro. Som følge av dette ble det opprettet arbeidsstuer. Fra 1850 og utover ble flere psykiatriske asyl opprettet. Asylene ble bygget på landet, noe som ble begrunnet med at pasientene skulle få fredelige omgivelser. En baktanke var nok

også at resten av befolkningen skulle bli skjermet fra de sinnslidende (Herheim og Langholm 2010).

Mange av behandlingsformene som ble tatt i bruk fra begynnelsen av 1800-tallet ble benyttet helt opp til rundt 1950. Disse behandlingsformene, som insulinsjokk og derivasjonsterapi, var preget av lite forståelse av psykisk sykdom og lignet mer på tortur (Herheim og Langholm 2010).

Psykiatrien ble først en vitenskap i det 20. århundre. Først da ble psykiske lidelsers forløp beskrevet og psykiatriske diagnoser utviklet. Nye behandlingsmetoder som var basert på kunnskap fra felter som biologi, psykologi og sosialfag ble utviklet. Fagfeltet psykiatri oppnådde en høyere status og interessen for forskning økte. Fokuset på psykiske lidelser har siden begynnelsen på 1990-tallet økt. Psykiske lidelser har derfor blitt et mer omdiskutert tema i politikken. Fokuset er rettet mot hvordan tjenesten kan utbygges og kvalitetssikret, samt åpenhet rundt temaet psykiske lidelser (Herheim og Langholm 2010).

I følge Lemvik (2006) kan en i helsevesenet ofte se at det er fagpersoner som gjør en vurdering av den som trenger hjelp. Fagpersonene kommer også frem til hvilken diagnose pasienten har, og hvilken behandling pasienten trenger. Den som sitter med mest kunnskap, vil naturlignok trekke konklusjonene. Det er forventet av pasienten at han skal lytte passivt og godta det behandleren sier. Behandleren har mest kunnskap og vil derfor ha mer makt. I dag kan en se at den passive pasient- og brukerrollen er i endring, da fagpersonene ikke er alene om å sitte med kunnskap. Pasientene stiller nå mere krav til sin behandling og søker kunnskap om sin egen sykdom og aktuelle behandlingsmetoder. Desto mer pasienten vet om sin egen lidelse, jo mer innflytelse vil han ha, og dermed er maktforholdet i ferd med å utjevnes (Lemvik 2006).

## 2.2 Hva er en psykisk lidelse

Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker personens tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. En psykisk lidelse kan være alt fra enkle fobier, lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som for eksempel schizofreni (Folkehelseinstituttet 2011). I følge Snoek og Engedal (2008) har vi ingen god forklaring på hva en psykisk lidelse er, tross i utvikling og forskningsaktivitet. Derimot er deres definisjon på sykdom beskrivende både når det gjelder somatisk sykdommer og psykiske lidelser. Den tar utgangspunkt i funksjon og skiller ikke mellom kropp og sjel:

”en forstyrrelse eller problemer i en levende organismes funksjoner; det motsatte av helse” (Snoek og Engedal 2008, 26).

## 2.3 Aktuelle lovverk

I følgende avsnitt presenterer vi lovverk som er aktuelt for vårt tema. I følge Snoek og Engedal (2008) må en som helsepersonell kjenne til lovverket som regulerer psykisk helsevern. I 1999 vedtok Stortinget for første gang loven om psykisk helsevern. I 2006 ble loven revidert, og er fortsatt gjeldende. Psykisk helsevern defineres slik:

” (...)spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (Psykisk helsevernloven § 1-2).

Formålet med psykiskhelsevernloven er som følgende:

(...) å sikre at etablering av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet (Psykisk helsevernloven § 1-1).

For å redusere psykiatriens plass som særrområde i størst mulig grad, omfatter psykisk helsevernloven kun de forholdene der en må ta særlige hensyn til pasienter med psykisk lidelse sin karakter. Dette ved for eksempel pasientenes manglende evne til ansvar for egen behandling og redusert egenomsorg. Når en reduserer psykiatriens plass som særrområde,

vil en fremheve at pasienter med psykisk lidelse har de samme rettighetene som andre pasientgrupper. Dette vil si at pasienter med psykisk lidelse har samme krav som pasienter med somatisk lidelse, som for eksempel rett til informert samtykke, og rett til pasient medvirkning (Snoek og Engedal 2008). Dette blir tydeliggjort i psykisk helsevernloven § 1-5:

”Ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjelder pasientrettighetsloven” (Psykisk helsevernloven § 1-5).

## 2.4 Sykepleiers rolle og funksjon

Psykiatrisk sykepleie fordyper seg i den psykiske dimensjonen, der det psykiske blir sett i sammenheng med mennesket sosiale, fysiske og åndelige sider. I psykiatrisk sykepleie ønsker en i fellesskap med pasienten å styrke pasientens egenomsorg. På denne måten kan pasienten finne selvspekt og livsverdier som vil føre til at pasienten løser/reducerer sitt helseproblem. Det vil være sykepleiers oppgave å være pasientens talsmann og omsorgsgiver når pasienten ikke er i stand til å uttrykke egen behov og ønsker. Pasientens behov for hjelp, og sykepleiers svar på dette, vil være avgjørende for om et terapeutisk forhold dannes. En allianse mellom sykepleier og pasient vil preges av et fellesskap som har som hensikt å gi pasienten økt situasjonsforståelse og selvinnsett. Gjennom fellesskapet kan pasienten bli i stand til å bearbeide og løse sitt helseproblem, eventuelt leve med det (Hummelvoll 2008).

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee i vår studie. Travelbee (1999) definerer sykepleie som:

(...) en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 1999, 29).

Joyce Travelbee forklarer hvordan sykepleieren kan etablere et menneske- til- menneske-forhold med den syke. For å oppnå et slikt forhold mener Travelbee at en må se bort i fra de tydelige rollene som ”sykepleier” og ”pasient”. Hun vektlegger også viktigheten med at

en sykepleier skal se den syke som et unikt individ. Sykepleietenkningen til Joyce Travelbee er sentral i vår oppgave da hun belyser hvordan en kan skape et godt forhold til syke (Travelbee 1999).

## **2.5 Relasjonsbygging**

Bøe og Thomassen (2000) hevder at det er helt avgjørende at det er en samhandling mellom de som er sammen for å skape en god relasjon. I vår studie er vi interessert i å se nærmere på samhandlingen mellom sykepleier og pasient. Samhandling kan defineres som:

”samhandling, sosiologisk betegnelse på samspill eller vekselvirkning mellom to eller flere aktører som handler i forhold til hverandre(...)” (Henriksen 2006, 779).

For oss vil samhandling bety hvordan sykepleier og pasient forholder seg til hverandre. Eksempel på samhandling som kan oppstå mellom sykepleier og pasient, kan være alt ifra overlevering av morgenmedisiner til en planlagt samtale.

Bøe og Thomassen (2000) hevder at når et forhold mellom to personer har utviklet seg kvaliteter, bånd og gjensidig opplevelse av at en betyr noe for den andre, vil det være naturlig å kalle det en relasjon. Det finnes flere momenter som bidrar til at en god relasjon skal oppstå. Partene må tillate seg å være personlige ved og gjensidig tre frem som personer med egne meninger, verdier, tro og oppfatninger. Som helsepersonell må en være oppmerksom på hvilke grenser pasienten har. Faktorer som felles interesser, lik bakgrunn, “at kjemien stemmer” vil være med på å avgjøre hvilke grenser pasienten har overfor personalet. Som helsepersonell bør en prøve å legge til rette for at denne personen for pasienten framover vil være sentral for pasienten i behandlingsforløpet, for eksempel at denne personen kan være primærsykepleier. På denne måten gjøres også pasientens stemme mer sentral (Bøe og Thomassen 2000).

For å kunne legge til rette for at gode relasjoner skal oppstå, bør en være åpen for og tre ut av de rollene og funksjonene som springer ut av institusjon og behandlingssystemet, i den grad det er mulig. Når en pasient merker at helsepersonell er engasjert og involverer seg ut over det som kreves, kan pasienten oppleve at han virkelig får hjelp for den han er som

person, ikke bare som en pasient. Når mennesker opplever ting sammen, skapes ofte bånd de imellom. Sammen kan de oppleve en kontakt eller en nærhet som gir et helt spesielt inntrykk (Bøe og Thomassen 2000).

I følge Bøe og Thomassen (2000) kan humor spille en stor rolle når en god relasjon skal bygges. Humor kan brukes til å skape en åpning mellom mennesker, og til å være et bærende element i den gode relasjonen.

## **2.6 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient**

Eide og Eide (2002) definerer kommunikasjon som:

”en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter” (Eide og Eide 2002, 18).

Kommunikasjon i relasjoner deles inn i to grupper, verbal og nonverbal. Ved verbal kommunikasjon er innholdet språklig formidlet, mens ved nonverbal kommunikasjon utveksles signaler ved for eksempel personens kroppsholdning og ansiktsuttrykk. For å kunne utøve god kommunikasjon forutsettes det at samhandling er tilstede og at informasjon er tilpasset situasjonen (Eide og Eide 2002).

Hummelvoll (2008) hevder at kommunikasjon mellom mennesker er nødvendig for å kunne oppnå et fellesskap. Kommunikasjon blir ofte sett på en som tilleggsaktivitet av helsepersonell. Hvert enkelt møte mellom sykepleier og pasient danner grunnlag for kommunikasjon. Måten sykepleier opptrer på er med på å avgjøre om kommunikasjonen blir god eller dårlig. I følge Thornquist (2009) er det sykepleiers oppgave å integrere kommunikasjon når muligheten byr seg. Gode kommunikasjonsferdigheter kan sees på som et verktøy for å forstå den andre personen, og bidrar på denne måten til at detaljer i pasientens situasjon kommer frem. Dette danner grunnlaget for at pasienten og sykepleieren kan sette seg mål og tiltak sammen (Eide og Eide 2002).

## **3.0 Metodebeskrivelse**

Ett systematisk litteraturstudie innebærer at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenligner litteraturen innen et valgt evne eller problemområde. Det systematiske litteraturstudiet bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte problemområdet og resultatet ut av litteraturstudiet bør belyse et aktuelt tema (Forsberg og Wengstrøm 2008).

### **3.1 Datainnsamling**

Gjennom innsamling av data var målet vårt å finne forskning som kunne gi oss svar på vår hensikt og problemstilling. Da vi satte oss ned for å diskutere hvilket tema vi ønsket å skrive om, var vi begge enige om at vi ønsket å skrive om noe innenfor feltet psykisk helsevern. Først bestemte vi oss for at vi ville finne pasienterfaringer som gikk på hvordan pasienter med psykotisk lidelse opplevde grensesetting i psykisk helsevern. Etter prøvesøk sammen med bibliotekar fikk vi få treff som omhandlet pasienter med psykotisk lidelse og grensetting, derimot fant vi artikler som omhandlet pasientopplevelser av samhandling med sykepleier i psykisk helsevern (Vedlegg 1). Dette fant vi interessant, og valgte derfor å lage en annen vri på problemstillingen, det viktigste for oss var å finne ut av pasienterfaringer.

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienters opplevelse av samhandling med sykepleiere i psykisk helsevern. Vår problemstilling var som følger: Hvordan opplever pasienter med psykisk lidelse samhandling med sykepleier? For å beskrive søkeprosessen på en oversiktlig måte valgte vi å ta utgangspunkt i Willman, Stoltz og Bahtsevanis (2006) steg for planlegging av litteratursøk.

#### **3.1.1 Identifisere tilgjengelige ressurser**

Gjennom forelesninger fra skolen har vi tilegnet oss kunnskap om litteratursøking og de ulike databasene. Vi fikk opplæring i litteratursøk fra Høyskolen i Moldes bibliotekar. Under opplæringen fikk vi bedre kjennskap til hvordan vi skulle bruke de ulike databasene og hvordan vi kunne bruke PICO- skjemaet som et redskap i prosessen. Et PICO skjema er et verktøy som brukes for å strukturere det man ønsker å finne svar på (Vedlegg 2). Hver bokstav i verktøyet står for bestemte momenter som bør være tilstede i et klinisk spørsmål. Bokstaven (P) i PICO skjema står for population/problem, altså hvilken pasient eller pasientgruppe spørsmålet gjelder for. (I) står for intervention, altså hvilket tiltak eller

intervensjon vi som forfattere ønsker å vurdere. (C) står for comparison, dette leddet brukes hvis man skal sammenligne et tiltak med et annet. (O) står for outcome, som sier noe om hvilket endepunkt vi var interessert i eller hvilken effekt av tiltaket vi ønsket vurdert (Nortvedt et al 2008). Etter opplæring med bibliotekar hadde vi en uke til rådighet der vi søkte etter forskningsartikler. Den første perioden brukte vi skolens datamaskiner for å søke, men etter hvert søkte vi også individuelt hjemme. Søkeperioden vår var lang, på grunn av lite funn med pasientperspektiv. Vi begynte søkeprosessen i januar 2011 og vi gjorde vårt siste søk i november 2011.

### **3.1.2 Identifisere relevante kilder**

Databasene vi har brukt er Ovid PsycINFO, Ovid Nursing database og Ovid Medline. Grunnen til at vi valgte disse er fordi disse databasene representerer helsefaget og sykepleiefaglig forskning. Det var og på disse databasene vi fant mest relevante treff i forhold til vårt tema. Vi søkte også i databasene ProQuest og SveMed+, men fikk få og lite relevante treff (Vedlegg 1).

Den ene artikkelen vi har brukt fant vi i referanselisten til en annen artikkel. Vi søkte opp artikkelen på Ovid og bestilte den i full tekst. I følge Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) bør en i tillegg til søking i elektroniske databaser også utføre manuelle søk i referanselister for å få et fullstendig søk. Når vi nærmet oss slutten i søkeprosessen gikk vi gjennom alle referanselistene på artiklene for å se om vi kunne finne andre relevante artikler å ta med, da fant vi kun artikler som vi allerede hadde tatt i bruk.

### **3.1.3 Utvikle en søkestrategi for hver database**

For å systematisere artikkelsøket fylte vi ut et PI(C)O- skjema med søkeord som vi trodde ville gi oss relevante treff i de ulike databasene. Når skjemaet var ferdig fylt ut, hadde vi ikke tatt i bruk "comparison", da det ikke var aktuelt for oss å sammenligne tiltaket med et annet (Nordtvedt et al. 2007). Vi stod da igjen med et PIO- skjema (Vedlegg 2). Vi fylte inn søkeordene i databasene og la til "limits" vi fikk mange treff, men de fleste var fra sykepleieperspektivet. Da vi leste disse artiklene så vi at de hadde "nøkkelord" som kunne være relevante søkeord til videre søk og vi la disse til PIO- skjemaet vårt. Det førte til at vi fikk flere relevante treff. Vi fant noen artikler i full tekst, men de fleste artiklene måtte vi bestille gjennom BIBSYS.



På Ovid databasene tok vi i bruk ”advanced search”. Ved å bruke ”advanced search” fikk vi muligheten til å kombinere flere søkeord og finne synonymer som kunne legges til.

Søkeordene vi brukte etter endret problemstilling og hensikt var: Psychiatr\$ patient\$, psychiatr\$, patient\$, therapeutic relationship\$, relationship\$, understand\$, trust\$, psychiatric care, nurse-patient interaction\$, nurse-patient relatinonship\$ experienc\$ og patient\$ experinec\$ (Vedlegg 2).

Tegnet ”\$” som står bak ordene brukes for å trunkere. Å trunkere innebærer å ta vekk endelsen på et ord, slik at en står igjen med grunnstammen av ordet. På denne måten finner databasen frem til alle mulige endelser av det gjeldende ordet (Willman, Stoltz, og Bahtsevani 2006).

I noen av søkene valgte vi å bruke MeSH-termer (Medical subject Hadings) for å finne synonymer til søkeordene. Med søkeordet psychiatr\$ patient\$ fikk vi MeSH termene: Mental Health services/ or Mental disorders/ or Schizophrenia. I de fleste søkene tok vi ikke i bruk MeSH-termer fordi vi mente at synonymene som kom opp ikke var relevante for vår problemstilling. For å knytte søkeordene sammen brukte vi ”AND” og ”OR”. Når vi skrev søkeordene inn i databasen gikk vi ut i fra PIO- skjemaets rekkefølge (Vedlegg 1).

For å gjøre søket mer spesifisert brukte vi ”limits”. Vi avgrenset søket til språk vi behersker (norsk, engelsk, dansk og svensk). Ettersom et av inklusjonskriteriene var at pasientene skulle være voksne, avgrenset vi søket til 18 år og eldre.

For å få nyest mulig forskning begrenset vi årstallet fra 2005 til nåtid. Etter hvert så vi at det var lite forskning innen dette temaet og utvidet fra 1999 til nåtid.

### **3.1.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier**

Før vi begynte å søke på forskningsartikler, diskuterte vi oss fram til inklusjons og eksklusjonskriterier. Disse kriteriene ble satt for at vi skulle ha en ramme å holde oss til i søkeprosessen.

Inklusjonskriterier:

- Pasienter som har eller har hatt en psykisk lidelse
- Menn og kvinner

- Pasienter som er eller har vært innlagt på institusjon, samt pasienter som har hatt kontakt med psykisk helsevern poliklinisk
- Voksne (18 ↑ )
- Artikler med pasientperspektiv
- Kvalitative og kvantitative forskningsartikler
- Original artikler og referee bedømte artikler
- Artikler fra Europa, USA og Australia

Eksklusjonskriterier:

- Barn (18↓ )
- Review artikler
- Artikler fra Asia og Afrika

### **3.2 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

For å kvalitetssikre artiklene brukte vi sjekklister i boka “Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere av Nortvedt et al. (2008). Sjekklisten for kvalitative forskningsartikler hadde 10 spørsmål.

Når vi skulle vurdere grad av kvaliteten på artiklene, gikk vi ut ifra anbefalingene til Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006), der kvalitetsgradene gjøres rede for slik: Grad 1 representerte høy kvalitet (80-100 %), grad 2 representerte middels kvalitet (70-79 %) og grad 3 representerte lav kvalitet (60-69 %). Hovedsakelig ønsket vi at alle artiklene skulle falle inn under grad 1, dette for at vår oppgave skulle få best mulig kvalitet, men på grunn av at vi fant lite forskning valgte vi også å inkludere artikler med middels kvalitet. I Høgskolen i Molde sine retningslinjer for Bachelorskriving står det at tidsskriftet artiklene er i skal være referee vurdert. For å finne ut om tidsskriftene våre artikler var publisert i var referee vurderte brukte vi norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Vedlegg 3).

Da søkeprosessen var ferdig, hadde vi begge hvert vårt eksemplar av artiklene. Nortvedt et al. (2008) hevder at vi raskt kunne vurdere om artiklene var noe for oss, eller ikke. Dette gjorde vi ved å stille oss to overordnede spørsmål, 1. Har artikkelen en klar formulert problemstilling? og 2. Er designet som er benyttet, velegnet for å besvare problemstillingen? Videre vil sjekklister fortelle om vi kan stole på resultatene, hva

resultatene er og om de kan brukes i vår oppgave. Det blir anbefalt å bruke god tid, og å gå grundig igjennom en sjekklister som passer studiedesignet i den artikkelen en skal vurdere. Vi kvalitetssikret først alle artiklene hver for oss, deretter gikk vi sammen for å se om vi hadde fått samme prosenttall. Hvis prosentene avvok ifra hverandre, satte vi oss ned og kvalitetssikret på ny sammen. Etter kvalitetssikringen satt vi igjen med 11 kvalitative artikler vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie, seks artikler ble ekskludert.

Etiske utfordringer er reelt i alle ledd av en forskning, både planlegging, gjennomføring og når resultatene skal formidles (Dalland 2007). Aadland (2003) hevder at etikken skal være en del av det gjennomtenkte valget, men at den ikke skal erstatte faglige vurderinger. Forsberg og Wengström (2008) hevder at god etikk er en viktig faktor i vitenskapelig forskning, og at før en forskningsprosess begynner skal man søke etisk godkjenning fra lokal eller regional etisk komité. Pasientgruppen vi skriver om kan sees på som en sårbar gruppe, det var derfor viktig for oss at artiklene var godkjent av etisk komité. I tillegg til at det sto i artikkelen at den var godkjent av etisk komité, hadde forfatterne i bakhodet ved gjennomlesning at de personene som hadde deltatt i studiene skulle være behandlet på en slik måte at de etiske vurderingene rettferdiggjør forskningsarbeidet. Vi satte oss begge inn i retningslinjene for sykepleieforskning (Helgerud 2003).

### **3.3 Analyse**

Når datamaterialet skulle analyseres systematisk, valgte vi å ta utgangspunkt i Malterud (2003) sine fire trinn, og tilpasse de til vår oppgave. I følge Malterud (2003) består analyse av kvalitative data av å stille spørsmål til materialet, lese materialet og organisere å gjenfortelle svarene på en systematisk og relevant måte ved presentasjon av tema.

Malterud (2003) sitt første trinn går ut på å bli kjent med materialet. Hver for oss leste vi alle artiklene på nytt, for så og hver for oss å trekke ut alle funn vi fant i artiklene. Deretter la vi de inn på hvert vårt dokument på dataen. I dette trinnet søkte vi etter å finne materialet som kunne belyse vår hensikt og svare på vår problemstilling. Etter begge hadde jobbet med å dra ut funn møttes vi, og samlet alle funn på et datadokument, for så å lese igjennom dokumentet på 22 datasider sammen. I følge Malterud (2003) var tiden nå inne for å oppsummere våre inntrykk, og hvilke tema som kunne gå igjen i datamaterialet. Foreløpig kom vi frem til følgende tema:

- Tid (1)

- Å bli sett på som et menneske, ikke en diagnose (2)
- Forståelse (3)
- Selvbestemmelse (4)
- Makt (5)
- Sykepleier - pasient kjemi (6)

I andre trinnet til Malterud (2003) var formålet å organisere datamaterialet vi ville se nærmere på. Vi gav våre foreløpige tema fargene rød (1), blå (2), oransje (3), rosa (4), gul (5) og grønn (6). Med temaene som veiviser skulle vi nå i følge Malterud (2003) finne tekstbiter som skulle merkes med en kode. Vi valgte å gå igjennom datamaterialet på nytt, og markere de ulike funnene med de fargekodene vi hadde gitt ulike tema. Deretter opprettet vi seks datadokument og sorterte funnene. Etter å ha gjort dette så vi at vi måtte justere de foreløpige temaene, Malterud (2003) hevder også at det i dette steget må være rom for dette. Vi kom frem til følgende tema:

- 1) Tid skaper gode relasjoner
- 2) Mennesket bak pasientrollen
- 3) Kjemien mellom sykepleier og pasient
- 4) Usynlige regler og grenser

I Malterud (2003) sitt tredje trinn gikk vi fra koding til mening. Vi satt nå igjen med fire hovedtema som skulle gi svar på vår hensikt og våre problemstillinger. Vi lagde oss sju undertema knyttet til tre av fire hovedtema som vist nedenfor:

- 1) Tid skaper gode relasjoner
  - Sykepleierens tilgjengelighet
  - Sykepleierens tilstedeværelse; de verdifulle øyeblikkene
- 2) Mennesket bak pasientrollen
  - Å bli sett på som en sykdom
  - Ivaretagelse av menneskets integritet
  - Pasientens rett til selvbestemmelse
- 3) Kjemien mellom sykepleier og pasient
  - Den gode lytteren
  - Å være på samme nivå
- 4) Usynlige regler og grenser

I analysens fjerde trinn skal bitene settes sammen igjen og danne en helhet (Malterud 2003). Vi gikk igjennom hovedtemaene og undertemaene for å vurdere om resultatene fortsatt kunne beskrive det vi ønsket å finne ut av.

## 4.0 Resultat

Gjennom analyseprosessen endte vi opp med fire hovedtema og sju undertema. I vårt materiale presenteres våre funn, som gav oss svar på vår hensikt og vår problemstilling som var:

- Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienters opplevelse av samhandlingen med sykepleiere i psykisk helsevern
- Problemstillingen var:  
Hvordan opplever pasienter med psykisk lidelse samhandlingen med sykepleier?

### 4.1 Tid skaper gode relasjoner

#### 4.1.1 Sykepleiers tilgjengelighet

Flere av våre artikler viser til funn der pasientene følte sykepleierne ikke hadde tid til dem, og at pasientene vegret seg for å ta kontakt med sykepleierne.

I Thibeault et al.(2009) viser funn at pasientene hadde opplevelsen av at sykepleierne ikke var interessert i å snakke, og at de kun var de spesielle sykepleierne som tok seg tid til å snakke med pasientene. Stenhouse (2010) viser funn som beskriver at pasientene følte det var deres oppgave å ta kontakt med sykepleierne, men at det var flere barrierer som hindret dem i å ta kontakt. Pasientene beskrev at deres ønske om å være selvstendig eller mangel på selvtillit hindret de i å spørre om samtale, men den vanligste grunnen til å ikke tørre å spørre var at sykepleierne så for opptatte ut. I Stenhouse (2010) sitt studie beskriver pasientene det slik:

“And eh, I’m an awful sensitive person and I felt worse after I’d talked to one of them because I got the feeling that I’d taken up too much of their time” (Stenhouse 2010, 77).

“Sometimes I thought they’re too busy to speak to you, so actually, I prefer them to come to me rather than having to go to them” (Stenhouse 2010, 77).

Flere av våre artikler viser til at pasientene mente at tid var en viktig faktor for å kunne bygge den gode relasjonen med sykepleierne. Shröder, Ahlström og Larsson (2005) støtter opp funnene til Stenhouse (2010) om at sykepleierne så travle ut, i tillegg sa pasientene at sykepleierne hadde for mange pasienter å ta seg av og for mange oppgaver, dette førte til

lite tid til gode samtaler. I Lilja og Hellzèn (2008) sin artikkel kommer det frem at pasientene var mye alene uten personalet, dette førte til at pasientene måtte støtte hverandre. Stenhouse (2011) støtter opp dette funnet, men viser i tillegg til hvordan noen pasienter opplevde dette:

”Only patients get to know what is really wrong with people because nurses don`t have time to spend getting to know them” (Stenhouse 2010, 77).

Pasientene så på det som viktig at sykepleierne var tilgjengelige, noen pasienter uttrykte at sykepleierne alltid var der for dem, og at de var avgjørende for deres behandling (Clearly og Edwards 1999).

#### **4.1.2 Sykepleiers tilstedeværelse**

Flere funn viser til både positive og negative erfaringer knyttet til sykepleiers tilstedeværelse. Noen av funnene viser til at det ikke var mye som skulle til for at pasientene følte seg ivaretatt.

Shattell, Andes og Thomas (2008) viser til funn der pasientene forklarer at det ikke var mye som skulle til før de følte seg litt bedre.

“Some just talk to you, want to know a little about you. And they try to give you positive motivation” (Shattell, Andes og Thomas 2008, 247).

Koivisto, Jahnonen og Våisånen (2003) viser til funn der pasientene forteller om den viktigste omsorgssituasjonen som var samtaler med primærsykepleier, disse ble opplevd som viktige fordi det var noen som lyttet til pasienten. Hovedproblemet med interaksjonen var at samtale ofte ble tilfeldige og uorganisert, pasientene viste ikke formålet med samtalen og heller ikke hvor ofte og når samtalen skulle finne sted.

(...) it was always like a quick chat when my primary nurse discussed with me and we didn`t have time to discuss at all, she always said she was busy (Koivisto, Jahnonen og Våisånen 2003, 273).

Schröder, Ahlström og Larsson (2005) viser til funn der pasientene opplevde både positive og negative erfaringer ved helsepersonellet. De positive erfaringene gikk på at helsepersonellet brukte tiden sin ute i avdelingen sammen med pasientene og deltok i aktivitetene på avdelingen når de kunne, og pasientene hadde forståelse for at sykepleierne

hadde et stort ansvar og mye å gjøre på avdelingen. De negative erfaringene gikk på at noen pasienter så på det å måtte vente som at de ble oversett, pasientene hadde et felles ønske om å kunne tilbringe mer tid sammen med sykepleierne (Schröder, Ahlström og Larsson 2005). Stenhouse (2010) beskriver at pasientene under intervjuet dro fram positive erfaringer de hadde med sykepleierne:

She brought a chair and she said to me, `you know, I've been so worried about you`... You know I said, `thank you so much`. Because, just for somebody to acknowledge that they had actually sussed how I felt (Stenhouse 2010, 77).

## **4.2 Mennesket bak pasientrollen**

### **4.2.1 Å bli sett på som en sykdom**

Flere av våre artikler hevder at pasientene hadde opplevelsen av at sykepleierne ikke så mennesket bak pasientrollen, men at de så på de som en sykdom slik at pasientene følte seg som et objekt.

Johansson og Lundman (2002) hevder at pasientene følte seg som et objekt og at helsepersonell ikke brydde seg om personen bak pasientrollen. Lilja og Hellzèn (2008) beskriver at pasientene opplevde å bli forandret fra et unikt menneske til en del av et kollektiv, der identiteten ble assosiert med oppførselen. Johansson og Eklund (2003) formidlet at pasientene hadde opplevelsen av at de ikke ble sett, men at de ble vurdert og at helsepersonell kom med antakelser om dem. Shattelle et al. (2006) viser til funn der pasientene følte seg behandlet som et nummer i en lang rekke, pasientene ønsket å bli behandlet som et menneske med likeverd, ikke som en diagnose. Thibeault et al. (2009) viser til funn der pasientene fikk standardiserte svar, noe som fikk de til å føle seg som et nummer i en rekke og pasientene fikk følelsen av at sykepleierne var standariserte, uengasjerte og ufølsomme. Johansson og Eklund (2003) viser et godt eksempel på dette:

”I was so afraid of this generalized, standardized care. I wanted treatment for my own person, for my own problems” (Johansson og Eklund 2003, 42).

Pasientene ønsket å bli hørt, få tid til å snakke, bli tatt seriøst og bli sett på som et unikt voksent menneske, for å oppnå dette mente pasientene at det var viktig med bekreftelse. Eksempel på bekreftelse kunne være en klem eller et klapp på skulderen (Schröder, Ahlström og Larsson 2005). I funnene til Lilja og Hellzèn (2008) kommer det frem at



pasientene ikke ønsket å ha kontakt med sykepleiere som behandlet de som barn, de ønsker å ha kontakt med helsepersonell som behandler de som likeverdige mennesker, ved å for eksempel kunne snakke og le sammen med de. Shattell et al. (2006) hevder også at å bli forstått var en viktig faktor for å føle at de ble behandlet som et menneske, samtidig som pasientene ga uttrykk for at hverdagsprat og å bli behandlet som om de var en venn gav de følelsen av å bli sett på som et individ.

#### **4.2.2 Ivaretagelse av menneskets integritet**

I noen av våre artikler ble temaet integritet brakt på banen. Pasientene beskriver funn der de følte integriteten deres ble krenket, men også funn der sykepleierne bidro til at pasientene fikk styrket integriteten.

Johansson, Skärsäter og Danielson (2009) hevder at pasientene følte de fikk styrket integritet når de ble behandlet som et individ ved å vise respekt og oppmerksomhet. Johansson og Lundman (2002) viser til funn der pasientene forteller om sin opplevelse av å ikke være verdt noe:

“...everybody ought to be valued equally even if you are ill. But sometimes you feel you are not worth anything, have no human value (Johansson og Lundman 2002, 643).

Pasientene mente at deres integritet ble forsterket ved at helsepersonellet respekterte de som et menneske, for å oppnå denne respekten var det viktig at helsepersonellet var ydmyke ved å for eksempel innrømme sine feil overfor pasient, og ved å prøve å oppnå pasientens tillit (Johansson, Skärsäter og Danielson 2009). Koivisto, Janhonen og Väisänen (2003) viser til funn der pasientene sier at integriteten ble ivaretatt når de hadde anledning til å finne seg et rom der de kunne ha alenetid, og de hadde rett til å ytre sine meninger.

#### **4.2.3 Pasientens rett til selvbestemmelse**

I våre funn kommer det frem at pasientene ønsket å ta del i sin egen behandling. Å få informasjon om sin egen helse ble også fremhevet som et viktig punkt i behandlingen.

I følge Johansson, Skärsäter og Danielson (2009) var det viktig for pasientene å delta i samarbeidet rundt sin egen behandling, som for dem betydde å delta i planlegging og avgjørelser. Schröder, Ahlström og Larsson (2005) skulle kartlegge hva pasienten mente var viktige faktorer for å sikre kvalitet i pleien. I denne studien kom det frem at det var

viktig for deltakeren å delta i samarbeidet om å lage en pleieplan. Det var også viktig for dem å få informasjon om deres sykdom, slik at de hadde kunnskapen de trengte til å ta de riktige valgene angående deres egen behandling. Deltakerne i studiet til Cleary og Edwards (1999) mente at å gi pasientene informasjon var en viktig del av sykepleiernes oppgaver. I studiet til Johansson og Lundman (2002) erfarte noen av deltakerne at de ikke fikk den informasjonen de hadde krav på og at ønskene deres ikke ble tatt hensyn til. En pasient fra samme studie hadde positive erfaringer knyttet til samarbeidet med personalet, han fikk delta i diskusjoner rundt sin egen utskrivelse.

Noen pasienter i studiet til Schröder, Ahlström og Larsson (2005) opplevde at deres selvbestemmelse ble begrenset når helsepersonellet utøvde makt. En deltaker beskrev det slik:

For one thing you haven't really got the energy to cope with it, and you feel ever so small and vulnerable- and I don't think the staff are aware of the power they've got in relation to us patients. So you don't dare say no as often as you ought to (Schröder, Ahlström og Larsson 2005, 98).

## **4.3 Kjemien mellom sykepleier og pasient**

### **4.3.1 Den gode lytteren**

"A person can listen without caring but can't care without listening" (Shattell et al. 2006, 237).

I studiet til Shattell et al. (2006) mente deltakerne at helsepersonellet måtte være gode lyttere for å kunne oppnå en forståelse av dem. Å være oppmerksom, konsentrert og ha øyekontakt medvirket til at pasienten følte at motparten lyttet. En pasient i studiet til Schröder, Ahlström og Larsson (2005) understreker også viktigheten med at de som jobber i psykiatrien var gode lyttere. Johansson og Lundman (2002) viser til funn der pasientene opplevde at helsepersonellet ikke lyttet eller la merke til et rop om hjelp. En pasient beskrev en situasjon slik:

I felt so extremely bad and I wanted someone to talk to, it was at night I recall. But he said "I can't help you" and he just went away, he could at least sit by my side. Or talk to me about anything then, I'm not, I don't expect him to work miracles but just being there would have been enough (Johansson og Lundman 2002, 643).

I studiet til Johansson og Eklund (2003) var det også pasienter som følte at helsepersonellet ikke lyttet til dem. En pasient forteller at helsepersonellet var hyggelige, men virket uinteressert:

” (...) I was prepared to expose myself, but they didn't want to listen, only medicate. Take this and shut up, they said” (Johansson og Eklund 2003, 343).

En lignende oppfatning hadde en pasient i studiet til Thibeault et al. (2009). Han beskrev sykepleierne som ikke hørte på hva pasienten hadde å si, bare døpet dem ned. I studiet til Johansson og Eklund (2003) var det en pasient som opplevde det motsatte. Han ønsket å undertrykke følelsene med piller, men helsepersonellet trøstet og lyttet til han i stedet. Johansson, Skärsäter og Danielson (2002), beskriver også pasienter som opplevde at helsepersonellet var gode lyttere og at de forstod når de ikke hadde det så bra. Stenhouse (2010) viser til funn der pasientene forteller om når sykepleierne hadde vært gode lyttere. I disse øyeblikkene følte de seg støttet og at noen brydde seg om dem.

#### **4.3.2 Å være på samme nivå**

Ut ifra artiklene beskriver pasientene ulike opplevelser av hvordan de ble tilnærmet av sykepleierne og hvordan kjemien med sykepleierne oppstod.

I artikkelen til Thibeault et al. (2006) viser funn at pasientene følte at sykepleierne kom på deres nivå ved å for eksempel sette seg ned med pasientene å se på tv. I samme artikkel forteller pasientene at de følte at sykepleierne var på et helt annet nivå når de satt på vaktrommet i lengre perioder. Cleary og Edwards (1999) viste til funn som beskrev at sykepleierne kom på pasientens nivå ved å være innsiktsfulle og å vise forståelse:

They sit me down and talk to me, they give me medication, only if I need it, if I'm really racey and really feeling I'm on the edge, they give me something just to calm me down just enough. They wait for medication to kick in and then sit down and talk to you (Clearly og Edwards 1999, 473).

I følge Shröder, Ahlström og Larsson (2005) forteller en pasient at kjemien mellom sykepleier og pasient er veldig viktig. Pasienten forteller at kjemi handler om å like hverandre og å føle at du kan stole på sykepleieren. I samme studie viste funn at en pasient sa at sykepleier og pasient burde holde sammen. Cleary og Edwards (1999) har i sin studie

beskrevet en pasient sin opplevelse når kjemien var god og pasienten følte hun var på samme nivå som sykepleieren på denne måten:

”...She`s brilliant.She really knows how to care of me and patients” (Cleary og Edwards 1999, 474).

Pasientene i studien til Cleary og Edwards (1999) fortalte også at tonen i stemmen til sykepleierne og måten de sa navnet deres på, var viktig. Stenhouse (2010) viser til funn der pasientene forteller at de opplevde at sykepleierne tilnærmet seg og viste interesse. Shattell et al. (2006) viser til funn som peker på at det var viktig at sykepleierne kom på pasientens nivå, ved å fysisk sette seg ned og ha øyekontakt. I samme studie beskriver en pasient et positivt forhold med sykepleier, der de kom på samme nivå:

“As I got to know her, she done had adversity in her life. Her husband died and everything like that there, and we became close...” (Shattell et al. 2006, 238).

Lilja og Hellzèn (2008) beskriver at pasientene så på velvære som en viktig faktor, denne velværen oppnådde de ved at det var gjensidighet mellom sykepleierne og pasientene. Pasientene ønsket at en form for vennskap skulle komme ut av sykepleier – pasient forholdet. Stenhouse (2010) hadde positive opplevelser med sykepleiere som deltok i aktiviteter sammen med pasientene. Mens Thibeault et al. (2009) viser til positive pasienterfaringer der sykepleierne kommenterte at de så en bedring hos pasientene, noe som fikk pasientene til å føle seg sett.

#### **4.4 Usynlige regler og grenser**

Funn i noen av artiklene våre viser til at noen av pasientene opplevde et maktforhold til helsepersonellet. Dette maktforholdet bygde på usynlige regler og grenser. Maktforholdet kunne være med på å skape en distanse mellom helsepersonell og pasientene.

I Lilja og Hellzèn (2008) kommer det frem i pasientintervjuene at pasientene følte en stor avstand til helsepersonellet. Pasientene opplevde at kulturen helsepersonellet hadde inneholdt usynlige regler og grenser som pasientene måtte lære seg. For pasientene var disse reglene poengløse og kun skapt for å holde en avstand mellom pasientene og personalet. Pasientene hadde opplevelsen av at helsepersonellet brukte trusler for å få pasientene til å oppføre seg på den måten de ønsket, mens det i Johansson og Lundman (2002) sin studie kommer det frem at pasientene følte at personalet på avdelingen var lite

fleksible når det gjaldt regler og grenser. I funnene til Johansson og Eklund (2003) kom det frem at pasientene ønsket å bli forklart hva som skulle skje med dem, samt reglene på avdelingen. En av pasientene beskrev det på denne måten:

“There are a lot of rules here, but I don't understand them. I hardly know what treatment I get; which medication I get or why I get it.” (Johansson og Eklund 2003, 44).

Shattell, Andes og Thomas (2008) viser til funn der pasientene forteller at sykepleierne brukte makt hvis regler ble brutt, eller hvis pasientene hadde en oppsettende/dårlig holdning eller sa noe imot.

“I feel like we're in a place almost like a cult, being controlled. We're at their mercy” (Shattell, Andes og Thomas 2008, 245).

Grensesetting ble sett på som en del av sykepleiers rolle, og flere av pasientene så på det som forståelig når sykepleierne utførte dette (Cleary og Edwards 1999). Pasientene kunne forklare dette som:

“If I'm too rude to them then they'll say 'I'm not talking to you right now, you come back when you're more calm' and I usually do or I sort myself out.” (Cleary og Edwards 1999).

Schröder, Ahlström og Larsson (2005) støtter opp disse funnene, og mener at det var viktig at sykepleierne satte grenser når det var nødvendig.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metodediskusjon

I vår metode for systematisk litteratursøk har vi brukt retningslinjene for bacheloroppgave i sykepleie og Wilmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) sin bok Evidensbaserad omvårdnad– En bro mellom forskning och klinisk verksamhet.

I søkeprosessen brukte vi PICO skjema. Helt i starten synes vi at dette var vanskelig å bruke, og løsrev oss derfor ifra dette. Dette kan sees på som en svakhet i vår søkeprosess, da søkeprosessen ikke ble nok strukturert. Etter hvert lærte vi oss å bruke PICO skjema, og hadde stor nytte av dette, samtidig som vi så at søkeprosessen ble mer effektiv.

Under søkeprosessen tok vi mest i bruk databasene: Ovid PsycInfo, Ovid Nursing database og Ovid Medline. Vi gjorde noen søk i ProQuest og SveMed+, men fikk få relevante treff. Søkeprosessen i disse var kort og vi ser at vi kunne utført flere søk i disse databasene og kanskje fått flere treff. Dette ser vi på som en svakhet i vår prosess ved at det kan ha ført til at vi har gått glipp av relevante artikler.

I starten av søkeprosessen benyttet vi oss av MeSH-termer, men utover i søkeprosessen så vi at det var lite synonymer som var relevante for oss, og at våre søk ble uoversiktlige. Vi valgte derfor å gå bort ifra å bruke MeSH-termer. Dette kan sees på som en svakhet i vår studie, da viktige artikler kan ha gått tapt.

På grunnlag av at det er lite forskning knyttet til pasienter med psykisk lidelse sin opplevelse av samhandling med sykepleier generelt, ble det naturlig for oss å inkludere alle artikler som omhandlet pasienter med psykisk lidelse sin opplevelse av samhandling med sykepleier, i stedet for å velge oss ut en spesifikk diagnose. Hadde vi valgt oss ut en spesifikk psykiatrisk diagnose, ville vi funnet for lite forskning til å kunne gjennomføre vår litteraturstudie.

Vi satte som et krav at pasientene skulle ha erfaringer med samhandlingen med sykepleier ved og enten være innlagt i institusjon, ha vært innlagt tidligere eller hatt kontakt med psykisk helsevern via poliklinikker. Vi ønsket å holde oss til pasientperspektivet, fordi vi gjennom pasienterfaringer vil få et mest mulig nøyaktig svar på vår problemstilling, samt at hensikten på denne måten vil bli sterkere belyst. Ved å ha fokus på sykepleierperspektivet tror vi at våre funn kunne ha blitt unøyaktig, på grunnlag av at vi da

hadde fått svar på sykepleiers tolkning av hvordan pasienter med psykisk lidelse opplever samhandlingen med sykepleier. Vi valgte likevel å inkludere to artikler som omhandlet både sykepleie og pasient perspektivet. Grunnen til at vi valgte dette var fordi artiklene inneholdt viktige pasientfunn som vi ønsket å inkludere. Sykepleiefunnene vil bli brukt i vår resultatdiskusjon.

I vår litteraturstudie valgte vi å inkludere voksne (≥18 år), for å begrense utvalget. Vi valgte å inkludere artikler fra Europa, USA og Australia. Artikler fra Asia og Afrika ble ekskludert, da vi mener dette ikke er tilstrekkelig sammenlignbart med Vestlig kultur.

Vi ønsket i hovedsak å lete etter kvalitative forskningsartikler, dette fordi kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser og holdninger (Nortvedt et al. 2008). Vi så at dette var den metodiske tilnærmingen som best ville besvare vår problemstilling. På grunn av at det fantes lite forskning, valgte vi også å være åpne for å inkludere kvantitative forskningsartikler. Kvantitativt design benyttes når en ønsker å beskrive forekomst og fordeling, men kan også benyttes når en ønsker å finne sammenheng mellom et eller flere begreper eller en eller flere variabler (Nortvedt et al. 2008). Til tross for at vi var åpne for både kvalitative og kvantitative artikler i søkeprosessen valgte vi til slutt og kun å inkludere kvalitative artikler, da vi så at vi fikk best funn ut ifra disse.

Da vi skrev inklusjonskriteriene i starten av søkeprosessen ble i enige om å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler. Etter hvert i prosessen så vi at det var kun de kvalitative artiklene som svarte godt nok opp mot problemstillingen. Dette kan sees på som en svakhet i oppgaven fordi kvantitative artikler har flere deltakere og en får et større overblikk. På den andre siden var vi opptatt av opplevelsene til pasientene, noe vi mente de kvantitative artiklene ikke fanget opp.

Vi valgte å ekskludere ikke-vestlige artikler fra studiet vårt. Da vi mente kulturforskjellene kunne bli for store. Det førte til at en artikkel som svarte til problemstillingen ble ekskludert på grunn dens opprinnelse. Dette kan være en svakhet fordi artikkelen kan ha hatt relevante funn til studiet, men i dette tilfellet valgte vi å holde oss til inklusjonskriteriene vi hadde fastsatt. Seks av våre artikler er nordiske, dette mener vi bidrar til å styrke vår studie, fordi nordiske land har mange kulturelle fellestrekk. Vi har valgt å inkludere artikler der pasientene var innlagt på akutt post. På grunn av pasientens tilstand i denne fasen, kan dette sees på som en svakhet i studien vår. Når vi dro ut funn i

fra disse artiklene ble det brukt faglig skjønn, og funn som omhandlet tvang og vold ble ekskludert. Det var likevel funn som belyste vår hensikt og svarte til vår problemstilling i disse artiklene, som vi valgte å inkludere.

I retningslinjene står det at artiklene ikke skal være eldre enn 5 år fra det året vi startet søkeprosessen. Av den grunn skulle artikler som ble publisert før 2005 være ekskludert. I starten av søkeprosessen avgrenset vi derfor søket til artikler publisert etter 2005.

Underveis i søkeprosessen fikk vi problemer med å finne nok artikler med pasientperspektiv. Etter å ha endret søkestrategi og prøvd de ut i ulike databaser uten å få flere treff kom vi frem til at vi skulle utvide avgrensingen fra år 2005 til 1999. Dette ser vi at kan føre til svakhet i studiet. På den andre siden ser vi at funn fra de eldre artiklene samsvarer med funn fra nyere artikler.

I oversiktsartikkelen til Skorpen et al. (2008) som tar for seg norsk forskning med brukerperspektiv i psykiatrien står det:

”Forskning med innlagte psykiatriske pasienters erfaringer i fokus synes å være så å si fraværende” (Skorpen et al. 2008, 21).

Denne oversiktsartikkelen gjelder kun for norsk forskning, men vi opplevde at dette var tilfellet når det gjaldt forskning med pasientperspektiv i andre vestlige land også. Vi ser også at flere av artiklene vi har inkludert har nevnt at det finnes lite forskning med pasientperspektiv i sin innledning.

Når vi var ferdig med søkeprosessen stod vi igjen med 17 artikler. Etter å ha lest artiklene hver for oss og deretter diskutert dem sammen kom vi frem til at seks av artiklene måtte ekskluderes. Grunnlaget for dette var at to artikler var sekundære analyser, en ble ekskludert på grunn av dens opprinnelse, og de resterende tre svarte ikke til problemstilling. Da sto vi igjen med 11 artikler. To av artiklene vi har valgt å inkludere har sykepleierperspektiv i tillegg til pasientperspektiv. Vi valgte å inkludere disse artiklene fordi var at det var pasientfunn som belyste vår studie. I tillegg var funnene fra intervjuene med sykepleierne tydelig adskilt fra pasientfunnene. Vi så også at sykepleierfunnene kunne brukes i resultatdiskusjonen vår for å svare på våre problemstillinger.

For å kvalitetssikre artiklene brukte vi Nordtvedt et al. (2007) sin sjekkliste for kvalitativ forskning. Vi kvalitetssikret alle artiklene hver for oss, for så å møte og gjennomgå dem



sammen. Hadde vi ulikheter i kvalitetssikringsskjemaene diskuterte vi disse og kom frem til en felles enighet. Vi ser på det som en styrke i studiets resultater at vi begge kvalitetssikret alle artiklene. En av våre inkluderte artikler var ikke etisk godkjent. Vi ønsket å sende e-post til forfatteren for å finne ut av dette, men fant ingen e-post å henvende oss til. Dette kan sees på som en svakhet i studien vår, men ved gjennomlesing av artikkelen hadde vi begge i bakhodet at de etiske vurderingene skulle rettferdiggjøre forskningsarbeidet, samt at vi som nevnt tidligere hadde satt oss inn i retningslinjene for sykepleieforskning. I tillegg var artikkelen referee bedømt.

I analysen valgte vi å ta utgangspunkt i Malterud (2003) sine fire trinn for analyse av kvalitative data. Ved å ta utgangspunkt i disse fire trinnene sikret vi oss at analysedelen kunne gjennomføres på en så systematisk måte som mulig. Hver for oss dro vi ut funn fra alle artiklene for så å møtes og gå igjennom alle funn sammen. Dette ser vi på som en styrke i vår studie, da vi på denne måten sikret at viktige funn ikke gikk tapt. Vi hadde i forkant bevisst latt være å tenke på aktuelle tema som gikk igjen, men vi synes likevel det var vanskelig å legge tenkte tema bak oss. Dette kan sees på som en svakhet i studien vår, men også som en styrke i og med at enkelte tema gikk så tydelig igjen.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Tid skaper gode relasjoner**

#### **Sykepleiers tilgjengelighet - når pasienten blir en arbeidsoppgave**

I noen av våre studier vises det til funn der pasientene opplevde at sykepleierne ikke var interessert i å snakke med pasientene og at de ikke hadde tid til å snakke med dem.

Pasientene følte det var deres oppgave å ta kontakt med sykepleierne, men det var ikke alltid så lett da det var flere barrierer som hindret de i å ta kontakt (Shröder, Ahlström og Larsson 2005; Stenhouse 2010; Thibeault et.al 2009). Thornquist (2009) hevder at blikket er avgjørende for om man formidler menneskelig tilgjengelighet og interesse.

Flere av våre studier viser til funn der pasientene poengterer viktigheten med at sykepleierne hadde tid. Tid var viktig for å kunne bygge den gode relasjonen. I studien til Shröder, Ahlström og Larsson (2005) vises det til funn der sykepleierne hadde for mange oppgaver, og at dette førte til lite tid til gode samtaler med pasientene. Bøe og Thomassen (2000) hevder at det er mange hinder for at gode relasjoner kan utvikle seg innenfor den psykiatriske institusjons kontekst. Vi tenker at overbelegg av pasienter, og mangel på arbeidskraft er reelt ved mange institusjoner i helsevesenet. På en side vil dette naturlig nok resultere i at det blir for lite tid til hver pasient, mens det på den andre siden kan føre til at helsepersonell kan bli overarbeidet, og at sykepleierne kun oppfyller institusjonelle krav. Travelbee (1999) hevder at en avhumaniseringsprosess naturlig kan starte når sykepleiere arbeider under forhold preget av personalmangel og tidspress. Når en pasient gradvis blir en arbeidsoppgave, vil sykepleieren trekke seg unna og rette kreftene sine inn på å oppfylle institusjonelle forventninger. I studien til Shattell, Andes og Thomas (2008) beskriver sykepleierne at de var for opptatt, og at de hadde for lite tid til pasientene. Sykepleierne følte at mye av tiden gikk vekk ved å vente på forskjellige medisinske og andre administrative oppgaver. I tillegg var det lite sykepleiere på jobb. Cleary og Edwards (1999) støtter opp dette funnet.

I noen av våre studier vises det til funn der pasientene var mye alene uten personalet, noe som førte til at pasientene måtte støtte hverandre (Lilja og Hellzèn 2008; Stenhouse 2010). Vi tenker at det finnes både negative og positive sider med dette. De negative konsekvensene av dette kan være at hver enkelt pasient har “nok med seg selv”, og derfor føler dette som belastende. Pasienten kan dessuten være så syk, at han ikke er i stand til å

dvele med andres problemer. Noen pasienter kan finne det støttende å ha noen å snakke med. I følge Hummelvoll (2008) oppstår det ofte uformelle gruppedannelser på psykiatriske avdelinger, og som sykepleier bør en delta i disse gruppene for å øke innflytelsen på den enkelte pasient.

I følge studien til Cleary og Edwards (1999) var det viktig at sykepleierne var tilgjengelige, noen pasienter opplevde at sykepleierne alltid var der for dem, noe som var avgjørende for deres behandling. I samme studie poengterte sykepleierne viktigheten av at pasientene hadde en primærsykepleier, og fordelten med dette. Fordelen for sykepleierne var at de fikk mulighet til å bygge en god relasjon med pasientene. Dette så vi gode eksempler på i praksisfeltet, da hver pasient hadde to primærsykepleiere. Disse to kontaktsykepleierne gikk omvendt turnus av hverandre, og på denne måten hadde pasientene som oftest en av sine kontaktsykepleier på jobb. Bøe og Thomassen (2000) hevder at pasientene naturlig nok vil få bedre kontakt med enkelte av helsepersonellet, og at denne personen da bør være sentral i pasientens behandling.

### **Sykepleiers tilstedeværelse - de verdifulle øyeblikkene**

Flere av våre studier viste til både negative og positive erfaringer ved sykepleiers tilstedeværelse. Felles for en del av erfaringene, var at det ikke var mye som skulle til for at pasientene følte seg ivaretatt (Koivisto, Jahnonen og Våisånen 2003; Shattell, Andes og Thomas 2008; Schröder, Ahlström og Larsson 2005; Stenhouse 2010). Koivisto, Jahnonen og Våisånen (2003) viser til funn der pasientene forteller om viktigheten med samtaler med primærsykepleier. Hovedproblemet med interaksjonen var at samtalen ofte ble tilfeldige og uorganisert, der pasientene ikke viste formålet med samtalen og heller ikke hvor ofte, hvor og når samtalen skulle finne sted. Pasientene kunne oppleve at sykepleierne aldri hadde tid. I følge Crafoord (1995) må tid, rom og situasjon være tydelig definert der møtet med en pasient med psykisk lidelse skal skje. Det må tenkes over hvordan rommet ser ut rent fysisk, hvilket budskap rommet formidler, hvem som plasseres hvor, utsikten fra rommet og bilder på veggen. Sykepleierne i studien til Shattell, Andes og Thomas (2008) fortalte at mye av tiden gikk med på å lete etter rom de kunne ha private samtaler med pasientene på.

Schröder, Ahlström og Larsson (2005) viser til funn der pasientene opplevde både positive og negative erfaringer ved helsepersonellet. De positive erfaringene gikk på at helsepersonellet brukte tiden sin ute i avdelingen sammen med pasientene og deltok i

aktivitetene på avdelingen når de kunne, og pasientene hadde forståelse for at sykepleierne hadde et stort ansvar og mye å gjøre på avdelingen. Bøe og Thomassen (2000) peker på viktigheten av at pasientene blir engasjert i aktiviteter, men peker også på viktigheten av at helsepersonell og pasientene kan finne på noe sammen. Dette kan skje i form av for eksempel kino eller shopping. De negative erfaringene gikk på at noen pasienter så på det å måtte vente som at de ble oversett, pasientene hadde et felles ønske om å kunne tilbringe mer tid sammen med sykepleierne (Schröder, Ahlström og Larsson 2005). I praksisfeltet kunne vi se at noen sykepleiere var flinkere til å bruke ledig tid til aktiviteter sammen med pasientene, mens andre brukte den lille tiden som var til overs til å ta seg en liten pause, eller jobbe med forefallende papirarbeid.

### **5.2.2 Mennesket bak pasientrollen**

#### **Pasienten, det unike individet?**

Flere av våre studier viste funn at pasientene opplevde at sykepleierne ikke så mennesket bak pasientrollen (Johansson og Lundmann 2002; Shattell et al. 2006; Lilja og Hellzèn 2008; Johansson og Eklund 2003; Thibeault et al. 2009). Travelbee (1999) hevder at det har mye å si om et individ blir oppfattet som en pasient eller som et unikt menneske. Når et menneske har fått ”merkelappen” pasient vil en avhumaniseringsprosess starte. Den menneskelige avhumaniseringsprosessen starter når et individ blir oppfattet som en sykdom, i stedet for et menneske med en sykdom. I følge Travelbee er det kun en måte å unngå avhumanisering og stereotypisering, det er å oppfatte den syke som et unikt menneske.

I noen av våre studier opplevde pasientene å bli forandret fra et unikt menneske, til en del av et kollektiv ved å bli behandlet som et nummer i en rekke, noe som førte til at de følte at sykepleierne hadde standardiserte holdninger. Pasientene følte de ikke ble sett som enkeltindivid (Lilja og Hellzèn 2008; Shattell et al. 2006; Thibeault et al. 2009). Travelbee (1999) hevder at når dette skjer, blir pasientene oppfattet ut ifra bestemte kjennetegn som regner å gjelde for “alle pasientene”. På denne måten vil stereotypi oppstå og sykepleier kan opptre på en standardisert måte overfor pasientene. Vi har erfaringer fra praksis der vi opplevde stereotypisering av pasienter koblet til spesifikke diagnoser der mennesket bak pasientrollen ikke ble sett. Men vi opplevde også sykepleiere som før første møte valgte og ikke lese pasientjournalen med den hensikt å bli kjent med mennesket bak pasientrollen før en del av fokuset skulle rettes mot pasientens diagnose og behandling.

I flere av våre studier vises det til ulike moment som fikk pasientene til å føle seg som et unikt menneske. Bekreftelse, å bli forstått, at sykepleierne kunne le og snakke sammen med pasientene og å ikke bli behandlet som barn var tema som gikk igjen (Lilja og Hellzèn 2008; Shattell et al. 2006; Shröder, Ahlström og Larsson 2005). Bøe og Thomassen (2000) hevder at humor er en viktig del for å skape et godt forhold til pasienten., da dette kan gi opplevelsen av å ha noe til felles. Arnhild Lauveng (2011), som tidligere hadde diagnosen schizofreni forteller i sin bok “Unyttig som en rose” om en opplevelse hun hadde med en sykepleier da hun har innlagt. Hun understreker at en viktig del av det å ta folk på alvor er at sykepleier tørr å si at noe er galt. Lauveng forteller i følgende eksempel om en situasjon der hun sammen med sykepleieren sitter og syr, underveis gjør hun en feil og spør sykepleieren om råd. Da svarer sykepleieren:

“Du gjør selvfølgelig som du vil, men du kommer til å ergre deg grønn hvis du ikke retter det opp.” Hun hadde helt rett, og det var deilig å høre henne si det. Dette var ikke den vennlige, overbærende “stakkars deg, du klarer jo ikke så mye, du som er “syk” holdningen, men en enkel rett-frem-vurdering av mine ferdigheter i søm (Lauveng 2011,75).

Lauveng (2011) følte i seg sett som et menneske i denne situasjonen, nettopp fordi hun følte seg forstått. Vi tenker at dette gav et godt eksempel på en situasjon der sykepleier virkelig så pasienten.

### **Integritet – “menneskets beskyttelsesmur”**

Arlebrink (2010, 402-423) beskriver at alle mennesker har en integritet, og at alle har rett til å bli behandlet med respekt for sin identitet. Den sjelelige integriteten kan beskrives som at mennesker har en ” beskyttelsesmur” rundt seg, som ingen har rett til å komme innenfor eller ta del i. Mennesker har rett til å holde ting for seg selv.

I noen av våre studier mente pasientene at de fikk styrket integritet ved at de ble behandlet som et individ og at sykepleierne viste respekt og oppmerksomhet. Det var også viktig at sykepleierne kunne innrømme sine feil overfor pasientene. For pasientene var det også viktig å få anledning til å være alene, og ha rett til å ytre sine meninger (Johansson, Skärsäter og Danielson 2009; Koivisto, Jahnnonen og Väisenen 2003). Hummelvoll (2008) støtter opp funnet til Johansson, Skärsäter og Danielson (2009) om at respekt er viktig for å ivareta et annet menneskes integritet. I studien til Johansson og Lundman (2002) vises

det til funn der pasientene følte at de ikke hadde noen menneskelig verdi, og dermed ble integriteten krenket. I følge Arlebrink (2010, 402-423) kan integriteten kan bli krenket på mange måter, og i praksisfeltet opplevde vi at noen pasienter så på det å ha studenter som truendes mot deres integritet. En av oss opplevde at en pasient sa:

Jeg må være ærlig jeg, jeg synes det er kjempe skummelt at du skal være her. Jeg ønsker ikke å utlevere meg selv og min historie til en student som skal være her kun en kort periode (Pasientopplevelse fra praksisfeltet).

Som studenter på avdelinger ute i praksisfeltet hadde vi tilgang til pasientens journal, og på denne måten mulighet til å ta del i pasientens tidligere historie og nåværende problematikk hvis vi ønsker det. Som studenter har vi taushetsplikt, dette er en faktor som sikrer pasienten at det vi leser ikke kommer videre. Hummelvoll (2008) viser til taushetsplikten når han beskriver faktorer som må være tilstede for å ivareta pasientens verdighet og integritet.

### **Samarbeid under behandlingen – nøkkelen til gode erfaringer**

I flere av studiene kom det frem at det var viktig for deltakerne å ta del i sin egen behandling. Dette kom tydelig frem i studien til Johansson, Skärsäter og Danielson (2009) der pasienten ønsket å ta del i planlegging og avgjørelser rundt sin egen behandling. I følge Phil Barker og Poppy Buchanan- Barker (2009, 187-211), oppnås den beste vurderingen når sykepleieren og pasienten samarbeider i felleskap rundt problemene. Informasjonen angående pasienten skal så langt det er mulig komme direkte fra personen selv. Videre skriver de at det ikke i alle tilfeller er mulig å få informasjonen direkte fra personen selv. Personen kan være så syk at han/hun ikke er i stand eller villig til å gi nødvendig informasjon. I følge Hummelvoll (2008) vil det være sykepleiers oppgave å være pasientens talsmann og omsorgsgiver når pasienten ikke er i stand til å uttrykke egen behov og ønsker.

I følge Lemvik (2006) har pasienter blitt mer opptatt av å søke kunnskap om sin egen lidelse, og aktuell behandling. Dette gjelder ofte mennesker med somatiske sykdommer, ikke de med psykiske lidelser. I studiet til Schröder, Ahlström og Larsson (2005) forteller deltakerne at de ønsket informasjon om sin sykdom slik at de kunne ta de riktige beslutningene rundt sin egen behandling. Deltakerne i Johansson og Lundman (2002) følte ikke at de fikk den informasjonen de hadde krav på. I pasientrettighetsloven § 3-2 første

ledd, står det skrevet at pasienten har rett til den informasjonen som er nødvendig for å få forståelse av sin helsetilstand.

I studiet til Schröder, Ahlström og Larsson (2005) opplevde noen pasienter at de ikke fikk utøve sin rett til selvbestemmelse fordi de følte at helsepersonellet hadde makt over dem. En pasient fortalte at han ikke trodde at helsepersonellet var klar over hvor mye makt de hadde. Jan Arlebrink (2010, 402-423) viser til at mennesker erfarer at svakheter som for eksempel sosiale problem og sykdom kan undergrave autonomien deres. Men at dette kan kompenseres med at de som har makten gir støtte og på denne måten forsterker autonomien til pasienten.

En pasient fra studiet til Johansson og Lundman (2002), opplevde at han fikk delta i planleggingen rundt sin egen utskrivelse. I praksisfeltet møtte en av oss en sykepleier som alltid konfererte med pasienten etter hun hadde dokumentert noe rundt pasientens behandling. Hun opplevde ofte at pasienten hadde innvendinger til det som ble skrevet. Sykepleieren følte da at hun fikk rettet opp i eventuelle misforståelser og at pasienten fikk sin stemme hørt. Det har skjedd en stor utvikling innen psykisk helsevern fra 1950 årene, da behandlingsformene minnet mer om tortur (Herheim og Langholm 2010). I motsetning til nåtidens behandling som setter brukermedvirkningen i fokus (Lemvik 2006).

### **5.2.3 Kjemien mellom sykepleier og pasient**

#### **Å lytte - en aktiv prosess**

I flere av studiene kom det frem at pasientene følte at helsepersonellet ikke lyttet til dem (Johansson og Lundman 2002; Johansson og Eklund 2003; Thibeault et al. 2009). En pasient i studiet til Thibeault et al. (2009) opplevde at sykepleierne var uinteressert i å lytte til hva pasientene hadde å si og at de kun var opptatt av å medisinere. I følge Travelbee (1999) er det å ikke lytte en av hovedårsakene til kommunikasjonssvikt. Når sykepleieren ikke lytter kan den syke tolke dette som at sykepleieren er uinteressert.

Flere av studiene viser til deltakere som hadde erfaringer med helsepersonell som hadde tatt i bruk aktiv lytting (Johansson og Eklund 2003; Skärsäter og Danielson 2002; Stenhouse 2010). I studiet til Stenhouse (2010) forteller pasientene at når sykepleierne lyttet, følte de at sykepleierne støttet dem og brydde seg. I følge Eide og Eide (2002) er

aktiv lytting grunnlaget for en god samtale. Ved å bruke verbal og nonverbal kommunikasjon kan vi vise omsorg og interesse. Dette kan føre til at pasienten tørr å åpne seg.

Deltakerne i studiet til Shattell et al. (2006) fortalte at når helsepersonellet var konsentrert og hadde øyenkontakt følte de at motparten lyttet. Travelbee (1999) karakteriserer det å lytte som en aktiv prosess som krever at sykepleieren vier sin hele oppmerksomhet til den syke. Sykepleieren må være tilstede både fysisk og psykisk. Dette oppnår hun med å være bevisst på seg selv i samhandling med den syke. Hun skal ikke se på klokken eller kikke ut av vinduet. Den gode sykepleieren skal stadig forsøke å bedre sine evner til å lytte og tolke det som skjer i møte med den syke. Eide og Eide (2002) beskriver øyenkontakt som en viktig form for nonverbal kommunikasjon. Hvis en ikke har øyenkontakt når en kommuniserer kan den andre føle seg oversett. På den andre siden må en være bevisst på at et intenst blikk kan gi ubehag og man kan føle seg gransket. Pasienter kan føle seg usikker, intens øyenkontakt kan da føles påtrengende og forsterke følelsen av usikkerhet.

### **Sykepleiers holdning og handling**

Pasientene i studiet til Lilja og Hellzèn (2008) ønsket at en form for vennskap skulle komme ut av sykepleier- pasient forholdet. I følge Bøe og Thomassen (2000) kan rollestrukturen innenfor institusjons- og behandlingssystemet være sterke. For å kunne bryte ned disse og komme nærmere pasienten må en kunne være åpen for og tre ut av sin rolle. På denne måten kan det bli lettere å legge til rette for en god relasjon, fordi man har mulighet til å bli mer personlig. Det å kunne tre helt ut av sin rolle som sykepleier er selvsagt ikke mulig eller forsvarlig. Juridiske forhold og arbeidstid setter grenser for dette. Det vil være grenser for hva sykepleieren kan være for pasienten. Utvikler forholdet med sykepleier og pasient seg til et vennskap kan dette være uheldig for begge parter. Sykepleieren vil ikke alltid kunne stille opp like mye som pasienten kanskje forventer. Når relasjonen avsluttes kan pasienten føle seg sviktet. Oppstår et slikt forhold bør det ikke overses, men prates åpent om med pasienten.

I studiet til Shattell et al. (2006) beskriver en pasient et tilfelle der sykepleieren tredde ut av sin rolle ved å dele hennes egne livserfaringer. Sykepleieren fortalte at hun hadde mistet sin mann. Dette betydde mye for pasienten fordi han så at sykepleieren også hadde hatt det tungt. Da følte pasienten at sykepleieren ga litt av seg selv og at de på den måten kom hverandre nærmere. I følge Bøe og Thomassen (2000) kan det å dele en felles fortvilelse



skape dybde i relasjonen med pasienten. Oppdagelsen av at de har noe til felles kan gi en god følelse, midt i fortvilelsen.

Cleary og Edwards (1999) beskriver funn der pasientene fortalte om positive sider ved behandlingen. Et eksempel på dette var når de kunne høre på stemmen til sykepleieren at de brydde seg. I følge Eide og Eide (2002) kan stemmen i likhet med ansiktsuttrykk og kroppsholdning kan bidra med å formidle ro eller uro. Man kan også høre på stemmen om en person er oppmerksom eller distraahert. Det kan være nyttig å bevisstgjøre seg selv på sitt eget stemmeleie i kommunikasjon med andre.

## **5.2.4 Usynlige regler og grenser**

### **Distansen mellom sykepleieren og pasienten**

I noen av våre artikler vises det til funn der pasientene opplevde et maktforhold til helsepersonellet. Maktforholdet bygget på usynlige regler og grenser, og var med på å skape en distanse mellom helsepersonellet og pasientene (Johansson og Eklund 2003; Johansson og Lundman 2002; Lilja og Hellzèn 2008). Sørensen (2009, 122-140) viser til filosofen Løgstrup som hevder at et maktforhold alltid er til stede i ethvert pasient-hjelper forhold, men at graden av det vil variere. I følge Herheim og Langholm (2010) har makt i psykiatrien endret seg betraktelig gjennom årene, fra at pleierne på avdelingene opptrådte som fangevoktere til nåtid da sykepleierne blir oppmuntret til å se personen bak pasientbetegnelsen.

Lauveng (2011) forteller om positive opplevelser hun hadde av regler mens hun var innlagt. Hun forteller om da ferieavviklingen skulle skje, noe hun så på som uttrygge perioder. Hennes kontaktsykepleier lagde synlige regler og behandlingsplaner som ble lagt i en mappe på vaktrommet, slik at ingen skulle være i tvil om hvilke regler som gjaldt og hvilke rammer hun fungerte best innenfor. For Lauveng var disse reglene en trygghet. Funn fra studien til Schröder, Ahlström og Larsson (2005) støtter opp at regler var viktige å ha når det var nødvendig. Flere av pasientene i studien til Cleary og Edwards (1999) så på grensesetting som en naturlig del av sykepleiers rolle, og at det var et viktig tiltak. Hummelvoll (2008) poengterer viktigheten med at grensesettingen ikke må bli en maktdemonstrasjon.

I studien til Johansson og Lundman (2002) kommer det frem at pasientene følte at personalet på avdelingen var lite fleksible når det gjaldt regler og grenser. I praksisfeltet

opplevde vi at pasientene ble vekt til frokost hver morgen, noe pasientene så på som unødvendig. Dette resulterte i at pasientene så på sykepleierne som lite fleksible. Vi kan forstå at pasientene opplevde det slik, men pasientene dette gjaldt trengte struktur, og denne regelen var derfor viktig for pasientens behandling.

Lauveng (2011) beskriver at det er mulig å være imøtekommende og fleksibel innenfor regelverket, mens en på den andre siden kan velge å være ufølsom og arrogant. Hvordan man velger å være handler mye om hvilken holdning en har til andre mennesker. Fra Lauveng sitt opphold på institusjon husker hun best helsepersonellet som var villig til å strekke seg litt lengre med regler, innenfor rimelighetens grenser. I følge Bøe og Thomassen (2000) kan det ha stor betydning for den enkelte pasient hvis helsepersonell engasjerer seg utover det som kreves, pasienten vil da få følelsen av at forholdet er ekte og unikt.

I studien til Lilja og Hellzèn (2008) opplevde pasientene at helsepersonellet brukte trusler for å få pasientene til å oppføre seg på den måten de ønsket, mens det i studien til Shattell, Andes og Thomas (2008) kommer frem at pasientene opplevde at sykepleierne brukte makt hvis regler ble brutt, eller hvis pasientene hadde en oppsettende holdning. I følge filosofen Løgstrup er det opp til det enkelte mennesket å forvalte makt som er til den andres beste (Sørensen 2009, 122-140).

### **5.3 Konsekvenser for praksis**

I løpet av prosessen har vi sett at det er lite nyere forskning knyttet til pasienters erfaringer innen psykisk helsevern. Dette stiller vi oss spørsmål til, da det de siste 15 årene har vært en sterk økning i antallet som er behandlet for psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet 2011). Vi håper at våre funn kan føre til at oppmerksomheten rundt pasienters erfaringer innen psykisk helsevern blir mer i fokus. Vi mener at vi i vår studie fant mange gode funn som er relevante for oss som fremtidige sykepleiere, og for annet helsepersonell som jobber med mennesker med psykiske lidelser.

Et gjennomgående tema i studiene vi valgte å inkludere var at pasientene følte at sykepleierne ikke hadde tid til dem. Pasientene kunne se at det var få sykepleiere på jobb, og at mye av tiden til sykepleierne gikk med til administrative oppgaver. I to av våre studier ble sykepleierperspektivet også tatt for seg. Funnene viste til at sykepleierne gjerne ønsket å ha mer tid til pasientene, men at verdifull tid de kunne hatt med pasientene gikk

med til administrative oppgaver og institusjonelle krav. Sykepleierne viser også til at det ofte var dårlig bemanning. Vi tenker at dette funnet kan belyse noe som er reelt blant mange institusjoner i dagens helsevesen, og at det er viktig for helsepersonell og ikke glemme pasientene tross i lite bemanning, administrative oppgaver og institusjonell krav.

I våre studier kom det frem at det ikke var mye som skulle til for at pasientene skulle ha en god opplevelse av samhandlingen med sykepleierne. Dette tenker vi kan være en bevisstgjøring for oss som fremtidige sykepleiere, og annet helsepersonell. I en travel hverdag vil det være viktig å ta i bruk de ledige øyeblikkene, slik at pasienten føler seg sett.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet vårt var å belyse pasienters opplevelse av samhandlingen med sykepleiere i psykisk helsevern.

I flere av studiene opplevde pasientene at de ble behandlet etter hvilken diagnose de hadde, og ikke som et enkeltindivid. Dette førte til at de følte de ble forhåndsdomt og at behandlingen ble standardisert. Ved at de opplevde at de ikke ble sett som enkeltindivid, følte de at integriteten ble krenket. Vi har erfart at det kan ofte kan være overbelegg av pasienter på institusjoner, og at det er underbemanning på sykepleiere. Vi tenker at dette kan være en faktor som spiller inn på sykepleiernes mulighet til å bli godt kjent med den enkelte pasient.

Et gjennomgående tema i studiene var at sykepleierne hadde for lite tid til pasientene. Pasientene beskrev at sykepleierne så opptatte ut, og at tid sammen med sykepleierne måtte kjempes for. Dette hindret pasientene i å ta kontakt, noe som i flere tilfeller førte til at de følte de måtte støtte hverandre. Funn i studiene viste til at det for pasientene ikke var mye som skulle til før de følte seg ivaretatt. Vi mener at våre funn kan være med på å bevisstgjøre sykepleiere på hvilke signaler de sender til pasienten i en travel hverdag, dette for å unngå at de skal vegre seg for å ta kontakt.

Pasientene opplevde at det var regler og grenser på avdelingen. Dette førte til at en distanse mellom helsepersonell og pasientene oppstod. Likevel viste funn at regler og grenser kunne være nødvendige for pasientene når de ble brukt på rett måte. Ut i fra funnene viste det seg at pasientene så nyttigheten med grensene og reglene som ble satt så lenge sykepleierne tydeliggjorde hensikten med dem.

For pasientene var det viktig å delta i behandlingen, og ha den kunnskapen som skulle til for å delta. Når de fikk muligheten til å delta, følte de at deres stemme ble hørt. Tilstrekkelig informasjon og kunnskap, samt et godt samarbeid med sykepleierne var avgjørende for at pasientene følte at de deltok i sin egen behandling.

Flere funn viste til at en viktig egenskap for sykepleierne var at de var gode lyttere. I studiene var det både gode og dårlige erfaringer rundt dette. Sykepleiers holdning og måte å henvende seg på var avgjørende for om sykepleierne ble oppfattet som gode lyttere eller ikke. Pasientene følte at en god relasjon med sykepleierne oppstod når sykepleierne og

pasientene var på samme nivå. For å være på samme nivå måtte sykepleierne lære pasienten å kjenne, gi av seg selv og forholdet måtte være bygget på gjensidig respekt.

Vi tenker at pasienterfaringer er verdifulle, fordi vi får et unikt innblikk i hvordan pasientene opplever behandlingssystemet. Som sykepleiere er vi avhengige av brukerorientert forskning, slik at vi på best mulig måte kan utøve god sykepleie til denne pasientgruppen. I løpet av søkeprosessen så vi at det fantes lite nyere forskning med pasientopplevelser i fokus. Derfor mener vi at pasientenes erfaringer bør få en mer sentral plass i fremtidens forskning. Vi som fremtidige sykepleiere kommer i stor grad til å møte pasienter med psykiske lidelser samme hvor vi jobber, og må derfor ha mer kunnskap om hvordan pasienter med psykisk lidelse opplever samhandlingen med sykepleier.

## 7.0 Litteraturliste

- Aadland, Einar. 2003. *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 3. utg. Gjøvik: Det Norske Samlaget.
- Arlebrink, Jan. 2010. Etiske aspekter på tvångsvård. I *omvårdnad vid psykisk ohälsa*, red. Ingela Skärsäter, 402-423. Polen: Författarna och Studentlitteratur.
- Barker, Phil og Poppy Buchanan-Barker. 2009. Assessment i psykiatrisk sygepleje. I *Psykiatrisk sygepleje*, red. Niels Buus, 187-210. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Bøe, Tore Dag og Arne Thomassen. 2000. *Mot en mer menneskelig psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cleary, M og Clair Edwards. 1999. Something always comes up: nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 6: 469-477.
- Crafoord, Clarence. 1995. *Människan är en berättelse*. Finland: Köping Trykning WSOY.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. 2011. *Tema: Psykiske lidelser og plager*, [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2337:1:0:0:::0:0) (Lest 20.10.2011).
- Folkehelseinstituttet. 2011. *Tema: Psykiske problemer og lidelser – voksne* [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70817:::1:6043:21:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70817:::1:6043:21:::0:0) (Lest 20.10.2011).
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Natur och Kultur.
- Haugsgjerd, Svein, Per Jensen og Bengt Karlsson. *Perspektiver på psykisk lidelse. En innføring for helse og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helgerud, Marit. 2003. *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Oslo: Sykepleierens samarbeid i Norden. [www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf) (Lest 20.06.2011).
- Helse og omsorgsdepartementet. 1997. *Åpenhet og helhet*. St.meld. nr 25(2006-2007). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Henriksen, Petter. 2006. *Store Norske Leksikon*. 4.utg. Oslo: Achehoug & CO og Gyldendal ASA.

- Herheim, Åste og Kari Langholm. 2010. *Psykisk helsearbeid- teorier og arbeidsmåter*. 2.utg. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2008. *Helt-ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johansson, Håkan og Mona Eklund. 2003. Patients` opinion on what constitutes good psychiatric care. *Nordic College of Caring Sciences* 17: 339-346.
- Johansson, Inger M og B. Lundman. 2002. Patients` experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses. *Blackwell Science Ltd* 9: 639-647.
- Johansson, Inger M, Ingela Skärsäter og Ella Danielson. 2009. The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients` experiences. *Nordic Journal of Psychiatry* 63: 501-507.
- Koivisto, K, S.Jahnonen og L. Väisänen. 2003. Patients experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11: 268-275.
- Lauveng, Arnhild. 2011. *Unyttig som en rose*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lemvik, Bjarne. 2006. *Å skape gode livsvilkår*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Lilja, Lars og Ove Hellzèn. 2008. Former patients` experience of psychiatric care: A qualitativ investigation. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 279- 286.
- Malterud, Kirsti. 2004. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester AS. 2011. *Om personvern*. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (Lest 10.09.2011).
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Pasientrettighetsloven. 1999. *Lov av 7.februar 1999 nr. 63 om pasientrettigheter* <http://www.lovdata.no> (Lest 19.10.2011).
- Psykisk helsevernloven. 1999. *Lov av 7.februar 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* <http://www.lovdata.no> (Lest 19.10.2011).
- Shattell, Mona M, M.Andes og Sandra Thomas. 2008. How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment. *Nursing publications and Other Works* 15:242-250.
- Shattell, Mona M, Sara McAllister, Beverly Hogan og Sandra P.Thomas. 2006. “She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients` Experiences of Being Understood. *Archives of Psychiatric Nursing* 20 (5): 234-241.
- Shröder, Agneta, Gerd Ahlström og Bodil Wilde Larsson. 2005. Patients` perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Blackwell Publishing Ltd* 15: 93-102.

- Skorpen, Aina, Norman Anderssen, Christine Øye og Anne Karin Bjelland. 2009. Brukerperspektiv i norsk forskning om innlagte psykiatriske pasienter. En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden* 4 (28): 19-23.
- Skärsäter, Ingela. 2010. *Omvårdnad vid psykisk ohälsa-På grundläggande nivå*. Sverige: Studentlitteratur AB.
- Snoek Engelstad, Jannike og Knut Engedal. 2008. *Psykiatri: Kunnskap. Forståelse-Utfordringer*. 3 utg. Oslo: Akribe Forlag.
- Statistisksentralbyrå. 2009. *Tema: Psykisk helsevern for voksne. Innleggelser av døgnpasienter, etter vedtaksparagraf*, [http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default\\_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=03752](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=03752) (Lest 18.02.2011).
- Stenhouse, R.C. 2010. They all said you could come and speak to us: patient's expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 18: 74-80.
- Sørensen, Nelli Øvre. 2009. Perspektiver på magt. I *Psykiatrisk sygepleje*, red. Niels Buus, 122-140. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Thibeault, Catherine A, Kenneth Trudeau, Marguerite d'Entremont og Teresa Brown. 2009. Understanding the Milieu Experiences of Patients on an acute Inpatient Psychiatric Unit. *Archives of Psychiatric Nursing* (volum og sidetall ikke oppgitt).
- Thornquist, Eline. 2009. *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Willmann, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad*. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.



## Vedlegg 1: Søkehistorikk

[ ] = viser til artikkelnummer i oversikt over inkluderte artikler som er nærmere beskrevet i vedlegg 3

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1. Bipolar Disorder/ or Psychiatry/ or Major Depression/or Psychosis/ or Mental Disorders/ or Psychiatr\$	25.01. 2011	Ovid PsycINFO	8	8	1	0
2. (bipolar disorder\$ or depression\$ or psychos\$ or mental disorder\$)						
3. 1 or 2						
4. Limit 3 to yr="2005-current"						
5. Limit 4 to (danish or english or norwegian or swedish)						
6. Outpatitent\$						
7. 5 and 6						
8. Boundar\$						
9. Limits						
10. 8 or 9						
11. 7 and 10						
12. experience\$						
13. 11 and 12						

1.	Psychiatric patient\$/ or Psychiatric patients/	27.01.11	Ovid PsycINFO	25	11	7	0
2.	Acute Psychosis/ or schizophrenia/ or psychiatric patients/ or psychotic patient\$						
3.	1 and 2						
4.	Limit 3 to yr =”2004-current”						
5.	Limit 4 to (“300 adulthood<age 18 yrs and older>”						
6.	Limit 5 to (danish or english or norwegian or swedish)						
7.	Boundaries						
8.	Limits						
9.	Setting limits						
10.	Reject\$						
11.	7 or 8 or 9 or 10						
12.	6 and 11						
	Fant artikkelen i referanselisten i en ekskludert artikkel som heter : “Only a manicdepressive!”: The zone of the untouchable and exceeding limits in acute psychiatric care.	14.02.2011					1 “Patients` experience of being helped in an inpatient setting” (2003)  [7]

1.	psychiatr\$ patient\$/ or Psychiatric Patients/ or Mental Health Services/ or Mental disorders/ or Schizophrenia	14.02. 2011	Ovid PsycINFO	347	39	12	1 “She Took the Time to Make Sure She Understood” : Mental Health Patients` Experiences of Being Understood” (2006)
2.	(mental health services or schizophrenia or mental disorders)						
3.	Limit 2 to yr=”2005- current”						[2]
4.	Limit 3 to (“300 adulthood<age18 yrs and older>”						
5.	Limit 4 to danish or english or norwegian or swedish)						
6.	theapeutic relationship\$ or nursing						
7.	relationship\$						
8.	6 or 7						
9.	experienc\$						
10.	5 and 8 and 9						

1.	psychiatr\$	01.03.11	Ovid PsycINFO	7	3	2	1. " They all said you could come and speak to us": patients' expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward" (2010)  [9]
2.	patient experience						
3.	1 and 2						
1.	psychiatric patients	06.03.11	Ovid PsycINFO	17	8	4	2 "Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care"(2003)  [1]  "Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses" (2002)  [6]
2.	Limit 1 to year="2000-Current"						
3.	Limit 2 to ("300 adulthood <age 18 yrs and older>" and (danish or english or norwegian or swedish)						
4.	psychiatric care						
5.	experiences						
6.	3 and 4 and 5						

1.	Mental Health/ or Psychiatric Patients/ or mental health patient\$	01.05. 11	Ovid Nursing Database  Ovid PsycINFO	14	5	4	2 “Former patients’ experience of psychiatric care: A qualitative investigation ”(2008)  [8]  “Understand ing the Milieu Experience of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit”(2009)  [3]
2.	Limit 1 to (“300 adulthood<age18 yrs and older>” and (danish or english or norwegian or swedish) and yr=”2005- Current”)						
3.	patient\$ experien c\$						
4.	undersand\$						
5.	2 and 3 and 4						
	Psychiatr\$ patient\$ and experienc\$	15.06. 2011	ProQuest	2	0		0
	S1 : Psychiatr\$ S2: Patient\$ experienc\$	15.06. 2011	SveMed+	55	0		0
1.	Psychiatr\$		Journals@ Ovid Full Text	118	7	3	1 ““ Something always comes up` : nurse-patient interaction in setting” (1999)  [10]
2.	nurse-patient interaction		Ovid Nursing Database				
3.	1 and 2		PsycINFO				

1.	psychiatr\$ patient\$	21.09.	Ovid	694	11	6	3
2.	psychiatr\$	11	Medline				“How
3.	Patient\$		Ovid				patients and
4.	1 or 2 or 3		Nursing				nurses
5.	limit 4 to		Database				experience
6.	adulthood <18+		PsycINFO				the acute
7.	years>						care
8.	limit 5 to (danish						psychiatric
9.	or english or						environment
10.	norwegian or						” (2008)
11.	swedish)						[5]
12.	limit 6 to						“The
13.	yr=”1999						meaning of
14.	Current”						care on a
15.	psychiatric care						locked acute
16.	nurse-patient						psychiatric
17.	interaction						ward:
18.	nurse-patient						Patients`
19.	relationship\$						experiences”
20.	8 or 9 or 10						(2009)
21.	patient\$ experien						[4]
22.	c\$						“Patients`
23.	experienc\$						perception of
24.	trust\$						the concept
25.	12 or 13 or 14						of the
26.	7 and 11 and 15						quality of
							care in the
							psychiatric
							setting: a
							phenomenog
							raphic
							study”(2005)
							[11]

**Vedlegg 2: PIO skjema**

	<b>P</b> (Population/Problem)	<b>I</b> (Intervention)	<b>O</b> (Outcome)
Norske ord	Psykiatrisk pasient Pasienter Psykiatri	Psykiatrisk omsorg Relasjon Terapeutisk relasjon Sykepleie Sykepleie-pasient interaksjon Sykepleie-pasient forhold	Opplevelse Pasient opplevelse Forståelse Tillit
Engelske ord	Psychiatr\$ pasien\$ Patient\$ Psychiatr\$	Psychiatric care Relation\$ Therapeutic relationship\$ Relationship\$ Nurs\$ Nurse-patient interaction\$ Nurse-patient relationship\$	Experienc\$ Patient\$ experienc\$ Understand\$ Trust\$

**Vedlegg 3:** Oversiktstabell over inkluderte artikler

( ) = artikkelnummer

<b>Forfatter År Land Tidsskrift</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Metode/ Instrument</b>	<b>Deltagere/ Frafall</b>	<b>Hovedfunn</b>	<b>Kvalitet</b>	<b>Etisk vurdering</b>	<b>Referee bedømming</b>
<p><b>Forfatter:</b> Håkan Johansson og Mona Eklund</p> <p><b>År:</b> 2003</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Nordic College of Caring Sciences</p>	<p>Patient`s opinion on what constitutes good psychiatric care.</p> <p>(1)</p>	<p>Å undersøke hva psykisk syke pasienter mener at kjennetegner god psykiatrisk omsorg, samt undersøke hva pasientene ser på som viktige moment innen psykiatrisk omsorg.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det ble brukt åpne dybde intervju. Pasientene fikk tre hovedtema å snakke om. Hvert intervju varte i ca. 2 timer, enten i pasientens hjem eller på en psykiatrisk avdeling. Svarene ble skrevet ned under intervjuet.</p>	<p>11 personer fikk tilsendt brev med tilbud om å delta. 7 personer svarte ja, derav 6 kvinner og 1 mann. Alderen varierte fra 32-67 år.</p>	<p>Kvaliteten på forholdet mellom pasient og helsepersonellet og opplevelsen av å bli forstått var viktige for opplevelsen av god omsorg.</p> <p>Pasientene pekte på at stabilitet og struktur var viktige momenter.</p> <p>En hjelpende allianse var en avgjørende faktor. Det var viktig at helsepersonell hadde tid.</p>	<p>Grad 1 (89 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 2</p>



<p><b>Forfatter:</b> Mona M.Shattell, Sara McAllister, Beverly Hogan, and Sandra P.Thomas</p> <p><b>År:</b> 2006</p> <p><b>Land:</b> USA</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Archives of Psychiatric Nursing</p>	<p>“She Took the Time to Make Sure She Understood”: Mental Health Patients` Experiences of Being Understood.  (2)</p>	<p>Å utforske og innhente informasjon fra psykisk syke pasienter, om opplevelsen av å bli forstått.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det ble brukt åpne dybde intervju. Intervjuene ble tatt opp på kassett og transkribert ordrett. De fleste intervjuene foregikk på forskers kontor, men ett intervju foregikk hjemme hos pasienten. Intervjuets lengde varierte fra 45 minutter til 2,5 time.</p>	<p>En annonse ble satt inn i en avis, der de søkte etter personer som har vært/eller er innen psykisk helsevern, og hatt opplevelsen av å bli forstått. 20 personer svarte, og 20 personer deltok. 8 var menn og 12 var damer. Alderen varierte fra 21-65 år.</p>	<p>Pasientene følte seg forstått når de fikk opplevelsen av at de var viktige.</p> <p>Når pasientene knyttet gode bånd med sykepleierne følte de seg forstått.</p> <p>Helsepersonell som kom på pasientenes nivå gav pasientene en opplevelse av å bli forstått.</p>	<p>Grad 1 (89 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
--	---	---	--	---	--	--------------------------	----------------------------------	---------------

<p><b>Forfatter:</b> Catherine A. Thibeault, Kenneth Trudeau, Marguerite d'Entremont, Teresa Brown</p> <p><b>År:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> Canada</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Archives of Psychiatric Nursing</p>	<p>Understandig the Milieu Experiences of Patients on an Acute Inpatient Psychiatric Unit.  (3)</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hva miljøet på en akutt psykiatrisk avdeling hadde å si for pasienten.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Intervjuene skjedde på avdelingen på et privat rom. Intervjuet ble tatt opp på kassett.</p>	<p>6 pasienter deltok, derav 4 var menn og 2 var kvinner. Alderen varierte fra 25-75 år.</p>	<p>Pasientene følte de ikke ble sett av helsepersonell.</p> <p>Pasientene hadde ulik opplevelse av det å få hjelp.</p> <p>Pasientene satte pris på sykepleiere som kom på deres nivå.</p> <p>Pasientene følte avgjørelser ble tatt over hodet på de.</p>	<p>Grad 2 (78 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
--	---	---	---	--	--	--------------------------	----------------------------------	---------------

<p><b>Forfatter:</b> Inger M. Johansson, Ingela Skärsäter, Elsa Danielson</p> <p><b>År:</b> 2009</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Nord J Psychiatry</p>	<p>The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: Patients` experiences.</p> <p>(4)</p>	<p>Hensikten med studien var å belyse hva omsorg hadde å si for pasienter på en akutt psykiatrisk lukket sengepost.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på kassett. Intervjuene foregikk på en psykiatrisk avdeling. Intervjuene varte ifra 9-47 minutt.</p>	<p>14 pasienter ble spurt om å delta i studien. 2 pasienter avviste forespørselen , 1 trakk seg etter at opptaket var spilt inn og 1 ble ekskludert på grunn av dårlig teknisk lyd på opptaket. Alderen varierte fra 18-55 år. 8 kvinner deltok, og 2 menn deltok.</p>	<p>Pasientene hadde forskjellig opplevelse av omsorg fra helsepersonellet. Noen pasienter mente at omsorgen lindret lidelsen, mens andre følte at omsorgen førte til stress.</p> <p>Noen pasienter opplevde styrket integritet og selvbestemmelse, mens andre følte seg avhengige og fanget på grunn av mangel på innflytelse og valg.</p>	<p>Grad 1 (89 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
--	--	---	---	--	--	----------------------	----------------------------------	---------------

<p><b>Forfatter:</b> M.M Shatelle, M. Andes and Sandra Thomas</p> <p><b>År:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> USA</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Nursing Publications and Other Works</p>	<p>How patients and nurses experience the acute care psychiatric environment.</p> <p>(5)</p>	<p>Å undersøke hvordan pasienter opplever det å være ufrivillig innlagt på sengepost, og hvordan sykepleiere opplever det å jobbe der.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Intervjuene ble tatt opp på kassett og transkribert ordrett. Noen intervju ble gjort på sykepleier sitt kontor, mens andre ble gjort på forfatterens kontor. Intervjuene varte ifra 10 minutt til 2,5 time.</p>	<p>10 pasienter deltok. Av de var 6 kvinner og 4 menn.</p> <p>9 sykepleiere deltok, alle var kvinner.</p>	<p><u>Pasientfunn:</u> Pasientene følte tiden sto stille, og at sykepleierne ikke tok seg tid til dem.</p> <p>Pasientene gav uttrykk for en dårlig relasjon med sykepleierne.</p> <p><u>Sykepleiefunn:</u> Sykepleierne følte hverdagen på jobb som stress og kaos.</p> <p>Sykepleierne lengtet etter å ha tid til pasientene.</p> <p>Sykepleierne følte de ikke kunne gi pasientene tilbud om aktiviteter på grunn av bemanning og tid.</p>	<p>Grad 2 (79 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
---	--	--	---	---	--	--------------------------	--	---------------

<p><b>Forfatter:</b> M.Johansson &amp; B.Lundman</p> <p><b>År:</b> 2002</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p>	<p>Patients` experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses.</p> <p>(6)</p>	<p>Å få en dypere forståelse av hvordan psykisk syke pasienter opplever det å være innlagt på en ufrivillig sengepost.</p>	<p>Kvalitativ metode. Det ble brukt intervju. Pasientene valgte mellom å bli intervjuet hjemme, eller på en psykiatrisk avdeling. 3 pasienter ble intervjuet hjemme 2 ble intervjuet på avdelingen. Intervjuene ble tatt opp på kassett og transkriber. Varigheten var mellom 10-60 minutter.</p>	<p>5 pasienter deltok i studien, av de var 3 kvinner og 2 menn. Alderen varierte fra 27-49 år.</p>	<p>Noen pasienter opplevde å ikke bli sett eller hørt av helsepersonellet, dette førte til tap av frihet og svekket integritet.</p> <p>På en annen side opplevde noen pasienter omsorg og respekt fra helsepersonellet.</p> <p>Noen pasienter opplevde en mestringsfølelse ved at de fikk ta ansvar for seg selv.</p>	<p>Grad 2 (79 %)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
--	--	--	---	--	---	--------------------------	--	---------------

<p><b>Forfatter:</b> K.Koivisto, S.Jahnonen og L.Väisänen .</p> <p><b>År:</b> 2003</p> <p><b>Land:</b> Finland</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</p>	<p>Patients` experiences of being helped in an inpatient setting.  (7)</p>	<p>Å beskrive pasienters opplevelse av å få hjelp under et opphold på psykiatrisk sykehus, og ut ifra dette gjøre psykiatrisk sykepleier mer pasientfokusert.</p>	<p>Kvalitativ metode. Åpent intervju. Intervjuene varte i 50- 57 minutt. Pasientene ble intervjuet 1 eller 2 ganger.</p>	<p>9 innlagte pasienter som meldte seg frivillig deltok.</p>	<p>Pasientene opplevde omsorgen som nyttig, men ustrukturert.  Pasientene mente at det var sykepleiers oppgave å hjelpe de å styrke sitt selvbilde for å kunne fungere i dagliglivet.</p>	<p>Grad 2 (79%)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 1</p>
--	--	---	--	--	---	-------------------------	--	---------------

<p><b>Forfatter:</b> Lars Lilja og Ove Hellzén</p> <p><b>År:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p> <p><b>Tidsskrift:</b> International Journal of Mental Health Nursing.</p>	<p>Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation.</p> <p>(8)</p>	<p>Å utvide vår forståelse av tidligere psykiatriske pasienter erfaringer av deres tid innlagt på en psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Intervjuene varte ifra 30-78 minutt. Intervjuene ble tatt opp på kassett. Pasientene valgte selv sted hvor intervjuet skulle foregå.</p>	<p>10 pasienter deltok, derav 3 menn og 7 kvinner. Alderen varierte fra 32-64. Pasientene ble plukket ut fra et psykiatrisk senter, alle hadde tidligere erfaringer med psykisk helsevern.</p>	<p>Pasientene opplevde å bli sett på som en lidelse/sykdom.</p> <p>Pasientene opplevde å måtte kjempe for verdigheten på grunn av diskriminering og avvisning.</p> <p>Pasientene så likevel omsorg som et lys i mørket.</p>	<p>Grad 1 (89%)</p>	<p>Godkjent av etisk komité.</p>	<p>Nivå 1</p>
---	---	--	--	--	---	---------------------	----------------------------------	---------------

<p><b>Forfatter:</b> R. C. Stenhouse</p> <p><b>År:</b> 2010</p> <p><b>Land:</b> Skottland</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of psychiatric and Mental Health Nursing.</p>	<p>‘They all said you could come and speak to us’: patients’ expectations and experiences of help on an acute psychiatric inpatient ward.</p> <p>(9)</p>	<p>Å beskrive hvordan det er å være pasient på en akutt psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Pasientene fikk bestemme hvor intervjuet skulle skje.</p>	<p>16 pasienter ble forespurt om intervju. 15 godtok å være med. 2 pasienter var ikke i form til å delta.</p> <p>13 pasienter deltok, derav 6 menn og 7 kvinner. Alderen varierte fra 18-65 år.</p>	<p>Pasientene opplevde at sykepleierne ikke tok kontakt med dem. Pasientene synes det var vanskelig for dem å ta kontakt, da sykepleierne virket opptatt.</p> <p>Pasientene følte at sykepleierne ikke var tilgjengelig.</p> <p>Pasientene observerte at sykepleierne gjorde mange ”ikke sykepleiefaglige oppgaver”.</p> <p>Pasientene støttet hverandre når de ikke fikk støtte av helsepersonell.</p>	<p>Grad 1 (89%)</p>	<p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Nivå 1</p>
---	--	---	---	---	---	---------------------	----------------------------------	---------------



<p><b>Forfatter:</b> M. Cleary og C. Edwards</p> <p><b>År:</b> 1999</p> <p><b>Land:</b> Australia</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.</p>	<p>‘Something always comes up’: nurse- patient interaction in an acute psychiatric setting  (10)</p>	<p>Å utforske faktorerer som har innflytelse på sykepleier- pasient forholdet i en akutt psykiatrisk avdeling.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Alle intervju ble tatt opp på kassett og transkribert ordrett.</p>	<p>10 pasienter deltok. Alderen var mellom 18- 65 år.  10 sykepleiere deltok.</p>	<p><u>Pasientfunn:</u>  I all hovedsak ble sykepleierne sett på som vennlige, ærlige, forståelsesfulle, empatiske og lette å snakke med. Pasientene mente at sykepleierne gjorde sitt beste. De følte en trygghet ved at sykepleier var tilgjengelig. Pasientene hadde ulik opplevelse når det gjaldt tiden sykepleier gav pasientene. <u>Sykepleiefunn:</u> Sykepleierne ville inkludere pasientene i det som skjedde på avdelingen. Dette førte til en god interaksjon.</p>	<p>Grad 1 (89%)</p>	<p>Ikke etisk vurdert.</p>	<p>Nivå 1</p>
---	--	--	--	---	---	-------------------------	--------------------------------	---------------

<p><b>Forfatter:</b> Shröder A, Aglström G &amp; Larsson BW</p> <p><b>År:</b> 2005</p> <p><b>Land:</b> Sweden</p> <p><b>Tidsskrift:</b> Journal of Clinical Nursing.</p>	<p>Patients` perceptions of the concept of the quality of care in the pasychiatric setting: a phenomenographic study.</p> <p>(11)</p>	<p>Å beskrive hvordan pasienter opplever kvaliteten av pleien i psykiatrien.</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju ble brukt. Pasientene fikk velge hvor intervjuet skulle forekomme . Intervjuene ble tatt opp på kassett og transkribert ordrett. Intervjuene varte mellom 45- 80 minutt.</p>	<p>22 pasienter ble spurt om å delta, 2 pasienter takket nei. Alderen varierte fra 24-64.</p>	<p>Pasientene beskrev kvaliteten på omsorgen som god.</p> <p>Pasientene følte at verdigheten ble ivaretatt, de følte seg respektert og trygge og fikk være delaktige i omsorgen.</p>	<p>Grad 1 (100%)</p>	<p>Godkjent av etisk komitè.</p>	<p>Nivå 2</p>
--	---	--	---	---	--	--------------------------	--	---------------



