



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

Sykepleiekompetanse

-en kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer i behandling av pasienter med diagnosen paranoid schizofreni.

Maria Bakland

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Mai 2014



Syrin

Jo, jeg så deg
her fra vinduet.
Du bøyde deg og tok den opp,
syrinkvasten
som lå der midt i gata vår og ble
overkjørt av biler. Minst av to.
Jeg hørte springen gå på kjøkkenet,
og der sto den.
Litt forpjusket, skamfull,
nesten død.
Men så i dag,
du verden
- hele stua full av sommer,
svimlende
sånn som den gang.

Så det går an.

Rolf Jacobsen (fra *Tenk på noe annet*, Gyldendal, 1979)

Forord

Det har vært et privilegium å ha hatt tid til å fordype seg i litteratur å skrive en masteroppgave. Jeg ønsker først å takke mine deltagere som i en travel hverdag stilte opp og lot seg intervju. Dere har vært positive og imøtekommende, og har bidratt med tanker og erfaringer som har vært nødvendige for å skrive denne oppgaven. En særskilt takk til min veileder Gunn Pettersen for all hjelp og støtte underveis i prosessen.

Jeg vil også takke min kjære som har vært tålmodig og støttende under det som til tider har opplevdes som en berg og dalbane av følelser. Takk til mine to små enestående gutter, nå skal mamma endelig pakke bort skolebøkene for en stund.

Til slutt vil jeg takke alle andre som har bidratt med noe på sin måte. Takk for nysgjerrighet, positive ord, tips og støtte.

Maria Bakland

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Dagens politiske føringer viser økt satsing på psykisk helsevern. Mange med psykiske lidelser som uføretrygdes i dag, oppgir at de opplever å ikke ha blitt behandlet for sin psykiske lidelse. Som sykepleier i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni er man stort sett avhengig av å bruke seg selv som redskap. Det blir derfor viktig å være bevisst egen kompetanse og på hvilke måter kompetansen kan ha innvirkning på behandlingen pasienten får. Hensikten med studien er å få innsikt i hva sykepleierne erfarer som viktig kompetanse i behandlingen.

Problemstilling: Hvilken kompetanse erfarer sykepleierne som viktig å anvende i behandling av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni?

Metode: Studien er kvalitativ, og data er samlet inn ved hjelp av fire semi-strukturerte forskningsintervju.

Resultater og konklusjon: Sykepleierne erfarer teoretiske kunnskaper i form av en bred sykdomsforståelse, som viktig kompetanse i behandlingen. Videre erfarer de refleksjon over egen praksis og sammen med kollegaer som viktig for å videreutvikle kompetanse. Av personlig kompetanse understrekes viktigheten av trygghet og tålmodighet i hjelperrollen.

Nøkkelord: sykepleier, behandling, paranoid schizofreni, kompetanse, behandlingsrelasjon, sykdomsforståelse, refleksjon, trygghet, tålmodighet

Abstract

Background and purpose: Today's political guidelines show increased investment in mental health care. Many people with mental illness, who have lost their employability, report that they feel they have not been treated for their mental health problem. As a nurse working with the patient with a diagnosis of paranoid schizophrenia, one is mostly dependent on using oneself as an instrument. It is therefore important to be aware of one's own skills, and the ways in which competence will affect the treatment the patient receives. The purpose of this study is to gain insight into what kind of therapeutic skills that nurses experience as important.

Research question: What kind of competence does the nurses report as important to use in the treatment of patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia?

Method: The study is qualitative, and data are collected using four semi-structured interviews.

Results and conclusion: The nurses experienced theoretical knowledge in the form of a broad understanding of the disease, as important in therapy. Furthermore, the nurses experienced reflection on their own practice, and together with colleagues, as important for developing competence. In addition, confidence and patience were underlined as important personal competence.

Keywords: Nurse, treatment, schizophrenia, competence, nurse–patient relation, disease understanding, reflection, confidence, patience

Innhold

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Oppgavens oppbygning.....	2
1.4 Tidligere forskning.....	3

2 Teoretisk utgangspunkt

2.1 Paranoid schizofreni.....	8
2.2 Behandling av psykoselidelser.....	10
2.3 Bedringsprosesser.....	11
2.4 Behandlingsalliansen.....	13
2.5 Kompetanse.....	14
2.6 Fokus på behandlingsresultater.....	17
2.7 Kunnskap i handling.....	19
2.8 Fra novise til ekspert.....	22
2.9 Veier til økt forståelse.....	23

3 Metodekapittel

3.1 Valg av forskningsmetode.....	27
3.2 Forskerens rolle.....	28
3.3 Utvalg og rekruttering av informanter.....	29
3.4 Intervjuguide og pilotintervju.....	30
3.5 Gjennomføring av intervjuene.....	31
3.6 Transkripsjon.....	32
3.7 Analyse.....	33
3.8 Studiens troverdighet og overførbarhet.....	37
3.9 Etske betraktninger.....	37

4 Presentasjon av resultater

4.1 Sykdomsforståelse.....	39
4.1.1 Anvendelse av kunnskapen.....	39
4.1.2 Fokus på de små skrittene.....	41
4.1.3 Det gode liv.....	42
4.1.4 Behandlingsmetoder.....	42
4.2 Refleksjon.....	43
4.2.1 Refleksjon over egen praksis.....	43
4.2.2 Refleksjon sammen med kollegaer.....	44
4.3 Trygghet.....	45
4.3.1 Trygghet som hjelper.....	45
4.3.2 Tro og mot, til å våge.....	45
4.4 Tålmodighet.....	46
4.4.1 Tillitten krever tid av deg som hjelper.....	46
4.4.2 Lytting.....	47

5 Diskusjon

5.1 Sykdomsforståelse.....	48
5.1.1 Kunnskaper om diagnose og behandlingsmetoder.....	48
5.1.2 Anvendelse av kunnskapen.....	49
5.1.3 Det gode liv.....	52
5.2 Refleksjon.....	52
5.3 Trygghet.....	54
5.4 Tålmodighet.....	56
5.4.1 Tid.....	56
5.4.2 Fokus på de små skrittene.....	57
5.5 Styrker og begrensninger ved studien.....	58
5.6 Refleksjoner og implikasjoner.....	59

6 Oppsummering og avsluttende kommentarer

6.1 Oppsummering.....	60
6.2 Veien videre	60

Litteraturliste

- Vedlegg 1- Informasjonsskriv
- Vedlegg 2 – Samtykkeskjema
- Vedlegg 3 – Godkjenningsbrev fra NSD
- Vedlegg 4 – Intervjuguide

Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt for valg av tema

I følge samhandlingsreformen (2008-09) er det fortsatt udekkede behov i gruppen voksne med omfattende og sammensatte behov for tjenester. Det er i dag også en stor økning av unge under 40 år som uføretrygdes grunnet psykiske lidelser (Helse - og omsorgsdepartementet, 2008-09). 1/3 av de under 40 år som er uføretrygdet og har en psykisk lidelse, oppgir at de ikke har oppsøkt hjelp. Mange opplever derfor at de uføretrygdes uten å ha fått behandling for sitt psykiske problem (Helse - og omsorgsdepartementet, 2008-09). Denne oppgaven har fokus på behandling av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Risikoen for å falle ut av arbeidslivet er stor for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, og schizofreni er en av de mest kostnadskrevene sykdommene for den vestlige verden (Malt, 2012). Det økte behovet for behandling av psykiske syke medfører at vi også må ha fokus på helsepersonells kompetanse.

Den nye regjeringens endringer til Statsbudsjettet for 2014 (Finansdepartementet, 2013) viser økt satsing på psykisk helsevern. Det fremkommer at regjeringen vil gjeninnføre regelen om at rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg skal ha en årlig vekst som er større enn somatikken. Føringerne er også at man skal behandle de som kan, utenfor sykehuset. Behandlingen vil i praksis ofte være i form av samtaler med psykiatrisk sykepleier. Som sykepleier i møtet med den alvorlig psykisk syke, er man stort sett avhengig av å bruke seg selv som redskap. Det blir derfor viktig å være bevisst egen kompetanse, og på hvilke måter kompetansen har innvirkning på behandlingen pasienten får.

I opptrappingsplanen for psykisk helse fremkommer det at helsepersonell selv ofte føler at de ikke får gjort en god nok jobb (1997-98). I tillegg viser flere studier at psykoser, som er en del av sykdomsbildet til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, ofte oppleves som en stor utfordring for den som skal være hjelper (Borg and Topor, 2007, Skårderud et al., 2010, Løvdahl et al., 2000, Hallberg et al., 1994). I følge Skårderud et al. (2010) kan arbeid med psykotiske mennesker oppleves som energitappende og man trenger påfyll, ikke bare for å utvikle seg videre, men for å opprettholde den kompetansen man har ervervet, og det pågangsmotet man startet sin behandlerkarriere med. Når behandlingen av denne

pasientgruppen oppleves som utfordrende for sykepleierne og de selv ønsker å gjøre en bedre jobb, blir det viktig å sette fokus på sykepleiernes kompetanse. Den nye helse – og omsorgstjenesteloven (2011) har et eget kapittel som omhandler undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning. Her står det at kommunen har ansvar for å sørge for at ansatte får påkrevd videre- og etterutdanning. Det presiseres videre at de som jobber under loven selv plikter å ta del i videre- og etterutdanning som er nødvendig for å holde faglige kvalifikasjoner ved like. Samtidig viser også statsbudsjettet for 2014 økte bevilgninger for å styrke kvalifiseringen av helsepersonell, ved å øke tilskuddet til kompetansehevende tiltak i omsorgstjenestene som er en del av kompetanse- og rekrutteringsplanen Kompetanseløftet 2015 (Finansdepartementet, 2013).

1.2 Presentasjon av problemstilling

Denne studien setter fokus på kompetansen som sykepleierne anvender i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Å sette fokus på sykepleierens kompetanse vil kunne bidra til en bedre forståelse av hva som er god behandling for pasienten.

Problemstillingen konkretiseres slik:

Hvilken kompetanse erfarer sykepleierne som viktig å anvende i behandling av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni?

1.3 Oppgavens oppbygning

Tidligere forskning presenteres i kapittel 1.4 for å gi leseren oversikt over kunnskapsstatus med tanke på tema og problemstilling. I kapittel 2 blir det teoretiske rammeverket for studien presentert, og dette omhandler både litteratur om diagnosen paranoid schizofreni, behandling av denne og ulike teoretikers syn på kompetanse.

I kapittel 3 gis en kort beskrivelse av vitenskapelig perspektiv. Metodekapittelet inneholder fremgangsmåte for innsamling av data, og hvordan empirien er blitt gjenstand for analyse. Kapittelet inneholder også noen forskningsetiske refleksjoner.

Kapittel 4 presenterer studiens resultater. Resultater og diskusjon er presentert i hvert sitt kapittel med et ønske om å skape bedre oversikt.

I kapittel 5 diskuteres studiens resultater med utgangspunkt i oppgavens teoretiske ramme og tidligere forskning.

Et avsluttende kapittel 6 inneholder en kort diskusjon av studiens styrker og begrensninger, samt oppsummering og implikasjoner for praksis og videre forskning.

1.4 Tidligere forskning

Søkingen etter artikler og annen litteratur er et arbeid som har pågått gjennom hele forskningsprosessen. I flere omganger er det foretatt litteratursøk på databaser som Norart, SweMed+, PubMed, CINAHL, og Psycinfo. Søket er gjort søk med forskjellige kombinasjoner av søkeordene; nurse, psychiatric nurse, competence, professional competence, nurse-patient-relations, schizophrenia, paranoid schizophrenia. Søkeordene ble valgt på grunnlag av deres relevans til studiens tema og problemstilling. I norsk oversettelse er søkeord som sykepleier, kompetanse, behandling, schizofreni, og paranoid schizofreni benyttet. Totalt gav litteratursøket 11 studier, hovedsakelig av kvalitativ art.

Det finnes en god del forskning på bedringsmekanismer hos pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Når det kommer til tema for denne studien, er det ikke like mye forskning som direkte omhandler hva sykepleierne selv erfarer som viktig å anvende av kompetanse. I det følgende presenteres resultater fra studier som kan belyse temaet på ulike måter.

Coursey et al. (2000) viser hvilke områder sykepleieren som jobber poliklinisk med alvorlig psykisk syke trenger kompetanse på. Holdninger, verdier, kunnskap og ferdigheter som trengs for å gi kvalifisert helsehjelp, er samlet i 12 ”kjerne kompetanser” og videre 52 undergrupper. De 12 hovedpunktene innebærer at behandlere må ha kompetanse som setter de i stand til å:

- 1) Se på mennesket med alvorlig sinnslidelse som et stolt menneske, som innehar egen kompetanse, og som derfor burde inkluderes i planlegging og evaluering av behandlingen sin.
- 2) Inkludere familiemedlemmer og andre i behandlingssammenheng.
- 3) Ha oppdaterte kunnskaper om problemer som følger med en alvorlig psykisk lidelse.
- 4) Ha oppdaterte

kunnskaper om biologien bak en alvorlig psykisk lidelse. 5) Vite om og benytte seg av den beste praksis for intervensjoner og støtte. 6) Designe, gjennomføre og dokumentere individualisert behandling. 7) Finne kommunale ressurser, og skaffe tilgang til disse. 8) Inneha og anvende kunnskaper om juridiske spørsmål og borgerrettigheter. 9) Jobbe samarbeidsvillig innenfor og på tvers av servise systemer. 10) Gjennomføre tiltak på en profesjonell og etisk måte. 11) Gjennomføre tiltak på en kulturelt kompetent måte. 12) Vite om og bruke metoder for å evaluere eget arbeid

Sykepleiere på somatiske sykehus mangler ofte, i følge Ververda et al. (2013), kunnskap og kompetanse for å ivareta pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Forfatterne har intervjuet tre sykepleiere på to medisinske avdelinger og tilegnet seg kunnskap gjennom litteraturstudier. Resultatene viste også at sykepleierne selv ønsket å få mer kunnskap om diagnosen. Forutinntatte oppfatninger om pasienten med diagnosen paranoid schizofreni førte blant annet til redsel, usikkerhet og negative holdninger blant sykepleierne.

I en finsk studie (Tenkanen et al., 2011) ble viktigheten av kjernekompetanse og forhold til kjerneintervensjoner i klinisk praksis ved schizofreni undersøkt. Sykepleiernes evne til å mestre denne kompetansen var et annet fokus. Mestringsområdene omfattet farmakoterapi og kunnskap om rettsmedisinsk psykiatri og voldelig adferd. De omfattet også behandling av pasienter med voldelig adferd, behandling av pasientens - og ens egne følelser, samt behovstilpasset behandling av pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Resultatene viste at utdanning og opplæring av sykepleiere som jobber i rettspsykiatrien må bli bedre for å møte pasientenes behov. Utdanningen og opplæringen må også bli bedre for å møte behovet for sikkerhet under behandling.

Cameron et al. (2005) redegjør for hvorfor de mener det ligger et ubenyttet potensial hos sykepleierne som jobber med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Studien viser at en skuffende stor del av tiden til sykepleierne forsvinner i administrativt arbeid. Et annet funn var at tiden som sykepleierne bruker til samtale med pasientene er minimal. Selve interaksjonen som forekommer mellom sykepleier og pasient er ofte ikke tilstrekkelig teoretisk begrunnet. I studien blir også sykepleierens evne til å takle pasientens negative følelser diskutert. Dersom sykepleieren er reflektert er det lettere å unngå å ta til seg disse følelsene.

Williams og Tufford (2012) har undersøkt profesjonell omsorgsgivning fra perspektivet til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, og hvilken kompetanse som skal til for å fremme tilfriskning hos pasienten. Studien viser at skolering og erfaring på forskjellige måter fører til holdninger, kunnskaper og ferdigheter som fremmer tilfriskning. Tilfriskningsprosessen krever tid, og samtale om annet en sykdom og symptomer. I tillegg understrekes også viktigheten av et godt behandler-pasientforhold.

Hittil er noen studier som omhandler sykepleierens kompetanse omtalt. Studier med fokus på behandler - pasient –relasjonen er også funnet ved bruk av de samme søkeordene. Denne relasjonen undersøkes blant annet i en studie gjort av O'Brien (2000). Her blir sykepleierens erfaring av pleier-pasient -forholdet presentert, og hensikten er å belyse betydningen av dette forholdet og ferdighetene til sykepleierne. Studiens resultater viser at det som er avgjørende for en god relasjon er; å være tilstede, å bry seg, å etablere tillit, og legge til rette for at pasienten kommer seg videre.

Hellzen (2004) gjennomførte fokusgruppeintervju av sykepleiere, hvor formålet var å identifisere faktorer som er avgjørende for hvor tilstedeværende sykepleieren er i behandlingen av pasienter med alvorlig langvarig psykisk lidelse. Funn viste at det som var avgjørende for om sykepleieren var tilstedeværende eller ikke, var hvorvidt sykepleieren likte, eller mislikte pasienten. Funn viste også at i relasjon med en person med alvorlig langvarig psykisk lidelse, er det en risiko for at sykepleieren får overveldende følelser av fortvilelse og medlidenhet. Følelser som oppstår i balansegangen mellom å hjelpe tilstrekkelig men ikke for mye, er skyld og utilstrekkelighet, konstant bekymring og engstelse for den sykes situasjon. Det finnes alltid en risiko for at sykepleierens velvære, fysiske og mentale helse påvirkes negativt av å være i hjelperrollen (Hellzen, 2004). I følge Hellzen (2004) kan sykepleieren utarbeide en forsvarsmekanisme for å unngå disse følelsene av fortvilelse. Dette får igjen følger for hvordan sykepleieren forholder seg til pasienten i behandlingsrelasjonen, og hvor god behandlingen blir.

Emosjonell kompetanse blant sykepleierne og deres pasienter, er hovedfokus i en studie fra 2011. Doas (2011) beskriver emosjonell kompetanse som hvorvidt sykepleieren er i stand til å uttrykke og behandle egne følelser i møtet med pasienten. Å ha forståelse for sin egen emosjonelle kompetanse kan hjelpe sykepleieren å reflektere over sine erfaringer. At sykepleieren har evne til å reflektere kan igjen hjelpe pasienten å mestre sin opplevelse av å være syk (Doas, 2011). Doas (2011) understreker at selv-refleksjon er meget viktig i et yrke som er så krevende som sykepleieryrket. Refleksjonsteknikker kan hjelpe sykepleieren å tro på sin rolle som hjelper og dermed bli motivert til å bli en så god sykepleier som det er mulig å bli (Doas, 2011). Sykepleieren blir etter hvert som hun opparbeider erfaring, bedre i stand til å uttrykke å forstå egne følelser. En nyutdannet sykepleier har lite erfaring i å håndtere mellommenneskelige konflikter. En sykepleier med erfaring er mer fordomsfri mot andre og sykepleierens medfølelse og omsorg er tydeligere. Etter mange års erfaring innenfor samme område, kan sykepleieren håndtere negative følelser på en effektiv måte, og viser god impuls kontroll. Holdningene til sykepleieren er oftere positive enn negative, og hun er i stand til gjenkjenne og håndtere mellommenneskelige konflikter (Doas, 2011).

Hvilken rolle familie, venner og profesjonelle har i bedringsprosessen til pasienten med schizofrenidiagnose, blir undersøkt i en studie av Topor et al (2006). 12 kvalitative intervju av pasienter med schizofrenidiagnose viser at pasientene både ønsker, men også er i stand til å være i en gjensidig relasjon med andre mennesker, og at de er klar over hvordan disse relasjonene kan endres over tid på grunn av sykdommen. Tre funn underbygget dette; 1) sosiale relasjoner spiller en stor rolle i bedringsprosessen, 2) gunstige sosiale relasjoner er ikke avhengig av hjelperens formelle utdanning eller erfaring, og 3) gunstige relasjoner har noen karakteristikk som går igjen, blant annet at den syke ble sett på som et fullverdig menneske, tålmodighet i relasjonen, og at hjelperen har tro og styrke til å gjøre de rette valgene for pasienten.

I en studie undersøker Hallberg et al. (1994) "The Parallel Process in Clinical Supervision With a Schizophrenic Client". Forfatterne analyserer en mannlig sykepleiers oppfattelse av sin behandlingsrelasjon med en pasient med schizofrenidiagnose. Hallberg et al. (1994) sin observasjons-studie ser på sykepleierens evne til "containing", som er en viktig funksjon sykepleieren har, hvor han eller hun mottar, holder på, og oppbevarer følelser på pasientens vegne. Jo mer primitivt pasienten oppfører seg og reagerer, jo større risiko er det for at sykepleieren utvikler forsvarsmekanismer og blir hindret i sin forståelse av pasienten.

Resultatene viste at sykepleieren anså seg selv som utestengt og fornedt av sine kollegaer. Han følte at han verken var i stand til å oppnå kontakt med pasienten, eller sine kollegaer, og han kjente på ensomhet. Selv om han prøvde å hjelpe pasienten, følte han at han mistet kontrollen over behandlingen. Sykepleieren svevde mellom følelser av resignasjon og tillitt, håp og håpløshet, selvtillit og mangel på selvtillit. I siste fase av observasjons-studien hadde sykepleieren oppnådd en følelse av tilhørighet til sine kollegaer. Han kjente på håp i behandlingsrelasjonen til sin pasient, selv om han til tider også hadde følelser som hjelpeløshet og det å miste kontrollen. Studiens resultater viser at pasientens problemer kan forventes å bringe frem vanskelige følelser hos sykepleieren, og dette kan igjen reflekteres i sykepleierens forhold til andre som en gruppe. Hallberg et al. (1994) understreker behovet for videre forskning på den parallelle prosessen, da den kan hindre en god behandlingsrelasjon hvis den ikke synliggjøres og forstås.

Håp er også en avgjørende faktor i prosessen med å gjenvinne og opprettholde velvære for pasientene med diagnosen paranoid schizofreni. McCann (2002) viser i sin intervju - og observasjonsstudie hvordan sykepleiere bruker to strategier for å hjelpe pasienten med å finne håpet. Dette gjøres henholdsvis gjennom styrking av pasientens motivasjon og utvikling av veier til velvære for pasienten. Motivasjonen styrkes først og fremst ved å ha en støttende og gjensidig relasjon til pasienten. I denne relasjonen må sykepleieren forsøke å avdekke pasientens livssyn og hva som kan gi mening i hverdagen. Bare når sykepleieren finner ut hva pasienten ser på som meningsfullt, vil han være i stand til å hjelpe pasienten å finne håp. Motivasjon kan ikke pålegges pasienten, den må avdekkes, støttes og oppmuntres. For å utvikle veier til velvære er det viktig at sykepleieren hjelper pasienten å sette seg realistiske mål.

Forskningen ovenfor viser at kvalitative metoder kan være godt egnet til å undersøke og utdype forhold som omhandler sykepleierens kompetanse i behandlingen av pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Holdninger, gode teoretiske kunnskaper, tillitt, håp, motivasjon og en god behandlingsallianse, er blant de aspekter som her er utdypet gjennom kvalitative studier. Generelt kan man oppsummere at forskningen i mindre grad tar for seg hva sykepleierne selv erfarer som viktig å anvende av kompetanse i behandlingen. Selv om noen av studiene har et pasientperspektiv, er disse likevel relevante fordi sykepleiere også har nytte av å vite hva pasientene foretrekker i behandlingen.

2 Teoretisk utgangspunkt

Bakgrunnen for denne studien er ønsket om å kaste lys over sykepleiernes kompetanse i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Både før og etter datainnsamlingen er tiden brukt til å lese teori om hvordan man kan forstå og møte disse pasientene i et behandlingsperspektiv, og om ulike typer kunnskap. Teorien i denne oppgaven starter med et underkapittel om diagnosen paranoid schizofreni, etterfulgt av generelle behandlingsprinsipper. For å understreke viktigheten av en god behandlingsallianse med pasienten med schizofrenidiagnose, vises det blant annet til bedringsprosesser beskrevet av Marit Borg og Alain Topor (2007). Videre omtales behandlingsalliansen, kunnskap- og kompetansebegrepet, og fokus på behandlingsresultater. Bengt Molander (1996) er opptatt av kunnskap i handling og hvordan den utvikles gjennom oppmerksomhet og refleksjon. Dette er relevant for hvordan sykepleieren bruker og utvikler kunnskapen sin i det daglige. Patricia Benner har skrevet en bok (1995) om kompetanse som viser hvordan sykepleieren gjennomgår flere stadier av læring før hun blir kompetent nok til å få betegnelsen ekspert. Hans Georg Gadamer (1999, 2003) har vært en sentral teoretiker under hele mastergradsstudiet. Hans tanker om forforståelse blir i denne oppgaven brukt som utgangspunkt for all forståelse i møte med et annet menneske. Forforståelsen blir dermed i denne sammenhengen brukt for å vise hvordan sykepleieren kan tenke på forskjellige måter om pasienten, hans sykehistorie og tilstand, og hvordan man bruker dette aktivt i møtet med pasienten.

2.1 Paranoid schizofreni

Paranoid schizofreni er en undergruppe av schizofreni, og er kjennetegnet av tydelige vrangforestillinger, ofte med hørselshallusinose (Malt, 2012)

Schizofreni er en alvorlig og ofte livslang sykdom hvor det foreligger en utviklingsforstyrrelse av hjernen (Malt, 2012). Schizofreni er diagnosen i psykosefeltet som det er gjort mest forskning på. Paranoid schizofreni er også blant de ti lidelsene som bidrar mest til uførhet, og er en av de mest kostnadskrevende i den vestlige verden. Den rammer rundt 1 prosent av befolkningen, og har oftest sin debut i ung alder, vanligvis mellom 15 og

25 år. Hos yngre pasienter tidlig i behandlingsforløpet er det økt risiko for selvmord, og senere i livet er det betydelig økt risiko for tidlig død på grunn av fysiske tilleggssykdommer (Skårderud et al., 2010, Malt, 2012, Helsedirektoratet, 2013). Prognosen er blitt bedre i senere tid, både på grunn av bedre behandlingstilbud, men også på grunn av endrede holdninger i samfunnet. På lang sikt regner en med at 25 % blir friske, og rundt 60 % blir mer eller mindre rehabilitert, det vil si at de evner å klare hverdagslivet, sosialt liv, arbeid, eller beskjeftigelse, men har enkelte restsymptomer (Skårderud et al., 2010). For å få diagnosen schizofreni må minst to av følgende symptomer ha vært til stede i minst en måned;

- Vrangforestillinger
- Hallusinasjoner
- Disorganisert tale
- Grovt disorganisert adferd
- Flat affekt, fattig språk, apati

(Skårderud et al., 2010)

Å være psykotisk, handler i følge Skårderud et al. (2010), om å leve i en annen og endret virkelighet. Man oppfatter ikke lengre verden rundt seg, andre menneskers holdninger, og sin egen rolle på samme måten som andre gjør. Man har i stedet havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk. Å være psykotisk medfører dermed en ensomhet, hvor en innbiller seg ting som ingen kan bekrefte, og er livredd for ting som andre anser som fantasier. Når en er helt alene med sine egne tanker, og ikke har noen til å bekrefte dem eller utfordre dem, øker angsten, og for å holde ut angsten kan en ty til aktiviteter som å trave rastløst rundt, snakke høyt, telle, slå seg i hodet og så videre. Verden rundt oppfatter dette som påfallende og ”sykt” (Skårderud et al., 2010).

Det er i den senere tid kommet en del litteratur fra et erfaringsperspektiv, som har bidratt til økt forståelse og kunnskaper om paranoid schizofreni kan oppleves. Dette kan være nyttig lesing for de som er i en behandlingsrelasjon til pasienten. Lauveng er utdannet psykolog, og var tidligere diagnostisert med schizofreni. Hun kaller seg selv tidligere schizofren, men er frisk i dag. I boken (Lauveng, 2006) ”I morgen var jeg alltid en løve”, forteller hun om sin opplevelse av å bli psykotisk, som begynte med en følelse av at jeg -et startet å smuldre opp. Lauveng ble mer og mer usikker på om hun egentlig fantes, eller om hun bare var en person i en bok. Hun ble usikker på hvem som styrte tankene og handlingene, var det ”forfatteren”? I

dagboken sin kan Lauveng se tilbake på hvordan hun gradvis erstattet *jeg* med *hun*, og til slutt *x* for ukjent. I boken forteller Lauveng også om hallusinasjonene sine, i form av store ulver og rotter, samt en streng befalende mannsperson som blir kalt Kapteinen.

Psykotiske tilstander kan arte seg på veldig mange forskjellige måter. Noen former for psykose er kortvarige og forbigående, mens andre har et langvarig forløp, ofte med sterkt redusert funksjon. Psykoser kan melde seg plutselig eller gradvis. Noen får et eller flere tilbakefall, mens andre aldri kommer seg helt (Skårderud et al., 2010).

2.2 Behandling av psykoselidelser

I dag foregår mye av behandlingen av paranoid schizofreni utenfor sykehus (Malt, 2012). Det er ikke pasientens diagnose som avgjør hvor og hvordan pasienten skal behandles, men pasientens kliniske tilstand, behandlingsbehovet på det aktuelle tidspunktet og tilgjengelig kompetanse hos behandler. I følge Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, viser omfattende forskningslitteratur på behandlingsfeltet empirisk evidens for flere virksomme elementer i psykosebehandling (Helsedirektoratet, 2013).

Behandling med antipsykotiske medikamenter er hjørnesteinen i behandlingen av paranoid schizofreni og andre psykoser (Malt, 2012, Helsedirektoratet, 2013). Andre viktige metoder er kognitiv atferdsbehandling rettet mot spesifikke symptomer, kunnskapsformidlende familiesamarbeid, sosial ferdighetstrening og arbeidsrehabilitering (Malt, 2012, Helsedirektoratet, 2013). Videre understrekes det av flere at en langvarig tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient er av stor betydning for forløp og tilfriskning (Malt, 2012, Helsedirektoratet, 2013, Borg & Topor, 2007, Topor et al., 2006). Avhengig av i hvilken sykdomsfase man får kontakt med pasienten, alvorlighetsgrad, symptombilde, sosial situasjon og andre individuelle faktorer, tilpasses behandlingen ”fasespesifikt”. Videre må behandlingen evalueres og endres etterhvert som pasientens helsetilstand og fungering endrer seg (Helsedirektoratet, 2013). Behandleren må ha toleranse for de uttrykkene som sykdommen kan gi, fra mistenksomhet i psykotiske faser, til motivasjonsmangel og tilbaketrekning i andre faser. Behandleren må også ha rimelige forventninger i forhold til hvilken tilstand pasienten er i; ikke for store og belastende forventninger for noen som nylig er kommet ut av et psykotisk gjennombrudd, men heller ikke for små for en pasient som

trenger støtte og motivasjon i et rehabiliteringsperspektiv (Malt, 2012). Viktigheten av at behandleren formidler realistisk håp for fremtiden understrekes også av mange (Borg & Topor, 2007, Malt, 2012, McCann, 2002) I følge Malt (2012) forutsetter dette at behandleren har god praktisk og teoretisk kompetanse på området og får til et godt behandlingssamarbeid.

Psykisk helsehjelp skal som hovedregel gjennomføres på frivillig grunnlag med gyldig samtykke, men psykisk helsevernloven kan gi hjemmel for innleggelse og behandling uten samtykke, dersom en rekke vilkår er oppfylt.

2.3 Bedringsprosesser

Borg og Topor har skrevet om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser (2007). De erfarer at pasienter med diagnosen paranoid schizofreni ofte feilaktig omtales som *kronisk* syke. Begrepet kronisk betyr i følge Topor (2007) *det som hører til tiden*, og brukes innen medisin om sykdommer med et langtrukket forløp. Kronisk er altså ikke ensbetydende med uhelbredelig, eller uten håp, og det er viktig å ikke bare ha fokus på symptomene som er karakteristisk for sykdommen. Mennesket som opplever problemene, og de sammenhenger som hun eller han lever i, blir ofte borte. Fokuset bør ligge på at han eller hun har livserfaringer av betydning, at det finner drømmer for fremtiden, og ressurser som kan bygges på (Borg & Topor, 2007).

For å kunne hjelpe mennesker med psykiske lidelser trenger helsepersonell, i følge Topor (2007), teknikker og teorier. Teoriene kan hjelpe sykepleieren å orientere seg blant de følelsene og erfaringene man får gjennom arbeidet. Noen av dem kan være svært vanskelig å håndtere, og de kan vekke opplevelser fra egne erfaringer. Teknikker vil da kunne hjelpe sykepleieren å mestre dette, samt øke repertoaret av måter å hjelpe på. Mange profesjonelle har derimot vanskelig for å innse at en rekke forskjellige teorier og ulike teknikker kan ha samme resultat; at pasienten opplever å få det bedre (Borg & Topor, 2007). Forskning viser, i følge Topor (2007), at de ulike psykoterapeutiske metodene har omentrent tilnærmet lik effekt. Forklaringen på denne likheten i resultater kan ligge i at en ny metode introduseres med entusiasme, som ofte smitter over på pasienten som mottar behandlingen. En tilfeldig økning når det gjelder denne spesielle metodens effektivitet kan da merkes. Etter hvert blir denne metoden en rutine, blant alle andre metoder (Borg & Topor, 2007). Viktigst av alt gir teknikker og metoder behandlere tro og håp om at det en tilbyr, kan forbedre situasjonen til

pasienten. Det er allikevel et tankekors at diagnoser, faglige metoder og retningslinjer for behandling ikke nevnes av pasienter som snakker om sin bedringsprosess. Disse faktorene ser ikke ut til å spille noen avgjørende rolle slik pasientene selv ser det. Relasjonen mellom pasienten og behandler oppgis ofte å ha større betydning (Borg & Topor, 2007). Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren anvender kunnskapen sin på en slik måte, at pasienten føler tillit og håp til behandlingen.

Som en del av materielle forutsetninger som kan fremme en bedringsprosess, fremhever Topor (2007) tiden som fenomen. I følge Topor (2007) handler tiden om å bli hørt, og at noen gir av sin tid. Tiden inntar en så sentral plass i vår hverdag, at det kanskje ikke er så overraskende at vi sjelden tenker på den. Samtidig er tiden så gitt og så selvsagt at vi ikke ser den. I effektivitetens navn, synes det noen ganger å være slik at pasientene må formulere et problem for å få tilgang til en sykepleiers tid. Det er altså ikke grunn nok å være innlagt på avdelingen, for å få denne oppmerksomheten. I følge Topor (2007) blir de som sliter med alvorlige psykiske lidelser ofte beskrevet som svekket i sin evne til å etablere relasjoner. På grunn av dette skal behandlingsopplegget innrettes mot å hjelpe dem med å etablere og beholde relasjoner. For at en relasjon skal kunne etableres og utvikles, må et av grunnvilkårene, tid, være tilstede. Å tilby kontinuitet for pasienten handler om at pasienten får møte den samme personen, eller et fåtall personer over lengre tid. Å etablere varige relasjoner blir sett på som et behandlingstiltak i seg selv, og samtidig et mål for behandlingen (Borg & Topor, 2007). I virkeligheten er denne behandlingsrelasjonen ofte vanskelig å beholde. Kontakter kan forsvinne i behandlingsskjeden, under omorganiseringer, i forbindelse med at personalet skifter jobb, eller andre private grunner. I følge Topor (2007) handler en skjult maktkamp om hvem sin tid som skal gjelde, virksomhetens eller pasientens. De profesjonelles tid er ofte nøye regulert. Tiden skal kunne planlegges og kontrolleres, og planlegging, utdanning, veiledning og ulike konferanser må føres inn personalets avtalebok. For pasientene gjelder ofte helt andre vilkår. Den psykiske lidelsen forløper seg ikke jevnt, og perioder med relativ ro, avløser derfor perioder med omfattende vanskeligheter. I blant kan ikke behovet for hjelp utsettes. For de som trenger mer hjelp en de er tildelt, består ulike akuttiltak av et møte med et fremmed personale som ikke kjenner deres historie. I den vanskeligste tiden risikerer pasienten derfor å bli sviktet fordi han eller hun møter ansatte som har dårlige forutsetninger for å hjelpe (Borg & Topor, 2007). Når en pasient har det som verst, betyr det i følge Topor (2007) mye at noen bare er der. At noen holder ut og er tilstede, slik at pasienten kan ta kontakt når han eller hun har behov for det. Det er da viktig at sykepleieren er der, lytter,

kommenterer, uten å forsøke å få til større forandringer. Å være tilstede for en alvorlig psykisk syk pasient er ikke alltid så enkelt. Det krever tid og tilgjengelighet. Likevel er en hverdagslig handling som å bare være tilstede er ofte utpekt som å være til hjelp.

2.4 Behandlingsalliansen

I Kliniske Retningslinjer for Utredning og Behandling av Schizofreni, understrekes viktigheten av en trygg behandlingsallianse (Løvdahl et al., 2000). En god behandlingsallianse regnes som en grunnleggende forutsetning for alle behandlingsformer når det gjelder schizofreni (Borg & Topor, 2007, Helsedirektoratet, 2013, Løvdahl et al., 2000, O'Brien, 2000, Topor et al., 2006). Det er ofte vanskeligere å opprette denne behandlingsalliansen og skape motivasjon for behandlingen ved schizofreni, enn ved de fleste andre lidelser (Løvdahl et al., 2000). Som behandler for pasienter med denne diagnosen må man, i følge Løvdahl et al. (2000), ofte investere tid og krefter i lang tid før man får lagt grunnlaget for mer spesifikke behandlingsopplegg. For noen pasienter er det vanskelig å i det hele tatt få til et slikt arbeid. En relasjon med behandler som strekker seg over lang tid er nødvendig for pasienten med psykose. Videre understrekes viktigheten av en stabil relasjon til en behandler som føler personlig motivasjon og forpliktelse, og som bygger opp tillitt ved regelmessige samtaler. Bare på denne måten kan pasienten overvinne sin mistro til omgivelsene som ofte kjennetegner hans sykdom. I retningslinjene nevnes det også at denne gruppen pasienter har høy risiko for å ta sitt eget liv, og at det derfor er viktig å skape håp og tro på at det nytter med behandlingstiltak som er bredt sammensatt (Løvdahl et al., 2000).

I følge Skårderud et al. (2010) kan enhver form for psykisk lidelse beskrives som noe som bidrar til å forstyrre relasjoner. I psykoser bryter gjensidigheten i relasjoner sammen fordi den psykotiske pasienten slutter å oppfatte verden og mennesker med fellesreferanser til andre. Å være i en psykotisk tilstand vil føre til at man trer inn i en privat verdensforståelse og en ensomhet som rammer selve identitetsopplevelsen. I forlengelsen av dette oppstår det en avgrunn mellom en selv og andre. Dette bruddet er også utfordrende for behandlere. Det finnes ikke virksomt psykisk helsearbeid der pasienten passivt kan hengi seg til behandling. Tvert i mot, vil alt psykisk helsearbeid innebære arbeid med motivasjon og tillitt. Det er forventet av behandleren at han forplikter seg til å gi best mulig tilbud til den psykisk syke og samtidig forholder seg til behovene til alle menneskene rundt denne pasienten. Behandleren skal også bidra til det overordnede samfunnsmessige kravet om ro og orden, altså må

majoriteten skjermes fra den psykisk sykes eventuelle aggresjon eller selvdestruktivitet. Behandleren virker således å stå i en kryssild av forventninger og krav (Skårderud et al., 2010).

Den holdningen vi møter pasienten med, *en terapeutisk holdning*, utgjør kjernen i behandling til den psykisk syke (Skårderud et al., 2010). Dette innebærer, i følge Skårderud et al. (2010), at vi viser respekt for den hjelpetrequende, er interessert i og nysgjerrig på, vedkommendes situasjon og opplevelser. Videre innebærer det at vi viser varme i form av å være anerkjennende og romslig ovenfor vedkommendes behov. Det er også viktig å være ærlig, direkte og jordnær, samt at man ikke melder inn sine private erfaringer og oppfatninger. Man skal også tåle å bære pasientens annerledeshet, romme og holde på følelser og fantasier som ikke er til å bære for pasienten (Skårderud et al., 2010).

Psykosser oppleves ofte som en stor utfordring for den som skal være hjelper (Borg and Topor, 2007, Skårderud et al., 2010, Løvdahl et al., 2000, Hallberg et al., 1994). I følge Skårderud et al. (2010) kan arbeid med psykotiske mennesker oppleves som energitappende, og man trenger påfyll, ikke bare for å utvikle seg videre, men for å opprettholde den kompetansen man har ervervet, og det pågangsmotet man startet sin behandlerkarriere med. At pasienten har langvarige, tillitsbyggende relasjoner til behandlerne er avgjørende for tilfriskningsprosessen (Borg and Topor, 2007).

2.5 Kompetanse

I følge Skau (2005) kommer begrepet kompetanse fra den latinske betegnelsen *competentia*, som betyr sammentreff eller skikkethet. Videre kan det å være kompetent bety to ting;

- å ha rett eller myndighet, til å gjøre noe, i kraft av sin stilling,
- å inneha de nødvendige kvalifikasjoner til å fylle en stilling, ivareta bestemte oppgaver eller uttale seg om et spørsmål (Skau, 2005).

Flere skiller mellom teoretisk og praktisk kunnskap (Molander & Terum, 2008, Skau, 2005, Benner & Have, 1995, Molander, 1996). Praktisk kunnskap kjennetegnes ved at kunnskapens innhold og form ikke lar seg løsrive fra dem som har den, og fra de situasjoner hvor den blir lært og anvendt. Den praktiske kunnskapen opptrer med merker som viser hvor den kommer

fra, hva den anvendes til, og hvem som har den. Teoretisk kunnskap er også kunnskap for noen, men den er det samme uavhengig av hvem som har den, hva den anvendes til og hvor. Kunnskapsbæreren er her utskiftbar (Molander & Terum, 2008). I følge Molander og Terum (2008) stammer den viktigste måten å forstå kunnskap på fra den greske filosofen og matematikeren Platon (født ca. 428 før Kristus - 328 før Kristus). Hans begrep *episteme* betyr begrunnede sanne oppfatninger (Molander & Terum, 2008). For å hevde å ha kunnskaper om noe, må man dermed ha oppfatninger som er sanne, og ha gode grunner til å tro at de er sanne. Videre inneholder dette kunnskapsbegrepet, ifølge Molander og Terum (2008) tre ledd;

- Oppfatninger, som innebærer at kunnskapen er intensjonal, den er om noe. Innholdet må kunne formuleres i påstander.
- Sannhet, som dermed innebærer at en feilaktig oppfatning ikke kan være kunnskap, uansett hvor sterkt noen tror på den, eller hvorfor.
- Begrunnbarhet, som innebærer at man må ha gode grunner for å holde en oppfatning for sann, for at den skal kunne være kunnskap (Molander & Terum, 2008).

Platons elev, den greske filosofen Aristoteles (348 før Kristus – 322 før Kristus), skilte mellom *episteme* (viten) , *techne* (kunnskap om hvordan lage ting) og *fronesis* (viten om hvordan man gjennom handling kan sikre målene for et godt liv) (Molander & Terum, 2008, Thomassen, 2006). Fronesis er i følge Molander og Terum (2008) en evne til å vurdere hvordan man bør handle for å fremme det som er moralsk godt for mennesker i konkrete situasjoner. Aristoteles sa at fronesis ikke finnes blant unge mennesker fordi denne kunnskapen blir tilegnet gjennom erfaring, noe unge mennesker mangler. Erfaring kan bare tilegnes langsomt.

Kunnskaper, kliniske ferdigheter og faglige holdninger er i følge Rosenvinge et al. (2004) sentrale aspekter ved kompetansebegrepet. Skau (2005) deler vår samlede profesjonelle kompetanse inn i *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse*. Hun understreker imidlertid at disse tre aspektene kommer til uttrykk samtidig, men med ulik tyngde, i alle yrkesrelaterte handlinger og samhandling. De utgjør en helhet, påvirker hverandre og er avhengige av hverandre. Arbeid med mennesker handler om møter mellom mennesker. Mennesket er helt, og således understrekes viktigheten av helhetssynet på kompetansen (Skau, 2005).

Teoretisk kunnskap, består i følge Skau (2005), av faktakunnskaper og allmenn, forskningsbasert viten. Kunnskaper om begreper, modeller og teorier hører hjemme her og mennesker som scorer høyt på denne kompetanseformen betegnes ofte som ”flinke”. Mye av denne kunnskapen foreldes imidlertid relativt hurtig og det er således et paradoks at den samtidig er den mest prestisjetunge (Skau, 2005). Viktige teoretiske kunnskaper for den som arbeider med behandling av pasienter med diagnosen paranoid schizofreni, vil for eksempel være kunnskaper om sykdommens symptombylde, årsaks teorier, aktuell medikamentlære og virksomme behandlingsmetoder. I følge Rosenvinge et al. (2004) er faktakunnskaper viktig for å vite hva man skal se etter og spørre om i klinisk vurdering, diagnostikk og behandling av pasienter. Derimot er strømmen av fagartikler til tider så stor at det knapt er mulig for den enkelte behandler å følge med på annet enn noen få områder, og dette kan paradoksalnok føre til at klinikere leser mindre fagstoff (Rosenvinge et al., 2004). Faktakunnskaper er i ikke synonymt med kompetanse, men et grunnlag for kompetanse, og i følge Rosenvinge et al. (2004) kan kunnskap omdannes til kompetanse på følgende tre måter; *metodeforståelse*, som innebærer å kunne vurdere kritisk hvor pålitelig faktakunnskap er, *kunnskapens kontekster*, som innebærer refleksjon omkring rammene for kunnskapsproduksjon, og *kunnskapens nytteverdi*, som handler om å klargjøre hva kunnskapen kan eller skal brukes til (Rosenvinge et al., 2004).

Yrkesspesifikke ferdigheter omfatter et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke (Skau, 2005). Eksempler kan være å sy sammen et operasjonssår, eller tilrettelegge en praktisk undervisningssituasjon. En kan være en dyktig håndverker uten å kunne redegjøre teoretisk for hva man gjør, men denne kompetanseformen kan allikevel ikke stå alene. En dyktig praktiker trenger både teoretisk innsikt og personlig kompetanse (Skau, 2005). For sykepleieren som arbeider med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni, vil yrkesspesifikke ferdigheter kunne være alt fra evnen til å gi en injeksjon på en god måte, til det å være en god samtalepartner. I følge Rosenvinge et al. (2004) er *kliniske ferdigheter* praktiske ferdigheter i konkrete behandlingssituasjoner. I første rekke er kliniske ferdigheter relasjonelle, men dreier seg også om å kunne beherske spørreskjemaer, intervjumanualer eller andre hjelpemidler på en slik måte at det fremmer en god terapeutisk relasjon. I motsatt fall fremstår bruk av slike hjelpemidler som instrumentelle, regelstyrte og rigide handlinger som er dårlig integrert i ens profesjonelle væremåte. Også kliniske

ferdigheter kan forstås i form av metode, kontekst og nytte, for å oppnå en kompetent utøvelse (Rosenvinge et al., 2004).

Personlig kompetanse handler om den vi *er* som person, både for oss selv og i samspillet med andre (Skau, 2005). Den handler også om hvem vi lar andre få være i møtet med oss. Denne siden av kompetansen er vanskelig å beskrive, og tar lengst tid å utvikle. Kompetansen består av en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper og ferdigheter, som vi tilpasser og bruker i profesjonelle sammenhenger. Denne kompetanseformen er av stor betydning når man arbeider med mennesker og det er ofte den som bestemmer hvor langt vi vil kunne nå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter. Denne kompetanseformen er personlig fordi den er uløselig knyttet til sin bærer – men den kan deles med andre. Når vi opplever noe, og deretter reflekterer over denne opplevelsen, har vi tilegnet oss subjektiv og erfarings basert kunnskap. *”Erfaring kommer først, og det er den viktigste kilden til forståelse”* (Skau, 2005 s 60). I arbeidet med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni er det tenkelig at viktig personlig kompetanse for eksempel kan være slik Skårderud et al. (2010) beskriver den terapeutiske holdningen sykepleieren bør møte pasienten med. Som nevnt tidligere, innebærer det å vise respekt for pasienten, være interessert og nysgjerrig på vedkommendes situasjon og opplevelser. Videre er det nevnt at behandleren må være ærlig, direkte og jordnær. Rosenvinge et al. (2004) kaller dette tredje aspektet av kompetansen for *faglige holdninger*, og omfatter holdninger til mennesker/pasienter og holdninger til kunnskap. Grunnleggende positive oppfatninger av andre er her en forutsetning for fagetisk forsvarlighet. I kompetanseutvikling er gjensidigheten mellom faglige holdninger og klinisk erfaring et grunntrekk. Det grunnleggende menneskesynet man har former de kliniske erfaringene man gjør, samtidig som ens kliniske erfaringer påvirker ens menneskesyn (Rosenvinge et al., 2004).

2.6 Fokus på behandlingsresultater

Dreier (1996) tar opp forholdet mellom forskning og praksis. Vi forventer i dag at forskning skal gi oss sikre svar på noe som vi ikke kjenner svaret på eller er uenige om. Dette gjelder især spørsmål som omhandler pasientens sykdom, hva som kan gjøres, og hvilke virkninger det vil få. Det meste av forskningen omhandler pasienten og behandlingen utforskes som noe pasienten er underkastet og utsatt for. Den profesjonelles praksis kommer derfor kun til syne i et snevert perspektiv, som et redskap med innvirkning på pasienten. All innvirkning på

pasienten føres igjen tilbake til behandleren og hva behandlingen gjør for pasienten (Jensen et al., 1996). I dagens helsevesen har det etter hvert også blitt mye fokus på resultater. Men hva står man i fare for å miste dersom man er for styrt av resultatene? I følge Hamran (1995) brukes det i dagens helsevesen store ord som målstyring og formålsrasjonalitet¹. En institusjon i helsevesenet blir betraktet som enhver annen bedrift. Hensikten med dagens management - tenkning er å begrense utgifter, begrense skjønn og selvråderett, og utvide ledelsens kontroll. Med dette fokuset er det tenkelig at man lettere kan bli for resultatstyrt. I arbeidet med alvorlig psykisk syke mennesker, slik som pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, er det lett å bli frustrert hvis man er for opptatt av å se etter fremgang, fordi sykdommen krever en langvarig behandlingsrelasjon (Topor et al., 2006, Borg & Topor, 2007, Helsedirektoratet, 2013, Malt, 2012). Det er blir derfor viktig både for en selv og for pasienten, å ha oppmerksomheten rettet mot situasjonen man er i her og nå. Det vil alltid finnes en form for bevegelse, men det blir i arbeid med denne pasientgruppen ekstra viktig å se etter de små skrittene. Man må se etter de små bevegelsene gjennom en oppmerksomhets - rettet het. Dreier (1996) påpeker videre at behandling i realiteten ikke er den eneste kilde til forandring. I det daglige er behandlingen kun en av mange andre faktorer i folks liv og for deres velbefinnende. En lang rekke andre forhold spiller en sentral rolle, for hva den profesjonelle kan gjøre og gjør, og for hvordan og om det virker. Man kan ikke som behandler ta ansvar for mer enn man har mulighet til å gjøre og man skal heller ikke ta ansvaret fra pasientene. Kroniske lidelser og et dagligliv med lidelse understreker ytterligere behandlingens begrensede virkninger og gir mange profesjonelles eventuelle utviklingspositivisme et knekk (Jensen et al., 1996). Dette synes å være et mer realistisk syn på behandling. Dersom man som sykepleier har en forventning om at ens innsats alene er pasientens eneste mulighet for et bedre liv, ville det føles som et fryktelig stort ansvar å bære på skuldrene. Dreier (1996) fortsetter med å fremholde at det i dag stilles krav fra pasientene om å få innflytelse som brukere, og vi beveger oss kanskje mot et skifte fra ordet pasient til bruker. Det er en selvfølge at pasienten skal ha innflytelse på egen behandling, men hva med de pasientene som ikke klarer å ta stilling til hva de trenger? Det er viktig å huske på at noen i perioder ikke er i stand til å vite hva som er sitt eget beste. Hamran (1995) tar dette med begrepet *bruker* et steg videre, og sier at medborgere, hjelpetrequende og pasienter, sakte forvandles til kunder og kjøpere. Hun mener at den nye språkbruken kan skjule avhengigheten. Den moralske appellen som springer ut av ordene som *syk, hjelpetrequende*

¹ Formålsrasjonalitet defineres som rasjonalitet i valg av midler for å nå gitte mål (Elstad & Hamran, 1995).

og *pasient* forsvinner. Til appellen om hjelp hører vanligvis noen som kan overta ansvaret, og hjelpe. En lang kvinnelig fagtradisjon står dermed foran en radikal endring, hvor betydningen av skjønn og selvråderett svekkes. I verste fall vil dette kunne virke inn på muligheten til å utføre godt arbeid.

2.7 Kunnskap i handling

Molander (1996) retter oppmerksomheten mot den levende kunnskapen, kunnskap –i – handling. Det er kunnskapen som stadig forandres, og i beste fall forbedres. En viktig vei for å forbedre omsorgskunnskapen er gjennom muligheten til å lære av andre erfarne kollegaer og egenrefleksjon. Kunnskap er en form for oppmerksomhet og det viktigste er ikke å imitere noen eller noe, men å lytte oppmerksomt, og gjøre kunnskapen til sin egen. Dette kan i følge Molander (1996) innebære en usikkerhet, man setter noe på ”spill”, i det man går videre og skaper sin egen vei. For å skape kunnskap viser han til tre moment som til sammen utgjør en helhet;

- *”Övning eller träning*
- *Diskussioner om teknik, reflektion över hur något gjordes, de möjligheter som fanns och de som kan skapas – för att få ett språk som hör till verksamheten.*
- *Det personliga inträdet i en tradition, genom en mastare; berättelser och minnen har en viktig funktion för att skapa en professionell identitet” (Molander, 1996 s 13).*

Det å skape kunnskap er en aktiv prosess der den enkelte må ta ansvar for sin læring. Å skape kunnskap krever at en problematiserer virkeligheten ved å stille spørsmål, ikke bare ved det en ikke forstår, men også ved det en gjør (Molander, 1996). Molander (1996) forteller også om dialogen som en modell for hvordan kunnskap kan bygges. Den dialogiske *formen* innebærer en åpenhet, en invitasjon til leseren om å bli deltager, og fortsette dialogen med teksten, selv etter der den trykte teksten er slutt. Dialog mellom leser og tekst kan også forstås som dialog mellom mennesker. Dialogen er en aktivitet hvor målet er å finne kunnskap og innsikt som deltagerne allerede har, selv om de ikke vet at de har den. *”Frågor, svar och reflektion skall göra icke reflekterad kunskap och insikt tillgänglig”* (Molander, 1996 s 85). Molander (1996) fortsetter, og frembringer at for å oppnå kunnskap må man ville lære seg å være en person som vil vite. Man lytter, observerer, stiller spørsmål osv. Det vesentlige er å komme til klarhet om seg selv, sine tanker, sin kunnskap og mangel på

kunnskap sammen med andre. ”Dialogen är emellertid också, vilket kanske är det viktigaste i ett vidare perspektiv på kunskapsbildning, en form för reflektion” (Molander, 1996 s 97).

Taus kunnskap er i følge Molander (1996) ikke lett å gjengi verken muntlig eller skriftlig. Å lære seg å sykle blir brukt som eksempel; det er ingen som kan gi en fullstendig lærebeskrivelse som vil gjøre noen i stand til å sette seg på sykkelen og mestre den fullstendig fra første sekund. For å bli en ekspert er det allikevel ikke nok å bare gjøre ting på refleks, man må også vite hva man gjør. Han skal etter mange års erfaring ikke bare vite mye, men han skal ikke ha *sluttet å lære mer*. Det er også en misforståelse å se håndverk som et rent kroppsarbeid – det krever også intellekt. En håndverker er hele tiden i dialog med arbeidet sitt. Et grunnleggende dilemma er at det vi trodde var rett kan vise seg å være feil. Men handlinger tillater ingen usikkerhet, da er den ikke kunnskap. Man er knyttet til, og ansvarlig for handlingen, verden endres og det finnes ingen vei tilbake (Molander, 1996).

I følge Molander (1996) er kunnskap en form for oppmerksomhet, en levende kunnskap, kunnskap som er i bruk. Begrepene *kunnskap- i- handling* og *refleksjon –i –handling* diskuteres. Den kunnskapsrike praktikerens innehar et repertoar av eksempler, bilder, tolkninger og handlinger. Når den kunnskapsrike praktikerens så skaper mening i en situasjon, ser hun eller han situasjonen som noe som allerede finnes i repertoaret hennes eller hans. Den kunnskapsrike praktikerens trenede øye ser likheter, og på den måten er det fruktbart å se på kunnskap som en form for oppmerksomhet. Den kunnskapsrike praktikerens kunnskap –i - handling karakteriseres av refleksjon – i-handling. Dette betyr ikke at praktikerens alltid reflekterer, men at hun eller han er forberedt på å gjøre det. Refleksjonen inngår da i kunnskapen –i-handling, og utvikler samtidig kunnskapen. Refleksjonen er en sirkel – eller spiral bevegelse mellom del og helhet, lik en hermeneutisk sirkel (Gadamer & Jordheim, 2003). Molander (1996) oppsummerer ved å si at den kunnskapsrike praktikerens er oppmerksom, oppmerksom i sin handling. Hun eller han har evnen til å holde flere alternativer åpen som levende muligheter i sin handling. Et ”dobbeltsende” innebærer at praktikerens kan holde flere ulike syn på situasjonen levende. Den kunnskapsrike praktikerens har dessuten også et overblikk over situasjonen; hun eller han vet hva som har hendt og ikke hendt og har overblikk over hva som kan hende. Det ligger usikkerhet i handlingen, men å ha oversikten over flere alternative handlinger, innebærer at man kan prøve seg frem. Man oppdager hva man gjør mens man gjør det. Jo mer erfaren og kunnskapsrik en praktiker er, desto mer kan hun eller han skjerpe oppmerksomheten, lære seg å se bedre, og

oppmerksomheten kan røre seg friere etter hvert som mer og mer blir rutine (Molander, 1996). Dersom man lar ting gå på rutine, kan man i følge Molander (1996) derimot slutte å være oppmerksom. Man må lære seg å se og lytte, og til en viss grad kan dette bli rutine. Men man må ikke bare se etter det typiske og forventede, man må også se etter det utypiske, ukjente og uventa. For at man skal kunne være oppmerksom på det ukjente og uventa, kreves det at en viss del annet går på rutine og ikke krever oppmerksomhet. Jo mer som går på rutine, jo vanskeligere blir det igjen å være åpen for det ukjente. I så måte er det alltid et spenningsforhold i mellom disse to (Molander, 1996).

I behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni er det en selvfølge at vi må være oppmerksomme. For eksempel kan det som i behandlingsplanen var et selvfølgelig mål for noen dager siden, kan være alt for lite utfordrende i dag. Pasientens mestringsnivå kan endre seg mye på noen dager. Sykepleieren må også være oppmerksom i hverdagen for å til enhver tid vite hva pasienten trenger og ønsker i livet sitt. I hverdagen preget av rutiner, kan sykepleieren glemme å være oppmerksom. Han eller hun kan da glemme å lytte til hva pasienten sier, eller gjør. Hva sykepleieren tenkte var pasientens ønske for tre måneder siden, kan være noe helt annet i dag, og det kan være noe helt annet enn hva sykepleieren selv tror pasienten ønsker.

Molander (1996) antyder hva som kan hende dersom man slutter å hilse på sin venn. Hva som kan hende dersom man vegrer seg å motta en hilsning eller slutter å hilse, kan være veldig drastisk. Å ikke hilse på sin venn betyr at vennen forvandles til en ting, idet du benekter hans eksistens. Når du benekter din venns eksistens benektes også din egen eksistens. Det som aldri sees og erkjennes forvandles til en ting, og når vi ignorerer en handling utsletter vi oss selv (Molander, 1996). Denne gjensidigheten i relasjonen tror jeg også kan tenkes om det som kan skje dersom man slutter å tro at man kan utgjøre en forskjell for den andre. Sykepleieren er i behandlingsrelasjonen med pasienten med schizofrenidiagnose nødt til å tro at pasienten vil kunne få det bedre over tid. Sykepleieren må ha tro på at den jobben hun eller han gjør vil kunne utgjøre en forskjell for pasienten. Dette kan noen ganger oppleves som vanskelig fordi det ofte tar lang tid før man ser resultater av behandlingen. Da kan det være lett å havne i denne grøften som Molander (1996) beskriver, hvor man lar ting gå på rutine. Pasienten trenger at du som sykepleier veksler mellom det å stille krav, og det å ikke forvente for mye av ham.

2.8 Fra novise til ekspert

Benner (1995) har skrevet om kompetanse i sykepleiepraksis, i boken sin *Fra novise til ekspert*. Hennes forskning er praksisnær, kvalitativt beskrivende og fortolkende, og sykepleierens egne erfaringer er det sentrale. Det finnes i dag lite teori som beskriver sykepleierens erfaringer fra praksis, og Benner vil gjøre slutt på oppfattelsen om at kunnskapen som ikke knytter seg til begreper og *knowing how*, ikke kan formuleres som regler eller nedskrives fullstendig. Benner (1995) er opptatt av hvilke mestringsstrategier mennesket anvender i forskjellige situasjoner, hvilke som hjelper best og hvorfor.

Teori er et mektig redskap for forklaring og forutsigelse, men det å vite at og det å vite hvordan er i følge Benner (1995) to forskjellige former for viten. Vi har mange ferdigheter (know how) som vi tilegner oss uten å vite at. Ekspertise utvikles når sykepleieren tester og avklarer antagelser i sitt arbeid. Benner (1995) viser til Gadamer (2003) som sier at erfaring oppstår når forutinntatte meninger og forventninger utfordres, avklares eller avkrefte i en konkret situasjon. Erfaring er således en forutsetning for ekspertise begrepet. De hensiktene, forventningene, forestillingene og resultatene som er forbundet med ekspertisens praksis kan beskrives, og bør tegnes ned (Benner & Have, 1995).

Benner (1995) beskriver sykepleierens tilegnelse av ferdigheter som vil passere fem ferdighetsnivåer; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert.

Novisen har fra tidligere ingen erfaring med de situasjoner som det forventes at hun skal gjøre en innsats i. For å tilegne seg kunnskaper og få denne erfaringen, er hun derfor avhengig av å få undervisning. Novisen forholder seg derfor etter regler og har en "lærebokstyrt" adferd. Begrensingene hennes ligger i det at læreboken og reglene ikke kan fortelle hvilke oppgaver som i den konkrete situasjonen er viktigst å prioritere først (Benner & Have, 1995).

Den avanserte nybegynner er i stand til å prestere en tilnærmet akseptabel innsats. Hun trenger støtte i avdelingen, og veiledning for å forstå ulike komponenter i en situasjon, men hun kan gjenkjenne en situasjons aspekter (Benner & Have, 1995).

Kompetent er betegnelsen på den sykepleieren som har vært sysselsatt under noenlunde samme forhold i to-tre år. Sykepleieren begynner å la sine handlinger styres av langsiktige

mål eller planer, som hun er bevisst oppmerksom på. Hun mangler i midlertidig den kyndige sykepleierens hurtighet og smidighet (Benner & Have, 1995).

Den kyndige sykepleieren oppfatter situasjoner som helheter, fremfor aspekter, og prestasjon styres av maksimer (Maksimer er kryptiske instruksjoner som kun gir mening for de som har samme dype forståelse for situasjonen). Sykepleieren bruker nå sin bakgrunnsforståelse til å se situasjoner i sammenheng med langsiktige mål. Etter å ha jobbet med samme type pasienter i tre til fem år, vet den kyndige sykepleieren av erfaring hva hun kan forente seg i en gitt situasjon, og vet også når det ikke er det forventede som viser seg (Benner & Have, 1995).

Eksperten har, men sin erfaringsbakgrunn, fått et intuitivt grep om enhver situasjon. Hun kan zoome inn på en problemstilling, uten å sløse bort tid på overveielser og analytiske prinsipper. Det betyr derimot ikke at eksperten aldri bruker analytiske redskaper. I de situasjoner hvor hun ikke har tidligere erfaring må hun det (Benner & Have, 1995).

Ikke alle sykepleiere har evne til å bli eksperter i følge Benner (1995). Mange stopper på et kyndighetsnivå, og gjør en god jobb der. *"Evnen til å se, "hva der er mulig", er et af de kendetegn, der skiller den kompetente præstation fra den kyndiges og ekspertens"* (Benner & Have, 1995 s 47). Det er vanskelig å forstå beskrivelser fra ekspertnivå, fordi eksperten handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. For å beskrive hvorfor en gjorde som en gjorde, svarer eksperten ofte bare *det følte riktig*. Veien inn og ut av psykose kan ofte være kort og vanskelig å beskrive. En sykepleier som er erfaren i psykiatrien vil være i stand til å snarlig fatte mistanke om at noe ikke er som det skal være, når en pasient blir psykotisk. Kanskje vil hun ikke være i stand til å beskrive hvorfor noe er annerledes, hun bare vet det. Når en ekspert kan beskrive kliniske episoder hvor deres innsats har gjort en forskjell, synliggjøres den delen av viten som Benner (1995) mener er så viktig; viten som ligger i deres praksis. Med denne synliggjørelsen blir det mulig å styrke og anerkjenne kompetanse.

2.9 Veier til økt forståelse

Før ethvert møte med et annet menneske, og i dette tilfellet, møtet mellom behandler og pasient, vil man på forhånd ha meninger i form av hva som man tror som venter. Eventuelle tidligere møter, hva man har blitt fortalt om den andre, eller det man vet om diagnosen som pasienten lever med, gjør at man går inn i møtet med en hvis forventning. Denne

forventningen om hva vi skal møte, er vår måte å hjelpe oss selv og finne en mening med det vi gjør. I følge Gadamer (2003) er den hermeneutiske regelen at man skal forstå helheten ut fra delen og delen ut fra helheten. I det man forsøker å finne mening, ser man tilbake til det som var forut. Det som var forut må riktignok la seg korrigere dersom det trengs, og meningsforventningen kan igjen få en annen retning. Slik går forståelsens bevegelse hele tiden fra helhet til del, og så tilbake igjen (Gadamer & Jordheim, 2003). Det er tenkelig at det Gadamer sine tanker om forståelsen av en tekst, kan sees på samme måte som forståelsen i møtet med et annet menneske. *"Den, der vil forstå en tekst, utfører alltid et udkast"* (Gadamer, 1999 s 128). Dette utkastet, en foreløpig mening, viser seg bare fordi man allerede leser teksten med en forventning om at den skal ha en mening. *"Det er aldri slik at den som hører på noen, eller leser noe, ikke bringer med seg en for-mening om innholdet og glemmer alle sine meninger"* (Gadamer & Jordheim, 2003 s 37). Den som vil forstå en tekst må, i tillegg til sine formeninger, være rede til å høre etter hva teksten sier og være mottakelig for tekstens annerledeshet. Man må bli sin egen forutinntatthet bevisst, slik at teksten kommer til syne i sin annerledeshet. Bare på denne måten vil tekstens sannhet kunne stilles opp mot fortolkerens formening (Gadamer & Jordheim, 2003).

Det er tenkelig at Gadamer mener at fordommene ikke nødvendigvis er noe negativt. Fordommene er alltid tilstede. De hjelper oss i vår tilnærmingen til det nye vi skal bli fortrolig med, og er et nødvendige for at vi skal kunne forstå situasjonen vi står ovenfor. Fordommene er derfor ikke noe negativt, men noe vi må være klar over at vi har, og bruke aktivt for å få ny innsikt. Vi må således ikke forsøke å slette fordommene og egen forforståelse. Altså må vi være bevisst på at vi allerede har en mening, men forsøke å fokusere videre fremover, og samtidig bruke denne formeningen inn i den nye forståelsen. I tillegg må vi høre etter hva den andre sier, og være mottakelig for at det den andre sier er annerledes fra vår mening. For å knytte dette til sykepleieren i møte med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, kan vi tenke at sykepleieren sine forkunnskaper hjelper henne eller han i tilnærmingen til pasienten. Sykepleieren bør helst bruke sine forkunnskaper til å se forskjellen mellom pasientene, og se det som er unikt og annerledes med den spesielle pasienten hun eller han har fremfor seg.

Det virkningshistoriske prinsipp, anviser Gadamer (1999) å være hvordan vi alltid er under påvirkning av historien. Å være historisk betyr at man aldri har fullstendig viten om seg selv. Når man skal få innsikt og klarhet i noe, kreves det at man tar frem den virkningshistoriske problemstillingen. Å trekke frem denne vil ikke umiddelbart føre til en løsning og full

forståelse. Meningen er heller at vi skal bli bevisst hvilken innvirkning historien har på forståelsen vår, ubevisst og ukontrollert, hvis man ikke har denne bevisstheten. Når vi forsøker å forstå noe er vi allerede påvirket av virkningshistoriens virkninger, fordi historien kom før oss. Dersom vi tror at et fenomen er den fulle og hele sannhet, har vi allerede blitt et offer for virkningshistorien, som på forhånd bestemte hva som i det hele tatt var verdt å undersøke. Virkningshistorien kan ikke heller erkjennes fullstendig, men er bare et moment i forståelsesprosessen. Den kan hjelpe oss å stille de rette spørsmål for å få bevissthet om *den hermeneutiske situasjonen*. Den hermeneutiske situasjonen er den situasjonen vi befinner oss i, idet vi forsøker å få forståelse om noe. Å få bevissthet om situasjonen er vanskelig, fordi man ikke kan ha objektiv viten om situasjonen så lenge man befinner seg i den. *”Man står i den, man befinner sig alltid i en situasjon, og at kaste lys over den er en oppgave, som aldrig kan fuldendes helt ”* (Gadamer, 1999 s 165).

Gadamer (2003) fremhever at vi ikke kan bli oppmerksom på våre fordommer så lenge de fortsatt er med i spillet. Så lenge fordommen har bestemmelse over oss tenker vi ikke på den som en dom. Å oppnå full bevissthet om en situasjon, og således forståelse, er alltid en vanskelig oppgave. Fordommen kommer først til syne i det den blir provosert. *“All forståelse begynner med at noe taler til oss”* (Gadamer & Jordheim, 2003 s 43). Erfaringen er at det fremmede som utfordrer våre fordommer, også utvider vår *horisont*. I følge Gadamer (1999) er horisont det synsfelt, som omslutter og omfatter alt det som er synlig ut fra et gitt punkt. I møtet med den andre får man ny innsikt og forståelse av hvem den andre er. Den forstående erfaringen skjer dermed i en pendelbevegelse mellom ens egen horisont, og den andres horisont. Ved åpenhet i samtalen, kan man stadig forstå den andres historie på ny, i en alltid uavsluttet prosess. Denne *horisontsammensmeltingen* er et resultat av to horisonter som møtes, begge endres og ny forståelse oppstår (Gadamer, 1999, Thomassen, 2006). Disse tankene om forståelse er relevante for oppgaven, og blir brukt som utgangspunkt når sykepleieren, med sine forkunnskaper, møter pasienten med diagnosen paranoid schizofreni i et behandlingsperspektiv. Med bakgrunn i dette er det tenkelig at sykepleieren møter pasienten med visse forkunnskaper, eller fordommer, som gjør at sykepleieren i det hele tatt er i stand til å møte pasienten. Sykepleieren står så i fare for å tro at hun eller han forstår pasienten. I virkeligheten er dette en prosess der sykepleieren bruker sin forforståelse aktivt, og i møte med pasienten, det som er fremmed, blir utfordringen å sette fordommene på prøve. Når sykepleieren blir bevisst sine fordommer i møtet med det ukjente, kan hun eller han bli

klar over at noe var feil, eller for snevert. Den nye erfaringen gir så sykepleieren ny forståelse, ny innsikt, og utvider hans eller hennes horisont (Gadamer, 1999, Thomassen, 2006).

Jacob Meløe (1985) fremholder at det finnes grader av forståelse. Et samfunn består av virksomheter, egne og andres virksomheter. *"Det er gjennom egne virksomheter vi blir i stand til å forstå andres virksomheter"* (Meløe, 1985 s 21). Hvor man retter oppmerksomheten, og hvordan man forstår det man ser, er således avhengig av kunnskapen man besitter. Det er først gjennom egen erfaring og fortrolighet om det samme, vi vil være i stand til å forstå andres virksomheter. Det vi ikke ser og ikke har kunnskaper om, bare passerer vi. *"Det helt kyndige blikk på det en annen gjør, har bare den som selv kan gjøre det samme"* (Meløe, 1985 s 24). Det døde blikk innebærer å ikke se det som er å se, fordi vi mangler de begreper og teknikker som er innebygget i den virksomheten vi betrakter (Meløe, 1985). Dette er spennende tanker om hvordan man først kan forstå den andre, etter å ha opparbeidet seg kunnskaper nok til sammenligning. Forkunnskapene blir her, i likhet med hos Gadamer, også her sett på som en forutsetning for forståelsen. Kunnskapen som sykepleieren besitter vil her altså være utslagsgivende for hvordan hun forstår pasienten med schizofrenidiagnose, og det vil igjen ha betydning for behandlingen hun gir. Man kan allikevel spørre seg om det er mulig å fullt forstå hvordan pasienten virkelig har det, når man selv ikke har erfaringen med å være syk på samme måten.

3 Metodekapittel

Dette kapitlet beskriver fremgangsmåten som er brukt for å besvare forskningsspørsmålet i studien. Det redegjøres blant annet for valg av forskningsmetode; det kvalitative intervju, utvalg og rekruttering av deltagere, samt transkribering og analyse av data.

3.1 Valg av forskningsmetode

Med bakgrunn i problemstillingen, og ønsket om å gå i dybden for å søke sykepleierens erfaringer, er kvalitativ metode benyttet. I følge Thagaard (2009) gir kvalitative tilnærminger grunnlag for fordypning i sosiale fenomener. I studier med nær kontakt mellom forsker og de som studeres, som ved intervju, gir kvalitative tilnærminger grunnlag for å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om de personer og situasjoner vi studerer (Thagaard, 2009). For å samle inn data er intervju valgt som en egnet metodisk tilnærming. I følge Kvale et al. (2009), søker man i det kvalitative forskningsintervju å forstå verden fra intervjupersonenes side. Målet med intervjuene er dermed å få frem kunnskap om, og betydningen av folks erfaringer, og avdekke hvordan de opplever og reflekterer over sin situasjon (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009). Ut fra ønsket om å oppnå forståelse for de fenomenene vi studerer, har fortolkning en sentral plass innenfor kvalitative metoder, og metoden kan knyttes til fortolkende teorier som fenomenologi og hermeneutikk (Thagaard, 2009). I fenomenologiske undersøkelser rettes oppmerksomheten, ifølge Thomassen (2006) mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. Menneskelig erfaring kjennetegnes ved opplevelser av *fenomener*, og fenomener er tingene slik de kommer til syne for oss (Thomassen, 2006). Fenomenologien som metodisk tilnærming krever, i følge Thomassen (2006) en mest mulig forutsetningsløs undersøkelse. Vi må se bort i fra alle teorier, antagelser og forventninger vi møter noe med, altså sette vår forforståelse i parentes, for å gripe fenomenet med en intuitiv forståelse.

Foruten det å bruke fenomenologisk tilnærming for å beskrive sykepleierens erfaringer, benyttes hermeneutikkens fortolkning for å finne dypere mening. At vi forstår og fortolker all mening innenfor en kontekst, er perspektiver som spesielt utdypes hos Gadamer (2003), som står som den helt sentrale fornyer av hermeneutikken. I følge Thagaard (2009) legger en

hermeneutisk tilnærming vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Å være bevisst sin egen forforståelse blir viktig, i det hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av, jamfør Gadamer (2003) sin hermeneutiske sirkel. Som forsker vil man være preget av egen forforståelse, ikke bare når man skal ut å intervjuere deltagere, men også i tolkningen av de data som samler inn. Forforståelsen omtales ytterligere lenger bak i eget underkapittel.

Andre relevante kvalitative metoder ble vurdert. Ved å bruke observasjon kunne man ha dannet seg et bilde av samspillet mellom sykepleier og pasient. Valget med å gjøre intervju gjør at studiet mangler den dimensjonen som observasjon ville ha gitt. Observasjonsdata gir allikevel vanskeligere tilgang til erfarings- og opplevelsesdimensjonen (Malterud, 2011). Årsaken til at observasjon ikke ble valgt var først og fremst ønsket om å få frem sykepleierens erfaringer. En styrke i studiens valg av metode blir derfor at det henvender seg direkte til primærutøveren av helsehjelpen, for å forstå hva sykepleieren selv legger til grunn for sin praksis.

3.2 Forskerens rolle

I denne studien er det forsket i eget arbeidsfelt. Dette medbringer både fordeler og ulemper med tanke på tolkninger underveis. Ved å selv ha videreutdanning i psykisk helsearbeid, er egen forståelse for feltet en følgesvenn gjennom hele prosessen. I følge Thagaard (2009) kan det være lettere å oppnå en forståelse av deltagerens situasjon, hvis en forsker i eget felt. Dette er fordi forskeren deler mange av de samme erfaringene som informantene. Derimot kan den felles erfarings- og kunnskapsbakgrunnen som forsker og deltager har, føre til at forskeren har problemer med å stille spørsmål som synes selvsagte innenfor feltet. Det som kan skje da er at forskeren overser det som ikke er felles med egen erfaring. Et hovedpoeng når en forsker i egen kultur er å oppnå et perspektiv hvor forsker kan se sitt eget felt med andres øyne (Thagaard, 2009). En trolig begrensning ved denne studien er at forsker har hatt vanskelig med å møte forskningsdataene med fordomsfrie og åpne øyne. Dette på grunn av egen nærhet til utfordringene man møter som behandler for pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Det knyttes ofte store utfordringer til det å være hjelper for denne pasientgruppen (Borg & Topor, 2007, Skårderud et al., 2010, Løvdahl et al., 2000, Hellzen, 2004). Disse utfordringene

har en selv kjent på mange ganger. Man har blitt overasket over hvor krevende det er å stå i denne pasientrelasjonen, fordi behandlingen er avhengig av sykepleierens fulle nærvær, motivasjon og ikke minst kunnskaper om diagnoser og behandling.

Å være åpen for det overaskende, og få ny innsikt, er nettopp noe som kjennetegner kvalitativ forskning. Flere forfattere vektlegger åpenhet i sin søken etter forståelse (Gadamer & Jordheim, 2003, Gulddal & Møller, 1999, Molander, 1996). Gadamer (1999) viser til at forståelse er en virkningshistorisk prosess, og at man aldri har fullstendig viten om en situasjon. Det blir i denne studien nødvendig å utfordre egen forforståelse ved å være åpen for hva deltagerne forteller i form av den transkriberte teksten. Forforståelsen kan bli utfordret gjennom teori og diskusjoner med medstudenter og veileder. Skriveprosessen blir som en vekselvirkende samtale mellom teori og empiri, frem og tilbake, lik den hermeneutiske sirkelen som Gadamer (2003) omtaler som forståelsens sirkel.

3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

I denne studien bygger empirien på et strategisk utvalg av deltagere. Et strategisk utvalg er, i følge Malterud (2011), sammensatt ut fra den målsetning at materialet skal ha best mulig potensial til å belyse problemstillingen. I følge Thagaard (2009) baserer oftest kvalitative studier seg på strategiske utvalg, fordi deltagerne har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver.

Inklusjonskriteriene for å være deltager i denne studien var følgende;

- deltagerne skal ha bakgrunn med bachelor i sykepleie, eller tilsvarende,
- deltagerne skal ha minimum to års erfaring med arbeid med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni.

Det at sykepleierne skulle ha jobbet minst to år med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni, bygger på et ønske om at de i størst mulig grad skal ha erfaring til å svare på intervju spørsmålene på en reflektert måte. Det ble ikke lagt noen føringer for kjønn i utvalget.

I følge Malterud (2011) bygger kvalitative studier sjelden på data som består av mange enheter. Videre sier hun at data fra et lavt antall deltagere kan være tilstrekkelig dersom forskeren har gjort et godt teoretisk forarbeid og kjenner sitt metodehåndverk. Med bakgrunn

i studiets omfang og metode, ble det besluttet at det var ønskelig med fire sykepleiere. Størrelsen på utvalget kunne med fordel vært større, men i følge Malterud (2011) er det ikke slik at overførbarheten øker proporsjonalt med antall individer i materialet. Antall deltagere i denne studien er ikke målt opp i forhold til *metningspunkt*. Når flere deltagere ikke ville synes å gi ytterligere forståelse av de fenomenene som studeres, er metningspunktet nådd, og utvalget betraktes som tilstrekkelig. Samtidig understrekes det at et for stort antall deltagere vil kunne føre til at materialet blir uoversiktlig og analysen overfladisk (Thagaard, 2009).

For å rekruttere deltagerne til studien ble det sendt søknad til enhetsleder innenfor den aktuelle klinikken. Prosjektet ble presentert og det ble vedlagt informasjonsskriv (vedlegg 1), samtykkeskjema (vedlegg 2) og godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (vedlegg 3). Enhetsleder videresendte forespørselen til avdelingsleder på den aktuelle avdelingen, for rekruttering av sykepleiere til studien. Avdelingslederen bidro deretter med å navngi kandidater som kunne forespørres per mail. Fire sykepleiere fikk mail med forespørsel om å delta i prosjektet, og vedlagt i mailen lå informasjonsskriv, samtykkeerklæring, og godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste. Alle fire sykepleierne som ble forespurt i første runde, takket ja til å delta i studien. Under kommer en kort og anonymisert fremstilling av deltagerne;

Ove er en mann i 40 årene. Han har over 10 års praksiserfaring i psykiatrien og videreutdanning i psykisk helse .

Ketil er en mann i 40 årene. Han har tatt relevant videreutdanning på masternivå, og har 4 års praksiserfaring.

Torill er en kvinne i 40 årene. Hun har også over 10 års erfaring, og relevant videreutdanning.

Anne er en kvinne i 40 årene. Hun har to relevante videreutdanninger, og over 10 års erfaring fra praksis.

3.4 Intervjuguide og pilotintervju

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4). Intervjuguiden er et manuskript som strukturerer intervjuforløpet mer eller mindre stramt, og guiden kan

inneholde noen temaer som skal dekkes, eller forslag til spørsmål (Kvale et al., 2009). Å finne de rette spørsmålene til intervjuguiden skulle vise seg å være tidkrevende. Det var ønskelig å ha spørsmål som var forenelig med problemstillingen, slik at deltagerne ville samtale om det forsker ønsket å få svar på. Samtidig var det viktig at spørsmålene var åpne, og gjorde at samtalen gikk lett, slik at det ikke ble vanskelig for deltagerne å snakke fritt om sine erfaringer. Det var også ønskelig at deltagerne ikke skulle få en følelse av å måtte *bevise sin kompetanse* under intervjuet. Etter å ha jobbet en god stund med spørsmålene, ble det forut for intervjuene foretatt et prøveintervju på en kollega, for å prøve ut intervjuguiden. Dette ble en god erfaring og mange refleksjoner ble nedskrevet i etterkant av prøveintervjuet. Det ble gjort små justeringer av intervjuguiden etter prøveintervjuet.

3.5 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjort i løpet av oktober og november 2013. Det ble foretatt intervjuer med litt over en ukes mellomrom. Det var ønskelig å bruke denne tiden i mellom hvert intervju fordi det var viktig å ha fokus på ett intervju av gangen. Det ble dermed god tid til forberedelse før hvert intervju, og etter intervjuet var det tid til å reflektere over hvordan det hadde gått. Erfaringer ble nedskrevet og det var muligheter for å forbedre seg til neste intervju. Transkripsjonen av hvert intervju ble gjort av forskeren selv påfølgende dag, mens intervjuet enda var friskt i minne. Når transkripsjon var ferdig ble en ny deltager kontaktet for å avtale tid for intervju. Det ble tilstrebet i stor grad å skulle legge tidspunktet for intervju til deltagerens arbeidstid, og de fikk velge hvilket tidspunkt på dagen som passet best. For tre av deltagerne ble dette på formiddagen, mens en fjerde sykepleier jobbet natt, og intervjuet ble dermed gjennomført på en lørdagskveld.

Intervjuene ble gjennomført på et egnet grupperom utenfor avdelingen, som var skjermet for støy og annen uro. Samtlige intervju startet med en gjennomgang av hensikten med prosjektet, etiske betraktninger og hvordan intervjuet skulle gjennomføres. Samtykkeerklæringen ble underskrevet og frivilligheten understreket. Deltagerne fikk anledning til å stille spørsmål før vi startet, men ble også påminnet om at det var anledning til å stille spørsmål underveis i intervjuet. En felles forståelse av intervjuet mellom deltageren og forsker, var med på å skape en trygg ramme og en hyggelig atmosfære.

Å skulle være intervjuer for første gang medførte spenning og nervøsitet i forkant, og en følelse av glede og lettethet i etterkant. Det første intervjuet ble gjennomført uten større bekymringer, og deltageren hadde gode refleksjoner og delte mange erfaringer. Transkripsjonen i etterkant viste at intervjuer snakket veldig lite under intervjuet, og stilte ingen andre spørsmål utenom de i intervjuguiden. På lydfilen fremkom også noen lange pauser i intervjuet, hvor deltageren fikk tenketid, men selv fortsatte samtalen igjen etterpå. Det opplevdes av intervjueren som lett å la deltageren komme med sine erfaringer, og være tilbakelemt og avslappet selv.

Under det andre intervjuet opplevdes det som vanskeligere å ikke skulle avbryte deltageren, for å komme med kommentarer. Ønsket var å ikke bringe egne meninger inn i intervjuet, og resultatet ble en følelse av å sitte og vente på gode nok svar. Transkripsjonen i etterkant viste at det i dette intervjuet ble nødvendig med noen oppfølgingsspørsmål for å la deltageren tenke over spørsmålene på andre måter og grundigere. De to siste intervjuene opplevdes som lettere å gjennomføre, og det var nok fordi man da hadde fått litt erfaring i intervjusituasjonen.

3.6 Transkripsjon

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og det var ønskelig å gjøre transkripsjonen selv, i etterkant av hvert enkelt intervju. I følge Kvale et al. (2009) er det ikke en ukomplisert jobb å transkribere, men snarere en fortolkningsprosess, som også har stor betydning for studiets pålitelighet. Transkripsjonen medfører også en utvelgelse av hvilke av de mange dimensjonene av en muntlig samtale, som skal tas med i den skriftlige fremstillingen. Det finnes ingen korrekte standardsvar på innholdet av pauser, intonasjonsmessige understrekninger og følelsesuttrykk (Kvale et al., 2009).

Det var ønskelig med en lettest gjengivelse av deltagerens historier, og en enkel stil på transkriberingen ble derfor valgt, uten for mange tegnsettinger av pauser og lydord. Ord som ble lagt ekstra vekt på av deltageren, ble skrevet i kursiv, og ord som ble uttalt med høy lyd, ble skrevet med store bokstaver. Forskerens kontinuerlige, bekreftende ”ja” og ”mm-mmm” , ble utelatt fordi det var tenkelig at materialet da ville fremstå som mer ryddig. Dette medførte også at deltagerens fortellinger ikke ble stoppet, og det skriftlige materiale ble mer sammenhengende, og framstår med likhet til opptaket. Det var overaskende lite lyder i

intervjuet ellers, utenom forskerens ”ja” og ”mm-mmm”. Det var lite latter og ironi i intervjuene, noe som kan antas å skyldes sykdommens alvorlighetsgrad.

De to første intervjuene ble transkribert på original dialekt. I etterkant ble dette gjort om, fordi det var ønskelig å ha alle intervjuene på bokmål. Det opplevdes som en bedre måte å bevare anonymiteten og integriteten til deltageren på.

Alt som ble sagt under intervjuene høres godt på lydfilen, og det var ingen støy som forstyrret. Prosessen med å transkribere gikk derfor uproblematisk. Resultatet av fire intervju på mellom 40 og 50 minutter, ble 25 tettskrevne sider transkribert materiale, med enkel linjeavstand og skriftstørrelse 12.

3.7 Analyse

Første steg i studiets analysearbeid startet allerede under intervjuene. Kvale et al. (2009) beskriver seks trinn i analysen, hvor de *tre første trinnene* skjer under intervjuet, og disse vil kort bli redegjort for nå. Første trinn er når deltageren selv spontant beskriver hvordan de opplever, føler og gjør angående et emne. På dette trinnet er forskerens oppgave å forholde seg lyttende, og ikke gjøre noen form for tolkning. Trinn to er når deltageren selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet, på bakgrunn av sine egne beskrivelser. I trinn tre, blir det gjort en oppsummering av forskeren, for å undersøke om deltagerens mening er forstått riktig (Kvale et al., 2009). Mot slutten av intervjuet ble derfor deltagerne forespurt om det var greit at forsker gjorde en oppsummering av intervjuet. Deltagerne fikk etter oppsummeringen anledning til å kommentere. Det ble gjort en slik oppsummering under alle intervjuene og det virket som om deltagerne syntes dette var en grei måte å avrunde intervjuet på. Oppsummeringen følte som en fin måte å forsikre seg om at deltagerne hadde fått frem sin rette mening. To av deltagerne kom med utdypninger under denne oppsummeringen, hvor ytterligere gode erfaringer kom frem, mens to av deltagerne sa at de synes det var en fin oppsummering og at deres mening hadde kommet godt frem.

Det finnes mange analytiske verktøy som kan benyttes i analyseringen av selve datamaterialet som er resultatet av intervjuene. Det analytiske verktøy som ble benyttet i denne studien er systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011).

Første trinnet i analysemetoden er i følge Malterud (2011) å bli kjent med materialet. Teksten blir lest for å få danne seg et helhetsbilde og for se mulige temaer. I denne fasen er det viktig å arbeide aktivt for å sette forforståelse og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes, slik at deltageres stemmer blir tydelige. Etter denne gjennomlesningen kom syv foreløpige temaer frem, noen med tilhørende undertemaer.

Systematisk tekstkondenseringens (Malterud, 2011) andre trinn ble gjort ved datamaskinen, og bestod av å hente ut deler av teksten som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om de temaene som ble bestemt i analysens første trinn. Her ble hele den transkriberte teksten gjennomgått systematisk, og ord, setninger, eller avsnitt ble kopiert, og limt inn i et arbeidsdokument. Tekstbitene ble markert med en bokstav og et nummer, som viste veien tilbake til hvilken av deltagerne det gjaldt, og hvilken side i den fullstendige transkriberte teksten biten var hentet fra. Resultatet ble åtte sider med meningsbærende enheter. Disse tekstbitene ble deretter *kodet*, en systematisering med bakgrunn i å samle tekstbiter som har noe til felles. I følge Malterud (2011), er det en fordel om kodene, som utvikles og justeres med utgangspunkt i temaene fra analysens første trinn, ikke er de samme som temaene man hadde i intervjuguiden. Temaer og påfølgende koder, endte ikke opp med å bli de samme som temaene i intervjuguiden, noe man kan se i en skjematisk fremstilling som kommer senere.

Det var viktig å underveis dokumentere alle valgene, og begrunnelsene for disse, i en prosjektlogg. Analysen ble et møysommelig arbeid, med inkludering og ekskludering av utsagn, koder og temaer. Veksling mellom del og helhet, helhet og del, ble en sammenhengende prosess lik den hermeneutiske sirkelen (Gadamer & Jordheim, 2003). Dersom det skulle bli nødvendig å ta noen steg tilbake i analysearbeidet, vil en slik prosjektlogg gjøre arbeidet med å reversere prosessen enklere.

I tredje trinn av systematisk tekstkondensering blir kunnskap abstrahert (Malterud, 2011). Kodegruppene fikk *subgrupper*, dersom det fantes ulike nyanser som beskrev forskjellige meningsaspekter. Det ble deretter laget et kunstig sitat, et *kondensat*, til hver av subgruppene, og til de enslige kodene som ikke fikk subgrupper. Dette sitatet i *jeg-* form ble skrevet med utgangspunkt i alle de meningsbærende enhetene som representerte den gruppen som ble tatt for seg, en gruppe av gangen. Det ble tilstrebet at alle deltagerne sine stemmer skulle komme frem i kondensatet.

Fjerde trinnet i systematisk tekstkondensering består av *rekontekstualisering*, som betyr å sette sammen bitene igjen i form av gjenfortellinger (Malterud, 2011). En analytisk tekst ble skrevet, en sammenfatting med bakgrunn i kondensatene og sitatene til hver av gruppene. Denne analytiske teksten fremkommer i resultatdelen i studien.

Under vises en skjematisk fremstilling av analyseprosessen, fra tema i intervjuguiden, til tema ved første gjennomlesning, til kodegrupper med subgrupper, og tilslutt kategorier, som senere blir presentert under resultater;

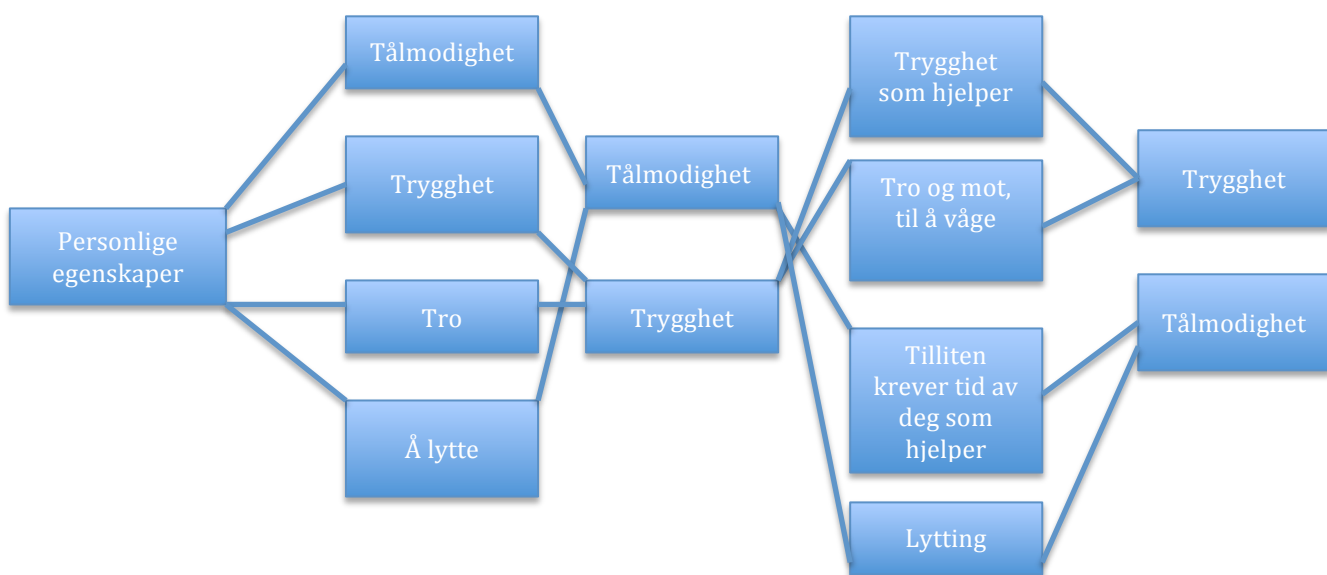
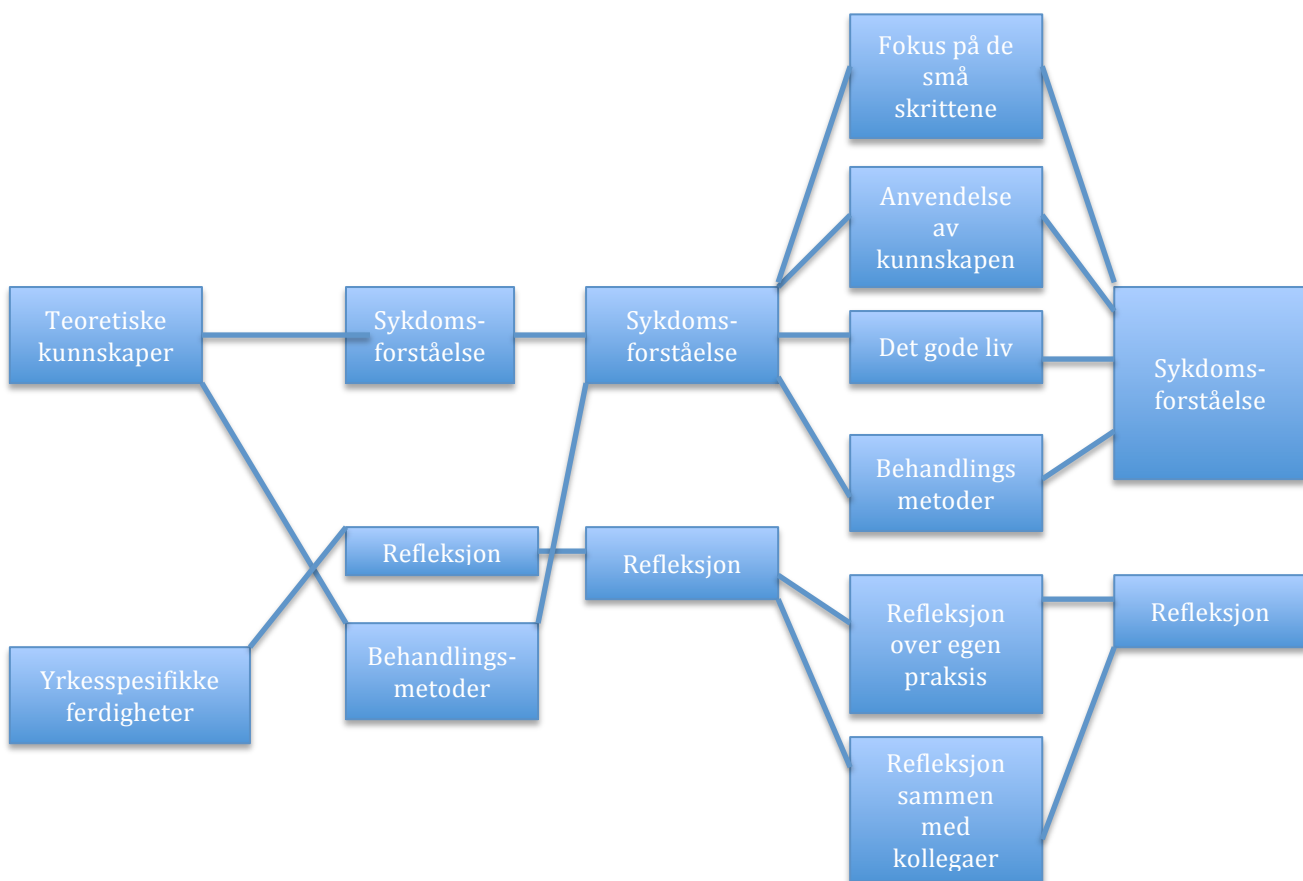
Tema i intervju-guide

Temaer ved gjennom-lesning

Kode-grupper

Sub-grupper

Kategori



3.8 Studiens troverdighet og overførbarhet

I metodekapittelet er det allerede redegjort for en del grep som er gjort for å øke kvaliteten på studiet. Jeg finner det allikevel nødvendig å redegjøre for begrepene reliabilitet og validitet.

Reliabilitet har i følge Kvale et al. (2009) med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre. Begrepet brukes ofte i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt andre forskere, som benytter de samme metodene, ville kommet frem til samme resultater (Kvale et al., 2009, Thagaard, 2009).

I forhold til intervjuene i denne studien, er det gjort en rekke tiltak for å sikre reliabiliteten. I følge Kvale (2009) trenger forskeren trening fra intervjuundersøkelser for å bli en god intervjuer. Thagaard (2009) foreslår å intervju egne kollegaer for å få trening og tilbakemeldinger. Det ble derfor foretatt et prøveintervju før man gikk i gang med å intervju deltagerne. Deltagerne fikk informasjonsskriv tilsendt på forhånd. Dette ble gjort for at deltagerne skulle være kjent med temaet som skulle omtales, og hensikten med prosjektet. Under intervjuene ble en oppsummering på slutten foretatt for at deltagerne skulle få anledning til å høre forskerens tolkning av deres svar, og få muligheten til å rette på denne. Under transkriberingsprosessen ble intervjuet avspilt på nytt samtidig som den teksten ble lest, for å sikre samsvar.

Validitet er knyttet til tolkning av data, og gyldigheten til disse tolkningene (Thagaard, 2009, Malterud, 2011, Kvale et al., 2009). I analysen av materialet i denne studien er det tilstrebet å bruke tydelige og logiske utsagn som gjenstand for fortolkning. Dette ble gjort for å unngå tolkningsfeil som ville svekke kvaliteten på studiet. Alle steg i analysen ble møysommelig dokumentert i prosjektloggen for å kunne reversere prosessen hvis nødvendig. Videre er det tilstrebet å skulle vise stegene i analysen tydelig i selve oppgaveteksten, slik at det for leseren blir enklere å følge prosessen.

3.9 Etiske betraktninger

En intervjuundersøkelse er, i følge Kvale et al. (2009), en moralsk undersøkelse. Dette er fordi det menneskelige samspillet i intervjuet påvirker intervjupersonene, og kunnskapen som produseres kan påvirke vårt syn på menneskets situasjon (Kvale et al., 2009). Det har vært tilstrebet å ta hensyn til mulige etiske problemer underveis i hele prosessen. I denne studien er

ønsket å bli kjent med sykepleierens erfaringer med egen kompetanse. Egen kompetanse kan være et følsomt tema å snakke om, og det var viktig å skulle bevare deltagerens konfidensialitet. Med bakgrunn i dette er det i studien ikke opplyst om hvilken avdeling deltagerne jobber ved, og deltagerne har fått fiktive navn allerede i transkriberingsprosessen fra tekst til tale for å skjule deres identitet. Sitat i studien er skrevet i bokmål og det er gjort små endringer på ord i enkelte setninger, for å gi bedre flyt for leseren. Det understrekes at meningsinnholdet i sitatene ikke er endret.

Studien har fått godkjenning fra Norsk Samfunnsfaglig Datatjeneste (vedlegg 3). Dette ble gjort for å vise at deltagerens rettigheter i forhold til personvern er ivaretatt.

Det ble innhentet godkjenninger fra klinikkens sjef, og senere avdelingssykepleier, før deltagerne ble forespurt. Samtlige av deltagerne ga sitt skriftlige samtykke etter å ha blitt godt kjent med studiens formål. De var også informert om muligheten til å trekke seg fra studien om de ønsket det. Alle samtykkeerklæringer ble lagt i egne konvolutter og innelåst i en skuff på hjemmekontor. Her ble også lydfilene oppbevart når disse ikke var i bruk. Disse vil bli slettet ved studiens ferdigstilling.

4 Presentasjon av resultater

I dette kapitlet blir studiens funn presentert. Med bakgrunn i analysen blir deltageres erfaringer tematisert, og noe blir fremstilt i sitatform. Sitatene blir fortløpende utdypet av forsker. Analysen resulterte i følgende kategorier:

- Sykdomsforståelse
- Refleksjon
- Trygghet
- Tålmodighet

4.1 Sykdomsforståelse

Denne kategorien handler om hva sykepleierne mener er viktig å kunne av teoretiske kunnskaper i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Deltagere i studien svarte utfyllende om hvor viktig de mener det er å ha gode teoretiske kunnskaper om sykdommen. Teoretiske kunnskaper kan for eksempel være kunnskaper om diagnosen paranoid schizofreni, som symptomer og aktuelle behandlingsmetoder. Kategorien omfatter også forskjellige kunnskapssyn på hvordan man på best mulig måte forstår den alvorlig psykisk syke pasienten. Deltagerne kaller dette å ha en bredest mulig forståelse for hvorfor en pasient fremstår som han gjør.

I analysen ble temaet sykdomsforståelse delt inn i fire sub-grupper; 1) anvendelse av kunnskap, 2) fokus på de små skrittene, 3) det gode liv, 4) behandlingsmetoder.

Hver av sub-gruppene blir her presentert med beskrivelser og sitater fra deltagerne.

4.1.1 Anvendelse av kunnskapen

Å ha gode kunnskaper om diagnosen paranoid schizofreni, blant annet i form av hvilke symptomer pasientene ofte har, og hvilke behandlingsmetoder som er anbefalte, gjør at deltagerne føler seg bedre rustet i møtet med pasientene. De kjenner da på en større trygghet i hjelperrollen. Ove forteller at det for eksempel oppleves lettere å takle massiv avvisning, eller

det å skulle bli mistenkeliggjort, når du vet at det er en del av symptombildet til pasienten. Han forteller også at det er viktig å ha en bredest mulig forståelse av hva en alvorlig psykisk lidelse er for noe, og jo mer man har klart å utvikle den, jo lettere blir det å møte pasienten med empati. Ketil forteller at for han er det viktig å være bevisst over hvem man snakker til. Med det mener han at pasienten med diagnosen paranoid schizofreni ofte har vanskeligheter med å holde tråden i det man sier. Det blir derfor viktig å være enkel og tydelig i samtalen med pasienten.

Noen av deltagerne understreket at det er hvordan du *anvender* kunnskapen du besitter som er utslagsgivende for hvor god behandling blir. Ove forteller;

”...den kunnskapen som vi bærer med oss inn, er i og for seg ikke er så mye verd, hvis ikke den stemmer med pasientens virkelighet. Vår utfordring som hjelpere er å evne og se hvor stor relevans kunnskapen vår har i møte med den unike pasienten og hans virkelighetsoppfatning.”

Sitatet illustrerer hvorfor det er viktig å være klar over at kunnskapen vår får forskjellig betydning i møtet med forskjellige pasienter. Ove mener at det viktigste angående kunnskapen vi besitter, er hvordan vi anvender den i møtet med hver enkelt pasient. Sitatet viser også at hvordan vi tenker om situasjoner og pasienter generelt, ikke alltid stemmer overens med virkeligheten til pasienten.

Torill forteller at hun ofte hører kollegaer si at de ønsker å møte pasientene for første gang uten for mye informasjon om pasientens diagnose og sykehistorie. Kollegaene hennes mener at de er i bedre stand til å få en god behandlingsrelasjon når man starter med blanke ark, og uten forutinntatthet. Torill forteller derimot at hun er i stand til å se, vurdere og evaluere på en bedre måte, når hun på forhånd har mye informasjon om pasienten og sykdommen hans. Torill forteller at hun ønsker å bruke kunnskapen sin aktivt i møtet med pasienten, og at den skal komme pasienten til best mulig nytte. Torill observerer at ekstravakter og ufaglærte også oppnår god kontakt med pasientene, men hun lurer på om de ser de samme tingene som henne. Evaluerer de på samme måte som henne? Torill erfarer at hun reflekterer over forkunnskapene sine *samtidig* som hun observerer og evaluerer situasjonen hun står i. Hun forteller om en samtale med en pasient;

”Hun hørte noe, det så jeg.”

Sitatet belyser hvordan Torill bruker forkunnskapene hun har om diagnosen paranoid schizofreni aktivt mens hun sitter og har en samtale med en pasient. Pasienten hører stemmer i hodet sitt mens Torill og pasienten sitter og har en innkomstsamtale. Sitatet viser hvordan Torill observerer symptombildet til pasienten og knytter det til sine forkunnskaper, samtidig som hun fører samtalen med pasienten.

4.1.2 Fokus på de små skrittene

Deltagerne forteller at pasientene ofte har problemer med å mestre mange av dagliglivets små utfordringer som følge av sykdommen sin. I følge deltagerne er det som mange ser på som en enkel selvfølgelighet i hverdagen, for pasienten med schizofrenidiagnose veldig vanskelig. Sykepleieren må forsøke å huske på dette når mål skal settes eller behandlingsplaner utarbeides. Det er derfor viktig å forsøke og ha realistiske mål, slik at pasientene slipper å oppleve det å ikke mestre. Torill forteller hva hun tenker om dette;

”Jeg var ikke pågående, påtrengende, jeg lot henne få masse rom til å kunne samle seg. Jeg var bare støtte. Nå har jeg fulgt damen flere ganger. Det viktigste i forhold til det første møtet var at hun kunne stole litt på meg. Jeg ønsket at hun skulle få nok tillitt til å klare å henvende seg til meg.”

Sitatet illustrerer hvordan Torill i begynnelsen av sitt møte med en pasient, ikke forventer noe annet enn at pasienten skal ha tillit nok til å klare å henvende seg til henne. Torill kjenner at hun har behov for mye mer enn dette, men hun har en innstilling om at dette er nok å fokusere på i starten. Det ville ikke være realistisk å forvente mer av pasienten under dette første møtet.

Anne forteller om hvordan du må være forberedt på å bruke lang tid på hvert minste steg i behandlingen;

”Du må ha god tid. Du må bruke tid hos pasienten og prøve å ta de små skrittene. Det kan dreie seg om å få en pasient til å gå ut ifra hjemmet, dra på kafebesøk eller være med til legen. Ja det er mange slike ting som man må være forberedt på å bruke lang tid på.”

Som Anne beskriver er det viktig å fokusere på en ting av gangen. Anne forteller at man må være forberedt på at ting tar tid. Det er viktig å bruke god tid når man tar disse små stegene sammen med pasienten.

4.1.3 Det gode liv

Hvordan skal man som sykepleier vite hva som for pasienten er et godt liv? I intervjuene blir dette fenomenet ofte tatt opp som tema. Deltagerne snakker om hva definisjonen på det gode liv kan innebære. Ketil forteller om en pasient som etter lang tids behandling selv mente at han levde et godt liv, på tross av at han fortsatt dempet sine plager med rusmidler;

”Det er klart du vil bli utfordret som profesjonell helsearbeider, på hva definisjonen av det gode liv kan innebære. For noen kan det innebære litt mindre bruk av rusmidler...”

Sitater viser at man noen ganger kan bli overasket over å ha tenkt annerledes en pasienten, om hva som er pasientens beste. Etter mange år viser det seg at det som pasienten opplever som god livskvalitet, er å få kontroll over misbruket sitt, blant annet ved å ruse seg i mindre mengder enn tidligere. Det er ikke alltid samsvar mellom sykepleierens og pasientens tanker om en situasjon. Dette vises også tydelig i det Ove forteller;

”..muligheter som ligger hos den enkelte til å få til forandring, selv om de forandringene kanskje går i en annen retning en den man selv hadde tenkt seg at den skulle. Kanskje har man laget noen behandlingsplaner og noen mål som kan være ganske statisk, og så er det kanskje ikke akkurat de som oppnås, men det oppnås andre mål som kanskje er mye mer rett for pasienten.”

Sitatet ovenfor viser at selv om forandringene går i en annen retning enn det sykepleieren har planlagt, så kan de fortsatt være rette for pasienten.

4.1.4 Behandlingsmetoder

Deltagerne nevner ulike behandlingsmetoder som anvendes der de jobber. De fremhever betydningen av å bruke godt dokumenterte behandlingsmetoder som verktøy. Blant annet nevnes kognitiv terapi, motiverende intervju, gruppeterapi, psykoedukasjon og speiling, som gode hjelpemidler å bruke i samhandling med pasienten. For eksempel nevnes det å bruke

kognitiv terapi for å trene konsentrasjonen og oppmerksomheten til pasienten. Torill forteller at å bruke åpne spørsmål, en teknikk i motiverende intervju, gjør det lettere for sykepleieren å få pasienten i samtale. Videre forteller hun at dersom sykepleieren er god i psykoedukasjon, kan pasienten i større grad lære seg om sykdommen sin. Sykepleieren blir også ved hjelp av psykoedukasjon bedre i stand til å samtale med pårørende. Anne forteller at hun bruker kognitiv terapi for å få pasienten til å bryte ut av sin vanlige tenkemåte. Hun stiller pasienten spørsmål som kan gi bedre innsikt og gjøre at pasienten tenker annerledes.

Speiling er også noe Anne forteller om. Speiling kan anvendes på ulike måter. Ved en anledning bruker Anne solbriller på et hjemmebesøk og får etablert kontakt med pasienten. På alle forestående besøk har pasienten, som hele tiden bruker solbriller selv, avvist personalet utenfor døren. Anne forteller også;

”Speiling er utrolig viktig. Du kan merke deg, smiler du, smiler de.”

Sitatet belyser speiling på en enkel og fin måte. Oppsummerende kan man si at deltagerne i studien benyttet seg av ulike behandlingsmetoder i de situasjonene der de mente det var til pasientens fordel.

4.2 Refleksjon

Denne kategorien omhandler hvordan man som sykepleier kan bruke refleksjon for å videreutvikle kompetanse. Deltagerne forteller om forskjellige situasjoner hvor de bruker refleksjon for å videreutvikle seg og bli bedre i jobben sin.

I analysen fikk denne kategorien to sub-grupper; 1) refleksjon over egen praksis, 2) refleksjon sammen med kollegaer. Hver av sub-gruppene blir her presentert med beskrivelser og sitater fra informantene.

4.2.1 Refleksjon over egen praksis

For å bygge opp egen kompetanse mener deltagerne at man må kunne reflektere over egne erfaringer i hverdagen. Man har utbytte av å både reflektere over det som gikk bra og det som

gikk mindre bra. På denne måten blir man også bedre i stand til å lære av sine feil. Ove forteller om en situasjon hvor han i ettertid har reflektert mye over hva som skjedde;

”Det som kan forbløffe meg mange ganger er jo at endring skjer mot alle odds. Hva som eventuelt har vært min rolle i dette er nesten umulig å si, man bare konstaterer at her skjedde det noe, som endret livssituasjonen til vedkommende, og det får jo være det viktigste, så kan man jo prøve å reflektere over hva man selv var med på å bidra til i den prosessen.”

Flere av deltagerne fremhever også viktigheten av å ta vare på seg selv som hjelper. Ove forteller at det kan oppleves som utfordrende å være i en langvarig relasjon som hele tiden krever at du stiller opp for den andre;

”..det har jo stor betydning dette med å ha overskudd og energi, for det er jo og en forutsetning for å klare å møte en pasient. (...) så trur jeg det med å finne ut hvordan man kan ta vare på seg selv, over tid, er kjempeviktig (...)Det er jo ekstremt krevende å hele tiden skulle stille opp for den andre..”

Sitatet illustrerer hvordan Ove opplever at det kan være krevende å være i hjelperrollen over tid.

4.2.2 Refleksjon sammen med kollegaer

Flere av deltagerne forteller at de setter stor pris på å kunne reflektere sammen med kollegaer. De reflekterer sammen om pasientopplysninger og utfordringer de opplever i pasientsammenheng. Ved å reflektere over situasjoner sammen med andre, mener deltagerne at kan lære mye av hverandre. Kjetil forteller at når man jobber mye alene så kan man oppleve å kjenne på følelsen av å ikke mestre, eller å kunne mindre enn andre. Da er det viktig å kunne reflektere sammen med kollegaene sine om dette, og få snakket om sine utfordringer. Torill sier det slik;

”Jeg prøver å formidle det som er viktig i forhold til en pasient videre til de andre. At ikke bare jeg eier kunnskapen, og kan alt om pasienten. Jeg er veldig opptatt av å dele det med kollegaene mine, å gjøre det litt faglig. Da blir det refleksjon og diskusjon og slikt.”

I sitatet forteller Torill hvorfor hun opplever det som en selvfølge å dele sin kunnskap med andre.

4.3 Trygghet

Trygghet er et ord som deltagerne bruker ofte. Denne kategorien omhandler betydningen av å ha trygghet på seg selv i hjelperrollen. Deltagerne forteller at pasienten kan merke behandlerens usikkerhet, dersom den er tilstede. Da blir også pasienten usikker, og vil kunne tvile på at behandlingen kan hjelpe.

I analysen fikk denne kategorien to sub-grupper; 1) trygghet som hjelper, 2) tro og mot, til å våge. Hver av sub-gruppene blir her presentert med beskrivelser og sitater fra deltagerne.

4.3.1 Trygghet som hjelper

Å ha trygghet i seg selv som hjelper er noe deltagerne snakker mye om. De forteller at det er viktig å jobbe med å uttrykke denne tryggheten, fordi pasienten ofte også blir tryggere, dersom du viser trygghet. Det er ulike oppfatninger blant deltagerne om hvorvidt du kan lære deg å vise trygghet eller ikke. Ove forteller at du kan øve på å uttrykke denne tryggheten, og han mener tryggheten er et resultat av erfaring. Kjetil sier også at trygghet kommer med erfaring. Anne forteller derimot at denne tryggheten er noe du har med deg hjemmefra, og at enten så har du den, eller så har du den ikke;

”Ja, altså personlig kompetanse, der tror jeg det er veldig viktig den tryggheten du har med deg hjemmefra. Det er absolutt viktig i møtet at du har trygghet på deg selv. Det vil også speile pasienten. Viser du trygghet, så føler også pasienten trygghet.”

Sitatet illustrerer hvordan Anne opplever at hennes trygghet på seg selv som sykepleier ofte har betydning for pasienten.

4.3.2 Tro og mot, til å våge

Noen deltagere snakker om en personlig kompetanse som sykepleieren må inneha, som de i forskjellige steder i intervjuet kaller for det å ha tro, det å ha mot og det å våge. De forteller at man må våge og satse på at pasienten kan få det bedre. Videre forteller de at det er viktig å ha tro på at endring *kan* skje. Man må ha tro på *mulighetene* i det enkelte mennesket. Endringen kan forbløffe mange ganger, men den skjer, mot alle odds. Følgende sitat fra Ove viser hvor vanskelig det kan oppleves å kjenne på pasienten sitt ubehag:

”Det å ha mot til, eller å våge, å tilnærme seg pasienten på områder som er vanskelig, følsomme og.. For man vet at går man inn på vedkommende sitt liv så kan det være veldig sårt og vanskelig for den enkelte. Og det har nå i alle fall jeg kjent på mange ganger, at det kan være ubehagelig å gjøre, man kjenner så å si på pasienten sitt ubehag.. Men samtidig, det å jobbe i relasjoner med pasienter, innebærer på noe vis at man må, intervensere så å si, i vedkommende sitt liv, og det kan være utfordrende nok å gjøre, men uten tvil helt nødvendig.”

Sitatet belyser Ove sine tanker om at det kan oppleves som ubehagelig å komme for nært pasienten. Han forteller at han noen ganger kan kjenne på det samme ubehaget som pasienten har. Allikevel må man, på tross av ubehaget, våge å nærme seg pasienten fordi relasjonen sykepleieren har til pasienten er så viktig.

4.4 Tålmodighet

På hver sin måte snakker alle deltagerne om tålmodighet. Kategorien tålmodighet handler om å bruke god tid sammen med pasienten, fordi pasienten og relasjonen mellom sykepleier og pasient krever det. Tålmodigheten som deltagerne snakker om, handler også om å bare være tilstede sammen med pasienten, og være tilbaketilrett og lyttende.

I analysen fikk kategorien tålmodighet to sub-grupper; 1) tillitten krever tid av deg som hjelper, 2) lytting. Hver av sub-gruppene blir presentert med beskrivelser og sitater fra deltagerne.

4.4.1 Tillitten krever tid av deg som hjelper

Tålmodighet blir omtalt som en personlig egenskap som er avgjørende for å kunne jobbe med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Ketil sier det slik;

”Jeg tror ikke nødvendigvis det er like lett å forstå alt som pasienten gjør eller sier, men man må i hvert fall vise at man er der. Jeg tror at generelt når man jobber med denne pasientgruppen, så må man vise at man er der over tid, at man er til å stole på.”

Her belyses tillittens betydning i relasjonen. Kjetil forteller at pasienten trenger å vite at du er tilstede over tid, for å kunne stole på deg. Videre forteller deltagerne at det å oppnå tillitt hos

pasientene er et krav for å komme i posisjon til å hjelpe. Tillitten er noe som kommer med tiden. Pasienten må få erfare at du evner å stå sammen med dem over tid. Flere av deltagerne bruker uttrykket ”å være tilstede over tid”.

Ove har et eget uttrykk som han bruker om dette, og som beskriver tiden og tillitten:

”På noen måter så tenker jeg at de vellykkede samarbeidene vi har hatt blir hengende ved.”

Sitatet illustrerer hva Ove tenker om sitt samarbeid med en pasient han har vært behandler til over flere år. Avstanden mellom han og pasienten har variert gjennom årene, og pasientens sykdomstilstand har også variert. Likevel opplever Ove det slik at de vellykkede møtene og de fine stundene de har hatt sammen opp i gjennom årene, henger ved, når de møtes i ettertid. Han forteller at dette gjør at de alltid har noe å bygge på i møtene.

4.4.2 Lytting

Å være åpen og lyttende i relasjonen til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, blir fremhevet som viktig. I behandlingen kreves en tilstedeværelse av hjelperen, hvor man forsøker å høre hva pasienten faktisk sier. Et sitat som belyser dette:

”Jeg lytter veldig mye. Altså, jeg sitter ikke sammen med en pasient og prater i ett, eller stiller spørsmål i ett. Jeg kan altså bare sitte sammen med en pasient og lytte.. kommer det noe?”

Her fremholder Torill at det viktigste er ikke å stille spørsmål til pasienten, men å la pasienten få komme frem, og komme med sitt.

5 Diskusjon

I denne studien ble fire sykepleiere intervjuet om hva de erfarer som viktig å anvende av kompetanse i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Studiens funn, i form av hovedkategoriene; sykdomsforståelse, refleksjon, trygghet og tålmodighet, vil i det følgende bli diskutert med utgangspunkt i oppgavens teoretiske ramme og tidligere forskning.

5.1 Sykdomsforståelse

5.1.1 Kunnskaper om diagnose og behandlingsmetoder

Resultater fra denne studien viste at deltagerne fremhevet viktigheten av å ha gode teoretiske kunnskaper om diagnosen paranoid schizofreni. Å ha tilstrekkelig med kunnskaper om symptombildet som en pasient med diagnosen paranoid schizofreni kan ha, gjorde at deltagerne følte seg bedre rustet i møtet med pasienten. For eksempel ble det opplevd som enklere å takle avvisning eller å bli mistenkeliggjort av pasienten, når man vet at det er en del av symptombildet. Funn viste også at deltagerne benyttet seg av forskjellige behandlingsmetoder, og opplevde det som en trygghet å ha verktøy å støtte seg til.

I følge Topor (2007) trenger man teorier og teknikker i direkte arbeid med mennesker med psykiske lidelser. Teoriene kan blant annet hjelpe sykepleieren å håndtere vanskelige følelser, samt øke repertoaret av måter å hjelpe på. Dette samsvarer med resultatet i denne studien, hvor sykepleierne kun ser nytte i sine teoretiske kunnskaper. Flere studier har avdekket hva pasienter med schizofrenidiagnose selv mener er viktige kompetanseområder for sykepleieren å mestre i pasientens tilfriskningsprosess. Williams og Tufford (2012) avdekket at skolering av sykepleieren, og opparbeiding av erfaring, på flere måter fører til holdninger, kunnskaper og ferdigheter hos sykepleieren som fremmer tilfriskning hos pasienten. Coursey et al. (2000) viser til 12 kompetanseområder som sykepleieren må mestre i behandling av pasienter med diagnosen paranoid schizofreni. Noen av kompetanseområdene er knyttet til teoretiske kunnskaper som sykepleieren må besitte. Ververda et al. (2013) avdekket at sykepleiere på somatisk sykehus opplever å ha manglende kunnskaper om diagnosen paranoid schizofreni. Sykepleierne på somatiske sykehus ønsker selv å få mer kunnskap om sykdommen, da de opplever at manglende kunnskaper fører til redsel, usikkerhet og forutinntatte negative

holdninger (Ververda et al., 2013). Tidligere forskning, som viser at sykepleierne føler seg utrygg uten de rette kunnskapene om diagnosen paranoid schizofreni (Ververda et al., 2013), og forskningen som viser at behandlerne trenger kunnskapene og pasientene profiterer på det (Borg & Topor, 2007, Williams & Tufford, 2012, Coursey et al., 2000), samsvarer med denne studiens resultater. Det å ha gode teoretiske kunnskaper og behandlingsmetoder som verktøy, gir sykepleieren en følelse av trygghet. Uten tilstrekkelige forkunnskaper om diagnosen og behandlingsmetoder, kan sykepleierne dermed lettere kjenne på følelser som utrygghet eller utilstrekkelig.

Selv om kunnskaper om sykdommer og aktuelle behandlingsmetoder naturligvis fører til at pasientene får en bedre behandling, viser også studier at kunnskapene ikke nødvendigvis er ensbetydende med god behandling. I følge Topor (2007) har forskjellige behandlingsmetoder omentrent samme nytteverdi, og entusiasmen rundt en ny metode er ofte grunnen til at denne oppleves som bedre. Mange pasienter har også beskrevet profesjonelle som har hindret dem i bedringsprosessene, i stedet for å hjelpe dem. Det som ofte kjennetegnet disse profesjonelle, var fokuset de hadde på rollen sin og teknikkene sine, fremfor fokus på pasienten. Det formelle ble i disse tilfellene viktigere enn det lidende individet (Borg & Topor, 2007). I tillegg til at kunnskaper om forskjellige behandlingsmetoder i verste tilfelle kan virke mot sin hensikt, viser forskning at pasientene selv opplever at det viktigste for sin tilfriskning er relasjonen mellom behandler og pasient. De anser behandlingsrelasjonen som mer betydningsfull enn behandlingsmetodene (Borg & Topor, 2007, Williams & Tufford, 2012, Topor et al., 2006). Dette er ikke i samsvar med resultatene i denne studien, hvor det ikke fremkom at kunnskaper om behandlingsmetoder kan virke mot sin hensikt. Det er tenkelig at hvis fokuset blir for stort på formell kompetanse, så stort at det går på bekostning av fokuset på pasienten, har sykepleieren feilet i jobben sin. Kunnskaper om sykdommen og behandlingen av denne er viktige, og skal brukes for at pasienten skal få de beste forutsetninger. Trolig kan vi lese ut av denne studiens resultater og tidligere forskning, at det beste for pasienten vil være om sykepleierne bruker sine teoretiske kunnskaper for å få til en god behandlingsrelasjon med pasienten.

5.1.2 Anvendelse av kunnskapen

Funn i denne studien viste, som nevnt tidligere, at når man som sykepleier står i en behandlingsrelasjon til en pasient, er viktig å ha teoretiske kunnskaper om pasientens sykdom. Det er tenkelig at man fort kommer til kort hvis man ikke har de nødvendige kunnskapene om

for eksempel behandlingsmetoder som er drøftet ovenfor. Resultatet i denne studien viste at deltagerne fremhevet at det ikke er tilstrekkelig å besitte kunnskapen, og dermed tro at man gir pasienten den beste mulige behandlingen. Hvordan man bruker kunnskapen man besitter er avgjørende for hvordan utfallet til pasienten blir. Det fremkom i denne studiens resultater at det var ønskelig å bruke sykepleierens teoretiske kunnskaper til det beste for pasienten. For å kunne bruke kunnskapen til pasientens beste, ble det fortalt at det var viktig å klare å se hvor stor relevans kunnskapen hadde i møtet med den enkelte pasient og hans opplevelse. Det er tenkelig at den teoretiske kunnskapen sykepleieren besitter, i form av kunnskaper om sykdommen og aktuelle behandlingsmetoder, men også pasientens sykehistorie, er kunnskaper sykepleieren har med seg som tankemessig bagasje når hun eller han skal møte en ny pasient. Man bruker da denne kunnskapen for å forsøke å forstå situasjonen man befinner seg i, hvem pasienten er og hva han eller hun ønsker, slik Gadamer (2003,1999) snakker om forkunnskaper og fordommer. Trolig må sykepleieren ha en viss forståelse for pasientens situasjon for å kunne være i stand til å hjelpe. Men hvordan kan man få innsikt i hvordan det oppleves å være i en annens situasjon? Det kan man med all sikkerhet aldri få fullt og helt. Men man kan med tiden få større grunnlag for å forstå den andres situasjon *til en viss grad*. Gadamer (1999) snakker om å utvide horisonter i det vi blir klar over at noe vi trodde vi hadde svaret på, var feil eller for snevert. Den nye erfaringen gir så sykepleieren ny forståelse, ny innsikt, og utvider hans eller hennes horisont (Gadamer, 1999, Thomassen, 2006). Meløe (1985) ser også på erfaring som utgangspunkt for forståelse, men at vi først gjennom fortrolighet og erfaring innenfor samme virksomhet, er i stand til å forstå andres virksomheter.

Ved å sammenligne disse tankene om forståelse med studiens resultater, kan vi tenke at sykepleieren må være bevisst forkunnskapenes innvirkning. Selv om sykepleierens generelle kunnskaper om diagnosen paranoid schizofreni for eksempel skulle tilsi at en pasient vil ha vanskeligheter med å flytte for seg selv, er det fortsatt ingen regel uten unntak. Sykepleieren trenger sine forkunnskaper, men de trenger ikke stemme overens med situasjonen til alle pasienter. Med Gadamer sine tanker om forståelse, kan sykepleieren møte pasienten med schizofrenidiagnose på følgende måte; sykepleieren kan være klar over at hun eller han aldri vil kunne forstå hvordan pasienten har det fullt og helt. Sykepleieren kan være bevisst på at idet hun eller han tror løsningen er funnet, og forståelse på hva som skjer, eller har skjedd er oppnådd, så er det allerede noe som oversees. Fordi sykepleieren fortsatt befinner seg i situasjonen, kan hun eller han ikke enda ha den fulle oversikt. En ydmykhet og forståelse for hvordan tiden og forkunnskapene påvirker, vil kanskje kunne hjelpe sykepleieren til å ta flere

forhold i betraktning, og ikke falle for fristelsen å tro at det eneste rette svaret er funnet. Dette vil igjen hjelpe sykepleieren å huske at forståelsen er en kontinuerlig prosess. Det å ikke nødvendigvis klare å forstå alt pasienten sier eller gjør, ble også fremhevet av deltagerne i denne studien. Resultatene viste at det er viktig å forsone seg med at det noen ganger er slik at vi ikke forstår, fremfor å stadig bruke tid på ønsket om å forstå pasienten på rett måte. I disse situasjonene er det tenkelig at det er viktigere å bruke tiden på å vise for pasienten at du er der for ham og at du er til å stole på.

Resultatene i denne studien viste også at deltagerne ønsket å ha tilstrekkelige kunnskaper om pasienten før de møtte pasienten for første gang. Forkunnskaper om pasienten ble fremhevet som høyst nødvendig å ha med seg inn i et første møte. Dette innebar ikke bare et ønske om å ha kunnskaper om pasientens diagnose, men også om pasientens historie. Deltagerne ønsket å bruke forkunnskapene sine aktivt i pasientbehandlingen. I følge Molander (2008) kan kunnskap sees på som levende når den brukes av mennesker som vet hva de kan og vil. Dersom man har en retning i det man gjør, så vet man at kunnskapen leder mot det beste for pasienten. I denne studiens resultater fremkom det også at pasienten med diagnosen paranoid schizofreni i perioder trenger mye ivaretagelse fra sykepleieren. Dersom sykepleieren mangler engasjement og oppmerksomhet er det fare for at pasienten ikke får den beste behandlingen. Da hjelper det ikke at sykepleieren besitter all verdens kunnskap om sykdommen og hva pasienten trenger, så lenge hun ikke klarer å gjøre denne kunnskapen levende, ved å bruke den aktivt i nærvær med pasienten. I følge Molander (1996) har den kunnskapsrike praktikerens et trenet øye som er dobbeltseende. Hennes repertoar gjør at hun kan se likheter, men samtidig er hun oppmerksom og ser flere muligheter i situasjonen. Molander (1996) stiller et spørsmål til begrepet ”refleksjon- i –handling”. Refleksjon innebærer å ta et steg tilbake, og se, og tenke over, seg selv og hva man gjør. Man kan ikke da være opptatt av handlingen samtidig. Dette har likheter med hva Gadamer (1999) sier om forståelsen, og at man ikke kan forstå situasjonen så lenge man fortsatt befinner seg i den. I denne studien fremkom det et eksempel hvor sykepleieren observerte at pasienten hørte noe mens de snakket sammen. Dette viser at hun har oversikt over flere handlinger, både samtalen hun har med pasienten, og samtidig hennes observasjoner av pasientens eventuelle symptomer. Sykepleieren er kanskje da så erfaren i sine samtaler med pasienter at hennes oppmerksomhet står fritt til å se etter det spesielle. Om hun var i stand til å reflektere underveis, er vanskelig å vite, men hun reflekterte i aller høyeste grad over situasjonen når hun gjenfortalte den i etterkant.

5.1.3 Det gode liv

Resultater i denne studien viste ulike meninger om hva som for pasienten er det gode liv. Hva som for pasienten er et meningsfullt og godt liv, vil være svært forskjellig fra pasient til pasient. Studiets deltagere fremhevet viktigheten av å forsøke å få tak i hva pasienten selv ønsker i livet sitt. De fremhevet også viktigheten av å huske på at ønskene kan endre seg med tiden.

At deltagerne fremhevet viktigheten av å være oppmerksom på pasientens ønsker, kan sees i sammenheng med hva Molander (1996) sier om spenningsforholdet mellom oppmerksomhet og rutine, og hvordan man blant hverdagens rutiner kan glemme å se etter forskjeller. Videre er det naturlig å tenke at det gode liv for pasienten innebærer en følelse av velvære i hverdagen. I følge McCann (2002 s 82) er pasientens velvære knyttet til hvorvidt pasienten er i stand til å se håp for fremtiden; *"Hope is intrinsic to the process of gaining and maintaining wellness in people with psychotic illness "*. I utgangspunktet mangler ofte pasienten med schizofrenidiagnose følelsen av mening med livet, håp og motivasjon. Evnen til å skape håp blir derfor, i følge McCann (2002), en av sykepleierens viktigste oppgaver i behandlingen. Funn i denne studien viste at pasientens syn på et godt liv ofte kunne komme overaskende på sykepleieren. Hva sykepleieren ønsket å oppnå for pasienten, samsvarte ikke alltid med hva pasienten selv ønsket i livet sitt. Et eksempel ble brukt for å vise dette, hvor sykepleieren i mange år hadde jobbet for at pasienten skulle få et rusfritt liv. Det som pasienten selv ønsket, og til slutt levde tilfredsstillende med, var å få kontroll over sitt rusmisbruk. Dette med å blant annet ruse seg i mindre og kontrollerte mengder. Hvis man sammenligner resultatene til McCann (2002), med hva deltagerne i denne studien forteller, er det tenkelig at sykepleieren hovedsakelig må jobbe med å avdekke hva pasienten selv mener er et godt liv. Hva liker pasienten å sysle med i hverdagen? Hvilke drømmer og håp har han for fremtiden, og hvilke er realistiske å kunne oppnå? Hva kan sykepleieren gjøre for at pasienten får ha et liv som han selv synes er meningsfullt? Sykepleieren må også være klar over spenningsforholdet mellom oppmerksomhet og rutine, for å til enhver tid, vite hva som for pasienten er det gode liv.

5.2 Refleksjon

Å arbeide med mennesker som er alvorlig psykisk syke oppleves som en stor utfordring for den som skal være hjelper (Borg & Topor, 2007, Skårderud et al., 2010, Løvdahl et al., 2000, Hellzen, 2004, Hallberg et al., 1994). Et resultat i denne studien handlet om viktigheten av å

ta vare på seg selv som hjelper, når man er i en langvarig relasjon som hele tiden krever at du stiller opp for den andre. Noen av deltagerne i denne studien hadde kjent på de utfordringene som forskningen ovenfor påpeker.

Studiens resultater viste også at deltagerne benytter seg av refleksjon for å videre utvikle seg og bli bedre i jobben sin. De reflekterer over egne erfaringer i hverdagen, både om det som går bra, og om det som går mindre bra. Ved å reflektere over det som ikke går bra, føler de seg bedre i stand til å lære av egne feil. I intervjuene nevnte altså flere av deltagerne viktigheten av å ta vare på seg selv som hjelper. Hva kan skje dersom sykepleieren overser følelser som fortvilelse og utmattelse? Jo det er tenkelig at det omsider vil gå ut over relasjonen til pasienten. Verst tenkelig er det at sykepleieren ubevisst ikke gjør alt han kan for å hjelpe pasienten. I følge Hellzen (2004) kan sykepleieren i tett samarbeid med en person med alvorlig langvarig psykisk sykdom, risikere å få overveldende følelser av fortvilelse og medlidenhet, som igjen medfører at sykepleieren utvikler en forsvarsmekanisme og forenkler kontakten med pasienten. Hallberg et al. (1994) studerte en mannlig sykepleieres egen opplevelse av seg selv, og hans relasjon til sin pasient og kollegaer rundt ham. Sykepleieren opplevde følelsen av å miste kontrollen over behandlingsrelasjonen til pasienten, og han hadde følelser som håpløshet og mangel på selvtillit. Sykepleieren opplevde også å bli utestengt fra gruppen av kollegaer. Det som påpekes i studiene ovenfor (Hellzen, 2004, Hallberg et al., 1994) kan være med å beskrive hva deltagerne i denne studien snakker om, når de sier at det er viktig å ta vare på seg selv i hjelperrollen. Det å være bevisst sine følelser kan være en hjelp i seg selv. Dersom man er klar over at de følelsene man har er normale å kjenne på i den situasjonen man står i, så kan det kanskje oppleves lettere. Således er det tenkelig at deltagerne allerede har startet prosessen med å hjelpe seg selv, når de allerede reflekterer over følelsene som kan oppstå i relasjonen til pasienten.

I følge Molander (1996 s 124) kan *"Den som aldrig ses och erkänns förvandlas till ett ting"*. Hvis man ikke hilser på sin venn og således ikke bekrefter og erkjenner han, så forvandles han til en ting. Når man opphever gjensidigheten i situasjonen gjennom å fornekte sin venn, så frarøver man også han muligheten til å bekrefte og erkjenne oss. Dermed fornekte man også sin egen eksistens. Denne gjensidige erkjennelses og fornektelses muligheten er å gjenfinne i alt menneskelig samvær (Molander, 1996). Det er tenkelig at noe av det samme som beskrives her skjer hvis sykepleieren i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, utvikler følelser som fortvilelse og utmattelse, og dermed unngår å være ekte i kontakten med

pasienten. Videre understreket Doas (2011) at å ha forståelse for sin egen emosjonelle kompetanse kan hjelpe sykepleieren i refleksjonen over egne erfaringer. Det er dermed tenkelig at det å være bevisst følelsene som kan oppstå i en langvarig relasjon til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, samt å reflektere over disse følelsene, kan hjelpe sykepleieren på flere måter. Sykepleieren hjelper seg selv å opprettholde sin kompetanse og pågangsmot. Samtidig blir sykepleieren på grunn av dette igjen i bedre i stand til å hjelpe pasienten. Molander (1996) snakker om at den enkelte må ta ansvar for egen læring, og at kunnskapen vår kan forbedres gjennom egenrefleksjon. Således kan man si at tar deltagerne i denne studien ansvar for egen læring, når de reflekterer over egen praksis.

Resultater viste at refleksjon med kollegaer ble fremhevet som viktig av deltagerne. Dette innebar at kollegaer kan reflektere sammen om pasientopplysninger, eller utfordringer man som sykepleier opplever i pasientsammenheng. Resultatene viste at man kan lære mye av å dele kunnskap med hverandre. Dette samsvarer med hva Molander (1996 s 85) sier om dialogen mellom mennesker for å bygge kunnskap; *"Frågor, svar och reflektion skall göra icke reflekterad kunskap och insikt tillgänglig"*. Videre er det, i følge Molander (1996), viktig å komme til klarhet om seg selv, sine tanker, sin kunnskap og mangel på kunnskap sammen med andre. *"Dialogen är emellertid också, vilket kanske är det viktigaste i ett vidare perspektiv på kunskapsbildning, en form för reflektion"* (Molander, 1996 s 97). Oppsummerende man kan si at resultatene som viste viktigheten av refleksjon, både over egen praksis og sammen med kollegaer, samsvarer med tidligere forskning og teori. Refleksjon er viktig for å videreutvikle kompetanse. Det er også tenkelig at det i dag ikke fokuseres nok på utfordringene som behandlerne til alvorlig psykisk syke står i og hvilke konsekvenser sykepleierens følelser kan ha på behandlingen pasienten får.

5.3 Trygghet

Trygghet i rollen som hjelper var et av studiens hovedfunn. Resultatene viste at deltagerne mener sykepleieren må være trygg på seg selv og sin kompetanse. Deltagerne mente også at pasienten igjen blir tryggere av dette. Videre viste resultatene at trygghet kommer etter hvert som sykepleieren får erfaring.

Som nyutdannet sykepleier er man som regel langt fra trygg på sin egen kompetanse, og man stiller seg gjerne spørsmål som; *kommer jeg å mestre dette?* Benner (1995) viser oss

kompetanseutviklingen fra man er nyutdannet ”novise”, til man er blitt det hun kaller ”ekspert”. I følge Benner (1995) utvikles ekspertise når klinikerer prøver ut og avklarer antagelser, hypoteser og forventninger gjennom sitt arbeid. Dette samsvarer med hvordan Gadamer (2003) sin erfaring oppstår, ved at forutinntatte meninger og forventninger utfordres, avklares, eller avkrefte i den konkrete situasjonen. Erfaring er således en forutsetning for ekspertise (Benner & Have, 1995). På denne måten kan vi tenke at sykepleieren blir tryggere på seg selv etter hvert som hun får mer erfaring fordi hun da vil ha større repertoar å hente sammenligninger fra. Uten særlig erfaring, vil man i følge Benner og Have (1995), trenge hjelp når man skal prioritere og man kan synes at nye situasjoner er utfordrende. Med dette som utgangspunkt kan vi tenke oss at sykepleieren uten erfaring ikke kjenner seg helt trygg i hjelperollen. Resultater fra denne studien viste også at man som nyutdannet lett kan bli usikker på egen kompetanse hvis man jobber mye alene med denne pasientgruppen, noe som sammenfaller med tidligere forskning som viser at uerfarne sykepleiere har dårligere evne til å reflektere over vanskelige følelser som usikkerhet (Doas, 2011). Det er dermed tenkelig at den uerfarne sykepleier i større grad lar seg overvelde av denne type følelser, enn sykepleieren som har lengre erfaring.

Resultater fra denne studien viste også ulike meninger i forhold til hvorvidt tryggheten som hjelper er noe som kan innøves eller ikke. Noen deltagere betraktet tryggheten som noe du har med deg hjemmefra, og at du enten har den, eller ikke. Andre igjen var klar i sin tale på at tryggheten må innøves. Det er tenkelig at noen mennesker er mer selvsikre enn andre. Likevel er det mer trolig at erfaringen man opparbeider med tiden, slik Benner (1995) beskriver, også medfører større trygghet på egen kompetanse. I følge Doas (2011) er sykepleieren på det kompetente nivået i stand til å reflektere over verdien av følelsene sine. Å kunne se verdien av følelser er kanskje noe som gjør sykepleieren klar over hva det vil si å ikke føle seg trygg i en situasjon. Forhåpentligvis ser også sykepleieren at pasienten blir utrygg hvis ikke sykepleieren er trygg på sin egen kompetanse.

Aristoteles hevdet at fronesis, handlingskunnskapen, bare kunne tilegnes gjennom erfaring (Molander & Terum, 2008), og Benner (1995) beskriver hvordan sykepleieren opparbeider kompetanse på bakgrunn av erfaring. Dette samsvarer med resultatene i denne studien hvor deltagerne fremhevet erfaring som utgangspunkt for at sykepleieren skulle kjenne trygghet på egen kompetanse. Sammenfallende ser vi at erfaringen har en sentral plass hos sykepleierens kompetanse i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni.

5.4 Tålmodighet

5.4.1 Tid

Et siste hovedfunn i studien var tålmodighet. Resultatene viste at sykepleierne opplever det som viktig å være tålmodig i behandlingen av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Tålmodigheten ble fremhevet som viktig fordi pasienten trenger en langvarig behandlingsrelasjon, men også fordi tilliten mellom pasient og sykepleier krever tålmodighet. Deltagerne i studien understreket at de prioriterte å bruke god tid sammen med pasienten. Det ble også fortalt at tiden sammen med pasienten ikke nødvendigvis bestod av samtale, men også det å være sammen med pasienten. Tiden ble brukt til å sitte sammen med pasienten uten å kreve for mye samtale. Dette blir gjort ved å unngå å stille for mange spørsmål men heller forsøke å vente å se om det kom noe fra pasienten uoppfordret. På denne måten lar sykepleieren pasienten få tid til å vokse i relasjonen og sykepleieren krever ikke så mye plass selv. Tiden ble av deltagerne også fremhevet som et fenomen i den forstand at deltagerne alltid var forberedt på at det tar lang tid før man ser fremgang i behandlingen.

Hva vil det si å være tålmodig? Et aspekt som kan sies og henge sammen med tålmodighet er tid. Tiden er en vesentlig faktor for pasienten med diagnosen paranoid schizofreni og handler om å bli hørt, og at noen bryr seg og gir av sin tid (O'Brien, 2000, Borg & Topor, 2007). De som sliter med alvorlige psykiske lidelser blir i tillegg ofte beskrevet som svekket i sin evne til å etablere relasjoner, og på grunn av dette skal behandlingsopplegget innrettes mot å hjelpe dem med å etablere og beholde relasjoner (Borg & Topor, 2007). Tidligere forskning viser at tiden ikke alltid blir brukt på mest hensiktsmessige måte. Forfatterne Cameron et al. (2005) viser et ubenyttet potensial hos sykepleierne som jobber med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni, hvor en skuffende stor del av tiden til sykepleierne forsvinner i administrativt arbeid, og tiden som blir brukt til samtale med pasientene er minimal. Williams og Tufford (2012) viser også til tiden som et viktig fenomen. At behandleren har god tid disponibel til samtaleterapi ble fremhevet som viktig, men også å kunne samtale om annet enn sykdom og symptomer. Forskningen (Cameron et al., 2005, Williams & Tufford, 2012) viser at sykepleiere bruker den faktiske tiden annerledes enn hva som i denne studiens resultater ble erfart som viktig. Det er tenkelig at hva som er avgjørende for hvor stor del av tiden sin sykepleieren bruker til samtale vil være svært forskjellig fra sted til sted og fra sykepleier til sykepleier. Det fremgår allikevel av denne studiens resultater at sykepleierne ser på

tålmodighet og tid som viktige aspekter, og at ønsket er at disse skal brukes slik at pasienten får best mulig behandling.

5.4.2 Fokus på de små skrittene

Resultatene viste at sykepleierne erfarer det som viktig å ikke stille for store krav til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Dette erfares som viktig fordi pasienten ofte kan ha vanskeligheter med å klare de kravene som en normal hverdag stiller til oss. Stiller man for høye krav til pasienten vil man kunne oppleve at pasienten blir satt tilbake av opplevelsen det innebærer å ikke mestre. Dette ønsker man som sykepleier at pasienten skal slippe å oppleve. Resultatene viste også at sykepleieren fremfor fokus på resultater av behandlingen, må fokusere på å skape endring og bevegelse. Sykepleieren må legge til rette for endringen underveis, fremfor å fokusere for mye på det endelige målet.

Motivasjonsmangel er en del av sykdomsbildet til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni, og i følge Malt (2012) må behandleren ha rimelige forventninger i forhold til hvilken tilstand pasienten er i; ikke for store og belastende forventninger for noen som nylig er kommet ut av et psykotisk gjennombrudd, men heller ikke for små for en pasient som trenger støtte og motivasjon i et rehabiliteringsperspektiv. Det kan derfor ofte være en vanskelig balansegang å vite hvor fort man skal gå frem i behandlingen, og hvilke krav man skal stille til pasienten. I følge Dreier (1996) er det i dagens forskning stor fokus på pasienten, og behandleren er kun et redskap i prosessen til pasientens tilfriskning. Hamran (1995) drøfter store ord som målstyring og formålsrasjonalitet, og det er tenkelig at dagens kostnadsfokus på behandling kan gjøre at sykepleieren lett blir for fokusert på resultater. Dette kan igjen føre til frustrasjoner. Kanskje kan det oppleves som en tung bær å bære for sykepleieren, å tro at man selv har ansvaret alene for at pasienten med diagnosen paranoid schizofreni skal få et bedre liv. I realiteten er ikke behandling den eneste kilden til forandring (Dreier, 1996). Det er mange faktorer som virker sammen for pasientens velbefinnende, og en rekke forhold spiller en sentral rolle for hva den profesjonelle kan gjøre, og om det virker.

For å ikke stille for store krav til pasienten, vil man som sykepleier måtte hjelpe pasienten med å sette seg realistiske mål. Når McCann (2002) fremholder at sykepleieren skal utvikle veier til velvære for pasienten, innebærer det blant annet at sykepleieren skal jobbe sammen med pasienten for å planlegge fremtiden. I dette forholdet understreker McCann (2002) at et

viktig element er å hjelpe pasienten til å sette seg realistiske mål. Det er viktig fordi pasienter som er aktive deltagere i prosessen med å sette sine egne mål, har større sannsynlighet for å nå målene sine. Borg og Topor (2007) skriver i sin bok om bedringsprosesser at det i perioder kan virke som utviklingen i behandlingen har stoppet opp. Det kan da være som om pasienten befinner seg på et platå hvor han trekker seg tilbake for å samle seg og undersøke situasjonen han befinner seg i. Det finnes ingen gitte tidsrammer for hvor lenge pasienten kan befinne seg i dette ”skjulet”, men støtte fra omgivelsene kan spille en stor rolle i en slik periode. Veien for å komme seg videre kan deretter sammenlignes med fjellklatring. Når man skal ta et nytt steg må man sikre støtte under den ene foten før man kan løfte den andre. I virkeligheten ser vi, i følge Borg og Topor (2007), at behandlere alt for ofte forventer for mye. Behandlere og pårørende ønsker, i sin glede over den positive utviklingen, å se pasienten løpe oppover fjellsiden. Dessverre kan de høye kravene som dette ofte medfører, være krav som overskygger hele det positive utviklingsforløpet for pasienten. For eksempel medfører ofte innflytting i ny bolig at man samtidig forventer at pasienten skal delta i en arbeidsvirksomhet (Borg & Topor, 2007). Deltagerne i denne studien fortalte også at det er lett å tenke at pasienten må ha noe å fylle dagene med når de er flyttet i ny bolig. Dette kan bli for mye for pasienten å skulle mestre på en gang. Sammenfallende kan man si at det er viktig at sykepleierne i behandling av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni klarer å holde fokus på de små skrittene.

5.5 Styrker og begrensninger ved studien

Det er en styrke ved studien at den kan være et bidrag i et kunnskapsfelt hvor det ikke foreligger så mange studier med et behandlerperspektiv. Fordelen med en kvalitativ studie som denne, er at den kan generere nye problemstillinger og være utgangspunkt for nye studier, som igjen bidrar til økt kompetanse på området.

Denne studien har fire deltagere og vil således ikke være generaliserbar på en måte som gjør at man kan slutte resultater herfra til større populasjoner. Likevel kan studien ha overføringsverdi. Det er sannsynlig at andre sykepleiere vil kunne kjenne seg igjen i deltagerens erfaringer. En annen forsker vil sannsynligvis kunne gjennomføre den samme studien, da det foreligger nøyaktige beskrivelser av hva som er gjort. Samtidig betyr ikke det at en annen forsker ville kommet frem til de samme resultatene. I all hovedsak er dette grunnet i at studiens deltagere ikke vil ha en statisk oppfatning av spørsmålene fra

intervjuguiden. Mennesker vil over tid tilegne seg nye erfaringer, og skifte meninger og holdninger. I følge Thagaard (2009) må forskeren argumentere for reliabilitet ved å redegjøre for hvordan dataene er blitt utviklet igjennom forskningsprosessen. Det har derfor vært tilstrebet å gi en fyldig beskrivelse av analyseprosessen i studien.

Å være forsker i eget felt har også styrker og begrensninger. En klar styrke kan være at man har kunnskaper om fagfeltet og pasientgruppen, og utfordringene knyttet til behandling, slik at de spørsmålene man ønsker å stille er presise, relevante og meningsfulle. Begrensningen er imidlertid at det kan hindre forskeren i å se utenfor det som synes selvsagt og at man overser det som faller utenfor ens egen erfaring. Deltagerne har delt sin erfaring- og vist stor interesse for temaet. Likevel kan man reflektere over hvordan deltagernes erfaring om kompetanse er fremstilt. Selvsagt er fremstillingen preget av mine erfaringer og annen tankemessig bagasje, antagelser om sammenhenger eller rett og slett forforståelser som kan tas som ”naturlige”, ”rimelige” eller ”innlysende”, men som ikke trenger å være det. Eksempelvis har det vært vanskelig å legge bort egne tanker om utfordringene en sykepleier opplever i behandlingsrelasjonen til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Det er dette Gadamer (2003) mener med forforståelsen (for-dom). Forforståelse trenger imidlertid ikke å være noe negativt, men er snarere et nøytralt begrep, som kun sier noe om hva som går foran og forut analysen og fortolkningen.

5.6 Refleksjoner og implikasjoner

I følge dagens offentlige føringer kan man se at det fortsatt er udekkede behov blant voksne med omfattende og sammensatte behov som en schizofrenidiagnose vil medføre, og fremover skal det rettes mer fokus på psykisk helsevern. En mulig implikasjon fra denne studien kan være at sykepleieren som jobber med denne pasientgruppen vil kunne ha stort utbytte av en videreutdanning som er egnet til å styrke sykepleierens kompetanse, og trygghet på at kompetansen er relevant for det praktiske arbeidet. En annen implikasjon vil kunne være at det er viktig å utvikle arenaer der sykepleieren som jobber med pasienten med schizofrenidiagnose kan reflektere sammen med annet helsepersonell.

6 Oppsummering og avsluttende kommentarer

6.1 Oppsummering

Hensikten med studien var å belyse problemstillingen; *Hvilken kompetanse erfarer sykepleierne som viktig å anvende i behandling av pasienten med diagnosen paranoid schizofreni?*

Resultatene viste at sykepleierne anså teoretiske kunnskaper om sykdommen og aktuelle behandlingsmetoder som viktig for at pasienten skal motta god behandling. Sykepleieren må tilstrebe å bruke sine kunnskaper aktivt i møte med pasienten, for å til enhver tid vite hva som er viktig for den spesielle pasienten.

Studien viste også at refleksjon over egen praksis er viktig for at sykepleieren skal videreutvikle egen kompetanse. En slik refleksjon skjer både før, underveis og i etterkant av en handling, og er sammenvevd med kunnskap. Dette er for øvrig i tråd med tidligere forskning.

Resultatene viste at sykepleierne også understreket betydningen av trygghet på egen kompetanse i hjelperrollen, og at pasienten da også ble tryggere. Både teori og forskningsfunn indikerer at en slik trygghet i hjelperrollen kommer etter hvert som man opparbeider seg erfaring.

Studien viste også at deltagerne understreket at en trygg og god relasjon til pasienten krever tålmodighet. Tålmodighet innebærer ikke bare tiden sykepleierne tilbringer sammen med pasienten, men også hvordan tiden anvendes. I denne sammenhengen ble betydningen av å fokusere på fremgang i form av de små skrittene fremhevet fremfor «endepunkter» og mål langt frem i tid. I dagens helsevesen er det stort fokus på behandlingsresultater, og det kan da bli lett å stille for store krav til pasienten og seg selv som behandler.

6.2 Veien videre

Kompetanse er en viktig del av sykepleieutøvelsen. I denne studien ble sykepleiere spurt hva de erfarer som viktig å anvende av kompetanse. Studien har imidlertid ikke sett på hva sykepleierne faktisk *gjør*. Videre studier eksempelvis med bruk av deltagende observasjon

kan være egnet til å belyse slike spørsmål. En slik studie vil kunne avdekke nye aspekter ved kompetanse, og igjen generere eventuelle nye problemstillinger for videre forskning.

Litteraturliste

- BENNER, P. & HAVE, G. 1995. *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*, Oslo, TANO.
- BORG, M. & TOPOR, A. 2007. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*, Oslo, Kommuneforlaget
- CAMERON, D., KAPUR, R. & CAMPBELL, P. 2005. Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 12, 64-74.
- COURSEY, R. D., CURTIS, L., MARSH, D. T., CAMPBELL, J. & ET AL. 2000. Competencies for direct service staff members who work with adults with severe mental illnesses in outpatient public mental health/managed care systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 370-377.
- DOAS, M. D. 2011. Emotional Competence Makes a Difference (for Staff and Patients!!). *Journal of Christian Nursing January/March*, 28, 34-37.
- ELSTAD, I. & HAMRAN, T. 1995. *Et kvinnefag i moderniseringen: sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*, Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- FINANSDEPARTEMENTET 2013. Endring av Proposisjon 1 S (2013–2014) Statsbudsjettet 2014.
- GADAMER, H.-G. & JORDHEIM, H. 2003. *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter*, Oslo, Cappelen.
- GADAMER, H.-G. Forståelsens historicitet som det hermeneutiske princip I: GULDDAL, J. & MØLLER, M. 1999. *Hermeneutik: en antologi om forståelse*, København, Gyldendal.
- HALLBERG, I. R., BERG, A. & ARLEHAMN, L. T. 1994. The parallel process in Clinical supervision with a schizophrenic client. *Perspectives in Psychiatric Care*, 30, 26-32.
- HELLZEN, O. 2004. Nurses' personal statements about factors that influence their decisions about the time they spend with residents with long-term mental illness living in psychiatric group dwellings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 257-63.
- HELSE - OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2008-09. Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid

- HELSE - OG OMSORGSDEPARTEMENTET 2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- HELSEDIREKTORATET 2013. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.
- JENSEN, U. J., ANDERSEN, P. & QVESEL, J. 1996. *Forskelle og forandring: bidrag til humanistisk sundhedsforskning*, Århus, Philosophia.
- KVALE, S., BRINKMANN, S., ANDERSSON, T. M. & RYGGE, J. F. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- LAUVENG, A. 2006. *I morgen var jeg alltid en løve*, Oslo, Cappelen.
- LØVDAHL, H., BJØRNELV, S., MARTINSEN, E. & HANSEN, V. 2000. SCHIZOFRENI kliniske retningslinjer for utredning og behandling. Statens helsetilsyn.
- MALT, U. F. 2012. *Lærebok i psykiatri*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*, Oslo, Universitetsforlaget
- MCCANN, T. V. 2002. Uncovering hope with clients who have psychotic illness. *Journal of Holistic Nursing*, 20, 81-99.
- MELØE, J. 1985. *Notater i vitenskapsteori: til gruppene i humaniora og samfunnsvitenskap med fiskerifag*, Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- MOLANDER, A. & TERUM, L. I. 2008. *Profesjonsstudier*, Oslo, Universitetsforlaget
- MOLANDER, B. 1996. *Kunnskap i handling*, Göteborg, Daidalos.
- MOLANDER, B. Kapittel 5 I: ALVSVÅG, H. 2008. *Kunnskap, kropp og kultur: helsefaglige grunnlagsproblemer*, Oslo, Pensumtjeneste.
- O'BRIEN, L. 2000. Nurse-client relationships: the experience of community psychiatric nurses. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 9, 184-194.
- ROSENVINGE, J., LARSEN, E., SKÅRDERUD, F. & THUNE-LARSEN, K.-B. 2004. Klinisk kompetanse i psykisk helsevern: Hva er det, og hvordan kan det læres? *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening*, 6.
- SKAU, G. M. 2005. *Gode fagfolk vokser: personlig kompetanse i arbeid med mennesker*, Oslo, Cappelen Akademisk.
- SKÅRDERUD, F., STÄNICKE, E., HAUGSGJERD, S. A. M. D. & ENGELL, S. 2010. *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

SOSIAL - OG HELSEDEPARTEMENTET 1997-98. Stortingsproposisjon nr 63.
Opptappingsplan for Psykisk Helse. Oslo.

TENKANEN, H., TIIHONEN, J., REPO-TIIHONEN, E. & KINNUNEN, J. 2011.
Interrelationship between core interventions and core competencies of
forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*, 7, 32-
39.

THAGAARD, T. 2009. *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*,
Bergen, Fagbokforlaget

THOMASSEN, M. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i
vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*, Oslo, Gyldendal Akademisk.

TOPOR, A., BORG, M., MEZZINA, R., SELLS, D., MARIN, I. & DAVIDSON, L. 2006.
Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery
process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 17-37.

VERVERDA, J., KOMKÅSA, A., BJØRNTVEDT, E. K. & EGREM, L. M. 2013.
Pasienter med schizofreni på sykehus. *sykepleien*, 101, 52-55.

WILLIAMS, C. C. & TUFFORD, L. 2012. Professional competencies for promoting
recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75, 190-201.

Vedlegg 1 – informasjonsskriv

”Hvilken kompetanse erfarer sykepleierne som viktig å anvende i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni?”-en kvalitativ studie

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor hensikten er å få en forståelse av hvilken kompetanse som er viktig for sykepleieren å anvende i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni.

Jeg ønsker videre å utdype hva jeg legger i ordet ”møtet”. Her tenker jeg på alle situasjonene hvor sykepleieren står i en relasjon til pasienten med diagnosen paranoid schizofreni. Det vil innebære alt fra det første møtet med pasienten, til den kontinuerlige relasjonen man har sammen.

Årsaken til at du forespørres om deltagelse i undersøkelsen er fordi du har erfaring som hjelper til pasienter med denne lidelsen. Undersøkelsen vil gi utgangspunkt til arbeid med min mastergradsoppgave, i tilknytning til at jeg studerer ved institutt for helse og omsorgsfag, ved Universitetet i Tromsø

Hva innebærer undersøkelsen?

Grunnlaget for studien er intervjuer med sykepleiere om deres erfaringer. Den som samtykker til å delta i studien vil jeg ønske å gjennomføre et intervju sammen med, hvor jeg stiller spørsmål om egenskaper og ferdigheter som er viktig å bruke i relasjonsarbeidet. Intervjuet vil ha varighet på en 30-40 minutter, og jeg vil bruke båndopptaker. Intervjuene vil senere bli skrevet ut som tekst og tolket.

Hva skjer videre med informasjonen om deg?

Informasjonen du gir vil kun brukes slik beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Et nummer knytter deg til dine opplysninger. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har tilgang til ditt navn, og som kan finne tilbake til deg. Dette er relevant hvis du for eksempel vil ønske å trekke deg fra studien. Lydbånd vil bli slettet når intervjuene er transkribert, og vil i mellomtiden bli oppbevart i et låsbart skap utilgjengelig for uvedkommende. Jeg planlegger å avlegge eksamen våren 2014, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i det endelige resultatet.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien, og det vil ikke få konsekvenser for deg. Opplysningene du har gitt meg og ditt navn vil da umiddelbart bli slettet.

Hvis du sier ja til å delta i studien kan du signere samtykkeerklæringen på siste side, og sende den i vedlagt ferdig frankert konvolutt. Når jeg har mottatt ditt samtykke, vil jeg ta kontakt for å avtale tid og sted for intervjuet, og vil tilstrebe å få dette tilrettelagt i din arbeidstid.

Dersom det skulle bli aktuelt å trekke seg, eller du har andre spørsmål, kan du kontakte:

Maria Bakland,

psykiatrisk sykepleier og student ved Universitetet i Tromsø

Epost:.....

Telefon:

Samtykke til deltagelse i mastergradsprosjektet:

”Hvilken kompetanse erfarer sykepleierne som viktig å anvende i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni?”-en kvalitativ studie

Jeg (skriv ditt navn her)

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker herved til å delta i prosjektet.

Min deltagelse er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse for min deltagelse

..... den2013

(sted)

.....

(signatur)

(kontaktadresse)

(mobilnummer)

(e-post)

(Tlf jobb)

(e-post jobb)

Vedlegg 3 – Godkjenningsbrev fra NSD

Gunn Pettersen Institutt for helse- og omsorgsfag Universitetet i Tromsø
MH-bygget 9037 TROMSØ

Vår dato: 31.10.2013 Vår ref: 36102 / 2 / AMS Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36102

Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Hvilken kompetanse er særlig viktig for sykepleieren å anvende i møtet med pasienten med diagnosen paranoid schizofreni? -en kvalitativ studie

Universitetet i Tromsø, ved fagansvarlig ved studieretning psykisk helse,
Gunn Pettersen Maria Bakland

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår.

Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 Vedlegg:
Prosjektvurdering

Anne-Mette Somby

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TRONHØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svuuit.no

Kopi: Maria Bakland Nymohagen 41 9104 KVALØYA

Intervjuguide

Informasjon før intervjuet:

Frivillighet, litt om min rolle som forsker, formålet med prosjektet, lydbåndopptaker, transkribering, oppbevaring av data.

Undersøke om informanten har noen spørsmål før vi begynner. (Det vil også være anledning å stille spørsmål underveis.)

- 1) Hvor lenge har du jobbet med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni?

- 2) Hvilken utdanningsbakgrunn har du?

- 3) Kan du beskrive et møte med en pasient som du synes ble fint?

- 4) Hva tenker du har vært viktig å kunne av teoretiske kunnskaper i møtet med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni?

(Stikkord: faktakunnskaper, allmenn forskningsbasert viten)

- 5) Hva tenker du har vært viktige yrkesspesifikke ferdigheter for deg å ha med seg i møtet med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni?

(stikkord: et sett av praktiske ferdigheter, teknikker og metoder som hører til et bestemt yrke. F.eks. sårstell)

6) Hva tenker du har vært viktige personlige egenskaper hos deg som sykepleier i møtet med pasienter med diagnosen paranoid schizofreni?

(stikkord: personlig kompetanse, den vi *er* som person, eks evne til å lytte, evne til å handle fornuftig i krisesituasjoner, utholdenhet og tålmodighet osv.)

Oppfølgingsspørsmål kan være:

-kan du si noe mer om det?

-Har du flere eksempler på dette?

Til slutt en debriefing av intervjuet:

Er det noe mer du vil si? (eventuelt oppsummerer jeg hovedpunktene og lar informanten si noe igjen etterpå)