



Fordypningsoppgave

VPH724 Psykisk helsearbeid

En selvsykologisk tilnærming til pasienter med angst på sykehjem.

Marit Næss Brendehaug

Totalt antall sider inkludert forsiden: 31

Molde, 23.04.2020



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

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

Personvern

Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht.

Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?

ja nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Solveig Karin Bø Vatnar

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Dato: 23.04.2020

Antall ord: 8794

Forord

VI HOLDER LIVET

Vi holder livet i en knyttet hånd
Vårt hjerte må bestandig ha det sånn.

Det tåler gjerne spott og overlast
når bare det får holde noe fast.

En mann, et barn, en drøm skal være vår
og evigheten måles ut i år.

For i vår gåtefulle, blinde angst
blir alle ting erobring eller fangst.

Vi bærer skrekken med oss natt og dag,
den bleke skrekk for hjertets nederlag.

av Inger Hagerup

Sammendrag

Introduksjon:

Gjennom mine 10 år som sykepleier har jeg opplevd ulike situasjoner, hvor eldre mennesker med angst på sykehjem, ikke har blitt møtt med tanke på sin angst. Det har ført til en del uheldige situasjoner, som kommer frem i empirien om Gunvor. Her kan det tenkes at selvpsykologien er en heldig måte å møte denne pasientgruppen på, da spesielt med tanke på inntoning, empatisk tilnærming og det å lytte til pasienten. Her kan terapeut og pasient sammen nå et mål, hvor pasienten får en bedre hverdag.

Problemstilling:

Hvordan møte langtidspasienter på sykehjem, som har angstdiagnose, gjennom et selvpsykologisk perspektiv?

Teori:

Angst er en av de vanligste helseplagene i Norge (Repål et al. 2004). På sykehjem bor det mange eldre mennesker uten demens, og flere av de lider av angst (Langballe og Evensen 2011). Når det gjelder angst hos den eldre generasjonen, så avdekker det mangel på kunnskap og tidspress (Malmedal 2018). Forskning viser også at det dessverre er en del psykisk vold på sykehjemmene i Norge, som trusler. Dette er noe som også skjer ellers i verden (Dehart et al. 2009). Man må se på hva som kan gjøres for at de eldre pasientene skal trives best mulig på sykehjemmene (Bergland 2013). Da kan selvpsykologi være en god måte å møte pasienter på. Gjennom å bruke riktig inntoning ut ifra de situasjonene man møter pasienten i, sammen med empati og vitalitetsaffekt (Urnes 1997). På den måten kan selvet bygges opp, gjennom bruk av selvobjekter og slik bidra til økt selvsammenheng hos pasienten (Hartmann 2000).

Diskusjon:

Ved å se på selvet og selvobjektene, kan man jobbe for at Gunvor skal bedre sin angst og selvsammenheng. Dette kan gjøres ved bruk av empati og inntoning over lengre tid. Det vil gjøre det enklere å forstå hvordan hun har det og hva som bedrer situasjonen hennes. Jobb med vitalitetsaffekten, og se på hva som er viktig for henne. Alle disse punktene vil bidra til relasjonsbygging og en bedre pleier – pasient -interaksjon. Hvor familien er familie, og ikke pleiere, og hun føler en trygghet hos andre en bare familien.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Hensikt.....	2
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning	2
1.4	Litteratursøk	3
2.0	Teori om angst.....	4
2.1	Angst	4
2.2	Angst hos eldre	4
2.3	Behandling av eldre og angst	5
2.4	Eldre på sykehjem	6
2.5	Trusler på sykehjem	7
3.0	Teori om selvspsykologi	8
3.1	Selvet.....	8
3.2	Selvobjekter.....	9
3.3	Selvsammenheng, vitalitetsaffekt og selvregulering.....	10
3.4	Affektinntoning	10
3.5	Empati	11
3.6	Motstand.....	11
4.0	Empiri	12
4.1	Narrativ.....	12
5.0	Diskusjon.....	14
5.1	Selvet og selvobjekter	14
5.2	Inntoning	15
5.3	Vitalitetsaffekt	17
5.4	Empati	18
5.5	Forståelse og pleier – pasient – interaksjon.....	19
6.0	Konklusjon med forslag til videre forskning.....	21
7.0	Litteraturliste.....	23

1.0 Innledning

I Norge lever minst 395 000 mennesker til daglig med symptomer på angst eller depresjon, noe tall fra 2008 viser (NAPHA 2011). Det er lite som tyder på at disse tallene har endret seg vesentlig etter dette. Angst er et betydelig folkehelseproblem, med flere risikofaktorer som årsaker. Det er noe som kan ramme alle aldersgrupper, men noen har økt sårbarhet. Dette kan gjelde mennesker som er enslige, mennesker med lav inntekt, arbeidsledighet, mennesker med alvorlige økonomiske problemer, samlivsbrudd, og mennesker med langvarige eller kroniske helseproblemer (NAPHA 2011). Når det gjelder angst hos den eldre generasjonen, så avdekker den mangel på kunnskap. Dette avdekkes i en rapport fra Folkehelseinstituttet, og da med tanke på den psykiske helsen til de over 65 år. Allikevel finnes det noen studier som viser til at eldre på sykehjem, har en høyere forekomst av psykiske plager og lidelser (Langballe og Evensen 2011).

Mange mennesker lever siste del av sitt liv på sykehjem, og da er det viktig å se på hva som kan gjøres for at de skal trives på sykehjemmet. Ifølge Ådel Bergland (2013) var konklusjonen hos de eldre pasientene på sykehjem, at det var flere faktorer som spilte inn. Faktorer innebærer punkter, som samspillet mellom den enkelte beboeren og kvaliteter på sykehjemmet, som hyggelige og kompetente pleiere, i tillegg til et godt sosialt og fysisk miljø. Det viktigste for de eldre på sykehjem, var den innstillingen de hadde til å bo der. Videre var gode og dyktige pleiere, helt avgjørende for å trives ved sykehjemmet (Bergland 2013).

Mange eldre mennesker får vanedannende medisiner som angst- og sovemedisiner, på grunn av tidsnød (Helmers 2018). Sykepleiere føler på ressursmangel og tidsnød i arbeidshverdagen. Når pasientene får problemer som angst, gir sykepleierne en beroligende tablett, siden tiden ikke strekker til. Pasientene har også fått medisiner selv om sykepleierne synes at annen oppfølging hadde vært bedre, som menneskelig kontakt og miljøterapi (Helmers 2018).

1.1 Hensikt

I min jobb som sykepleier har jeg gjennom flere observasjoner, sett pasienter som ikke blir behandlet på den måten de trenger og fortjener. Jeg har da lagt merke til hvor mange eldre pasienter, som ikke blir møtt, med tanke på sin angst når de bor på sykehjem. Dette er noe som har engasjert meg i lang tid, da jeg har erfart det både personlig og yrkesmessig. Hvorfor er det sånn, og hvordan kan man møte denne pasientgruppen på en bedre måte, slik at de føler seg forstått, sett og ivaretatt i forhold til den enkeltes behov. Det kan være noe så lite som at døren inn til beboerens rom skal stå åpen, for at vedkommende skal ha en tryggere hverdag. Hvorfor har det seg da slik at noen pasienter blir truet med at denne døren skal lukkes, dersom han/hun ikke roer seg? Det må da finnes en bedre måte og møte pasienten på, slik at vedkommende blir ivaretatt på en respektfull måte. Skjer dette på grunn av at helsepersonellet har gått for lenge i den samme «tralten», og derfor ikke registrerer hva de selv gjør, eller er det en annen årsak? Så hvordan kan man på en god måte ivareta pasienten, slik at han/hun får en bedre hverdag? Her føler jeg at selvsykologien kommer godt inn, da den omhandler inntoning og empati, og dette er en fin måte å møte pasienten på, slik at vedkommende føler seg sett og hørt. Det er dette jeg vil vise til, i min empiri, historien om hvordan Gunvor har hatt det. Deretter vise hvordan hun som pasient og person bør bli møtt, og at hun kanskje da opplever at angsten reduseres.

1.2 Problemstilling

Hvordan møte langtidspasienter på sykehjem, som har angstdiagnose, gjennom et selvsykologisk perspektiv?

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses på den måten at den omhandler eldre mennesker ved langtidsavdeling uten en demensdiagnose. I faglitteraturen nevnes angst og depresjon ofte sammen, men jeg vil fokusere kun på angst. Dette fordi depresjon hos eldre mennesker med demens, finnes det en god del forskning på, og da sammen med personsentrert terapi. Oppgaven avgrenses også ved å bruke et selvsykologisk perspektiv, da dette kan være en god måte og møte pasientene på.

1.4 Litteratursøk

Ved litteratursøk har jeg benyttet meg av flere databaser, og jeg har brukt ulike søkeord. Jeg får lite treff på kombinasjonen eldre + sykehjem + angst + selvpsykologi. Dette kan skyldes at det er forsket lite på dette området med tanke på bruken av selvpsykologi, eller på grunn av at kombinasjonen av søkeord var mangelfull. Når jeg derimot fjerner ordet selvpsykologi, får jeg en god del flere treff. Her finner jeg en del artikler som er relevante for oppgaven min, i forhold til hvordan eldre på sykehjem blir behandlet, og hva som er viktig, for at de eldre skal bli bedre behandlet.

Jeg begynte å søke i SveMed+, og da med ordene som nevnt over, uten at det gav resultater. Da jeg ekskluderte ordet selvpsykologi, fikk jeg 12 treff. Jeg gikk igjennom sammendragene, og da fant jeg en artikkel jeg følte passet inn i min oppgave. «Langtidspasienter i sykehjem: Pleier-pasient-interaksjonsbetydning for velvære» skrevet av Gørill Haugan i 2015. Dette er en artikkel som viser til hva som er viktig for langtidspasienter på sykehjem i møte med pleierne, samt at den viser til hva som er vanskelig for pasientene. Det er en artikkel som er satt sammen av 19 ulike peer-reviewed publikasjoner av studier gjort i Norge. Denne artikkelen vil jeg bruke, selv om den ikke inneholder selvpsykologi, da det er essenser i artikkelen som kan settes i relasjon til selvpsykologien.

Deretter søkte jeg videre i SveMed+ med litt andre ord, da det var enkelte ord som dukket opp under søkeprosessen som kunne brukes. Denne gangen brukte jeg engelske ord, som elderly + nursing home + abuse. Her fikk jeg 23 treff, og haket så av peer-reviewed tidsskrifter, og jeg endte da med 10 treff. Jeg leste deretter igjennom sammendragene, og endte da opp med artikkelen «Omsorg på vranga» av Wenche Malmedal fra 2018, studie fra Norge. Dette er en artikkel som omhandler vold og overgrep mot eldre, men også om trusler og krenkelser mot eldre på sykehjem. I forhold til min empiri, er dette en artikkel som passer godt inn, samtidig som at artikkelen fokuserer på hva som må til for å oppnå bedring.

I løpet søkeprosessen kom jeg over flere interessante artikler, men disse kunne dessverre ikke brukes i oppgaven min. Derfor så jeg gjennom referanselistene i flere av oppgavene, og da kom jeg over en amerikansk artikkel, som fokuserer på det jeg er ute etter.

Artikkelen heter «Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct-Care Staff» skrevet av Dehart, D, Jennifer Webb og Carol Cornman i 2009. Denne artikkelen viser til samme problematikk i USA som i Norge, og derfor tenkte jeg at det kunne være interessant og vise til at dette også skjer i andre land enn bare i Norge.

2.0 Teori om angst

2.1 Angst

Angst er en av de vanligste psykiske helseplagene i Norge (Repål et al. 2004). Lidelsen er ikke farlig, men derimot ubehagelig. Det finnes forskjellige typer angst, men felles for dem er følelsen av frykt eller sterkt ubehag. Man har panikkangst, enkle fobier, agorafobi, sosial angst, generalisert angst, tvangslidelser, posttraumatisk stresslidelse, hypokondrisk lidelse, eksistensiell angst og til slutt angst og depresjon. Angst og depresjon hører ofte sammen, da depresjon kan medføre engstelse og omvendt (Repål et al. 2004).

Angstlidelse kan utvikles av mange årsaker, som for eksempel at man befinner seg i en vanskelig livssituasjon, eller noe fra tidligere hendelser. Noen mennesker kan være mere disponert for angst biologisk sett enn andre, mens andre har enkeltstående anfall, som for eksempel panikkangst. Angst er også en lidelse, som ofte opptrer sammen med andre psykiske lidelser, og angst kan opptre i alle aldre (Repål et al. 2004).

2.2 Angst hos eldre

Mange eldre har problemer med angst, men det er mer vanlig med diffuse symptomer. De føler på en engstelse, mens andre har kjente kroppslige symptomer som hjertebank, pustebesvær, skjelving, svette, svimmelhet og problemer med magen (Fossan og Raaheim 2001). Siden mange ikke kjenner igjen angstfølelsen, søker de ofte lege på grunn av de kroppslige symptomene. Det kan være vanskelig å stille diagnosen, da legen heller ser på det somatiske (Fossan og Raaheim 2001).

De aller fleste eldre som har angst, har tatt med seg dette inn i alderdommen. Dette gjør det vanskelig å kunne helbrede pasientene fra diagnosen, med unntak av panikkangst. Årsaken til dette, er at panikkangst forekommer sjeldnere hos eldre pasienter (Engedal 2000). Det

er også lite forskning på eldre med angst, men med den forskningen som er gjort sies det at rundt 7-10% av eldre over 65 år har problemer med angst (Engedal 2000).

Angst er en tilstand, som kan føre til en sterk grad av invalidisering og isolering. Enkelte situasjoner kan for eksempel være med på å fremkalle angstanfall, noe som fører til at en person unngår disse situasjonene (Eskeland 2017). Det er gjort få undersøkelser på risikofaktorer for å utvikle angst i alderdommen. Man finner ikke årsakssammenheng mellom personlighet, intelligensnivå, stress, mestringsevner og sosialt nettverk, i forhold til det å utvikle angst (Engedal 2000). Derimot når det gjelder somatisk sykdom og angst, er det sammenheng. Somatisk sykdom kan gi angst, samtidig som at angst kan gi somatiske symptomer. Alvorlig somatisk sykdom er truende for en person, og kan derfor utløse angst (Engedal 2000).

2.3 Behandling av eldre og angst

Angst kan behandles psykoterapeutisk og med medikamenter. Da mange ikke får diagnosen raskt, vil de oppleve å ikke få behandling i det hele tatt. Det kan være flere årsaker til dette, og som tidligere nevnt kan det være fordi legen vil fokusere på de somatiske symptomene den eldre forteller om. De eldre pasientene som blir behandlet, forblir som oftest i primærhelsetjenesten, istedenfor å bli henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Dette burde ikke skje da psykologisk behandling har bedre effekt på lang sikt, enn det å bruke medikamenter.

Pedagogisk behandling har vist seg og gi god effekt hos eldre mennesker, ved at de undervises, informeres og får forklart mekanismene bak angsten de opplever. Dette gjøres i forbindelse med samtaler, slik at pasienten kan snakke om angsten sin (Engedal 2000). En annen ting som er veldig viktig for eldre mennesker med angst, er en god natts søvn. Det er flere studier som viser at det er en stor sammenheng mellom søvn og angst. Her vil man først prøve å rette behandlingen mot selve angstproblematikken, og se hva som er årsaken til den. Dette er noe som kan være problematisk å gjøre i forbindelse med eldre mennesker, da det kan være vanskelig å jobbe med angsten. Da blir det til at man må vurdere om man skal gi sovetabletter eller ikke (Engedal 2000).

2.4 Eldre på sykehjem

Å flytte på sykehjem, med alt det innebærer, kan være vanskelig for alle mennesker (NHI 2018). Mange eldre er vant til å klare seg selv, og plutselig må man ta imot hjelp. Det er mange nye rutiner og mennesker å forholde seg til. Når pasienten flytter på sykehjem er det viktig at alt kartlegges, slik at man blir klar over de ulike behovene vedkommende har. Her skal det også kartlegges om pasienten har angst, og hva som kan gjøres for å hjelpe den eldre. Videre kartlegges funksjonsnivå, med tanke på hva pasienten liker å gjøre om dagene. Er pasienten sosial, ønsker vedkommende å oppholde seg ute blant andre pasienter, eller vil han/hun heller oppholde seg på rommet? Hvordan er søvnkvaliteten, humøret og andre elementer som er viktige for at oppholdet skal bli best mulig for pasienten (NHI 2018).

Ifølge Haugan (2015) er pleier-pasient-interaksjonen av vesentlig betydning for pasienter ved langtidsavdelinger på sykehjem. Ved god interaksjon fremmes håp, mening, self-transcendence og velvære. Resultatet av undersøkelsen viser at pleier-pasient-interaksjon hadde direkte effekt på pasienten, og da også med tanke på angst. På sykehjem er ofte livskvaliteten redusert med tanke på meningsfylte relasjoner og aktiviteter, noe som igjen viser behovet for en god pleier-pasient-interaksjon (Haugan 2015).

På alle sykehjem finner man pasienter med større utfordringer enn andre pasienter (Eskeland 2017). Da menes det ikke demente med atferdsutfordringer, men pasienter det kan være noe vanskeligere å komme innpå enn andre. Dette er vanligvis pasienter som ikke har de mest alvorlige diagnosene, men et tydelig hjelpebehov. Her kan det være vanskelig å «strekke til» for pleierne. Det blir ofte til at noe av pleierne blir de «snille», mens andre blir de «slemme» (Eskeland 2017). De ansatte kan bli satt opp mot hverandre. Dette er forsvarsmekanismer fra pasientens side, for å kunne trygge seg selv. Pleierne kan også få sine egne forsvarsmekanismer, hvor de prøver å unngå pasienten, «straffe» pasienten, være lite vennlig eller overdrevent hyggelig mot han/henne. Det er helt vanlig å ikke komme overens med alle mennesker, men i denne jobben er man nødt til å opptre profesjonelt uansett pasientrelasjon. Alle pasienter trenger trygghet, og her er det viktig å jobbe mot dette målet. Her kan man sette opp avtaler, slik at man vet hva som er greit og ikke greit fra begge parter. Man må ikke forsterke pasientens utrygghet, da dette er noe som vil forverre situasjonen. Pasienten vil da kunne miste troen på systemet, og pleierne

vil kunne miste kontakten med pasienten og kunne ha vanskelig for å kunne gjenopprette tryggheten pasienten trenger (Eskeland 2017).

2.5 Trusler på sykehjem

Ifølge Malmedal (2018) vet man at beboere ved sykehjem utsettes for utilstrekkelig pleie og omsorg. Forskning viser at det er behov for økt kunnskap og oppmerksomhet på dette området, både etikk, kommunikasjon og personsentrert- og identitetsbevarende omsorg (Malmedal 2018). Malmedal har gjennomført undersøkelser på 16 ulike sykehjem i Norge, for å finne ut av omsorgsnivået. Ser man på hvordan WHO definerer vold mot eldre, ser man at psykisk vold, kan forårsake store lidelser som ved fysisk vold. Psykisk vold kan forårsake psykisk smerte hos pasienten, som ydmykelser, trusler, usynliggjøring, å bli behandlet som barn osv. Handlingene som er mest sett er det å forlate en pasient, unngå å skifte bleie, overse en pasient o.l. (Malmedal 2018).

I Norge er det omtrent 43 000 pasienter på sykehjem med gjennomsnittsalderen 84 år, med ulike somatiske og psykiske diagnoser (Malmedal 2018). Folk har en oppfatning av at det er høy kvalitet rundt om på sykehjemmene, men studier viser at utilstrekkelig omsorg er en del av hverdagen (Malmedal 2018). Forskningen til Malmedal (2018) viser at den utilstrekkelige omsorgen ofte skjer grunnet stress på jobben, lav bemanning, tidspress, lav lønn, lite kunnskap og pasienter det kan være vanskeligere å komme innpå. Det kan også være vanskelig å oppdage utilstrekkelig omsorg, da dette kan skje i det skjulte, samt ofte bli oversett. Kunnskap er viktig i slike situasjoner, da ansatte kan mistolke pasienters atferd som aggresjon, som øker sannsynligheten for utilstrekkelig omsorg. Det er få studier som viser hvordan situasjonen kan bedres, men økt kunnskap hjelper pleierne å gjenkjenne ulike problemstillinger i arbeidsdagen (Malmedal 2018). Samtidig er det viktig å vise empati og lytte til pasienten, for å minske frustrasjonen til vedkommende. Ifølge Dehart et al. (2009) skjer det samme i USA. De viser til de samme utilstrekkelige omsorgsmåtene, grunnet mangel på kompetanse, ressurser, tidsmangel og stress. Dette viser at det er likt mange steder i verden, og at utilstrekkelig omsorg forgår over alt, ikke bare her i Norge (Dehart et al. 2009).

3.0 Teori om selvpsykologi

I denne oppgaven vil selvpsykologisk perspektiv bli brukt, da dette kan være en god måte og møte pasienter på. Da med tanke på hvordan man skal inntone seg i møte med pasienten, men også det å være empatisk. På den måten kan man skape en god relasjon, og sammen med pasienten jobbe mot det å skape et selvsammenhengende selv til den grad det er mulig.

Siden 1970-tallet har selvpsykologien vokst frem innenfor psykoanalysen, en retning formet av Heinz Kohut. Han vokste opp med klassisk humanisme med vekt på latin, gresk og historie. I voksen alder erklærte han sin kjærlighet for historie, for at selvpsykologien skulle få en dypere forståelse for historiske prosesser (Karterud 1997). Han fulgte så i fotsporene til Freud. Mens Freud var opptatt av jeget, var Kohut opptatt av selvet og det opplevelsesnære. Kohut mente at selvet utviklet seg langs sin egen utviklingslinje i samspill med objektene, som beskrives mere senere. Han tok så farvel med de klassiske psykoanalytiske begrepene, og laget sine egne begrep, med selvet sentralt (Haugsgjerd et al. 2009).

3.1 Selvet

Selvet er en opplevelse av hvem jeg er. Enhver person skal kunne se seg selv, og hvem de er i forhold til andre. Kohut mente at alle er født med et selv, som betyr at det utvikles i samspill med andre (Urnes 1997). Selvet er tripolært, det vil si tre poler, som igjen er forankret i et kjerneselv, som utvikles i barndommen. Det skjer når et menneske opplever sine egne følelser og handlinger atskilt fra andre. Barnet blir et selvstendig individ, med egne meninger og selvsammenheng. Dersom kjerneselvet blir skadet på en måte, kan selvet gå i oppløsning. Man kan føle seg fanget i en kropp som virker fremmed og uforutsigbar (Karterud 1997).

Det grandiose selvet: Det handler om det iboende behovet for å bli anerkjent og sett, den umodne utgaven av selvet. Her er man sulten på oppmerksomhet og avhengig av bekreftelser fra omverdenen. Man kan ha alt fra storhetstanker om seg selv, til det motsatte, selvunderkjennelse. Det handler om å kunne elske seg selv, og ha en sunn tro på seg selv og egne verdier og evner (Karterud 1997).

Det idealiserte selvet: Man søker følelsen av å bli sett, hørt, noen å ha tillit og trygghet til. Det handler om å finne den betydningsfulle andre, en man kan se opp til. Ved normal utvikling vil individet ha evnen til å bekrefte andre, og fungere godt i relasjon med andre. Dette vil gi en indre trygghet, samt evnen til å stole på andre mennesker (Karterud 1997).

Det tvillingsøkende selvet: Også kalt alter-ego. Det handler om individets behov for å bli bekreftet av et tilsvarende individ, gjennom sin likhet. Noen som er som deg, gjenspeiler deg som person, da det er viktig å finne tilhørighet med likesinnede. Mennesket er sosialt og trenger det for å føle på samhold med andre (Karterud 1997).

3.2 Selvobjekter

Det tripolare selvet har en samhörighet sammen med begrepene selvobjekter. Dette fordi mennesket har behov for å føle seg hel, verdifull og grunnleggende forstått i nære relasjoner. Det er viktige andre personer, gjennom sine støttende væremåter og handlinger. Dette gir en opplevelse av vitalitet, sammenheng og trygghet. I et godt samspill med andre, utvikler selvet seg normalt. På samme måte som selvet, deles selvobjektene inn i tre (Karterud 1997).

Det speilende selvobjekt: Det samhandler med det grandiose selvet, hvor man med hjelp av selvobjektet bekrefter omgivelsene. Selvobjektet gjenkjenner, aksepterer og bekrefter den andres følelser, og gir noe tilbake (Karterud 1997).

Det idealiserte selvobjekt: Står sammen med det idealiserte selvet, hvor et selvobjekt kan være den betydningsfulle andre, et forbilde. En person man kan lene seg til, og få støtte og hjelp av ved behov (Karterud 1997).

Det tvillingsøkende selvobjektet: Alter-ego, handler om det tvillingsøkende selvet. Man finner et fellesskap, en å bekrefte sin likhet med. Kohut mente at man sammen med likesinnede, kunne finne en beroligende erfaring. Det er med på å styrke en fellesskapsfølelse. Det kan skje med bestevenner, kjæledyr, trossamfunn o.l. (Karterud 1997).

3.3 Selvsammenheng, vitalitetsaffekt og selvregulering

Selvsammenheng er noe som kan oppnås gjennom relasjoner og inntoning. En bekreftelse på at jeg er meg, og at mine tanker er mine. Stress og andre belastninger i livet kan true selvsammenheng. Dette kan igjen få uønskede konsekvenser. For å ha en selvsammenheng, er vitalitetsaffekt en viktig faktor. Det er de gode følelsene i livet, som det å være forelsket. Det å ha gode og nære relasjoner gir selvsammenheng (Hartmann 2000).

For å fungere i det sosiale og sammen med andre mennesker, må man kunne regulere seg i forhold til de ulike situasjonene man er i. Når man regulerer seg selv, kan man eie egne følelser og tanker. På den måten får man et mer stabilt selvbilde. Det å ha god vitalitetsaffekt gir bedre selvregulering, og på den måten takler man bedre uheldige hendelser i livet (Hartmann 2000).

3.4 Affektinntoning

Affektinntoning blir sett på som livsnerven. Alle komponentene i selvet må fungere for at inntoning skal være riktig. Inntoning er et barn opplever gjennom livet, er avgjørende for barnets vitalitetsaffekter og affektregulering senere i livet (Haugsgjerd et al. 2009). Det å inntone seg riktig, handler om å være følelsesmessig samstemt med den andre, bli møtt der man er, og komme i kontakt med egne følelser. En terapeut må hele tiden innrette seg i forhold til hvor pasienten er i forløpet. Har man en svikt i affektinntoning, kan man miste kontakten man har med egne følelser, og bidra til affektforstyrrelser i voksen alder (Urnes 1997). Det finnes fire typer negativ inntoning for barn:

Manglende inntoning: Dette betyr at man ikke blir møtt ut ifra de ulike følelsene et barn har både innad og utad. Det kan igjen føre til at barnet føler seg annerledes og alene. I et hjem hvor et barn ikke blir regulert, ender det opp med at barnet ikke vet hvordan man skal fungere i et samfunn. Barnet kan lage sin egen logikk og egne sosiale regler (Urnes 1997).

Selektiv inntoning: Her blir man møtt ved en ønsket atferd, hvor det stilles spesifikke krav og forventninger til barnet. Et eksempel kan være et krav i en familie om at det ikke er lov til å gråte. Deler av barnets opplevelsesverden og følelser må hemmeligholdes, som kan

føre til at barnet opplever en tomhet. Barnet kan utvikle et «falskt selv», siden det ikke viser hele seg, men bare det som sees som akseptert (Urnes 1997).

Feilinntoning: Barnet møtes med en uforutsigbarhet, som ikke samsvarer med de følelsene barnet viser. En dag kan være helt ulik den neste, og dette gjør at et barn kan skape et «skjult selv» for å beskytte seg fra hva som vil møte en. Barnet kan ta valg ut ifra hva som er tryggest for barnet i selve situasjonen (Urnes 1997).

Overinntoning: Barnet blir møtt for mye, og selvobjektet tar over barnets opplevelser og følelser. En person som opplever dette, kan bli usikker på seg selv og hva en selv vil. Dette kan igjen føre til at barnet havner på selvunderkjennelse på den grandiose polen (Urnes 1997).

3.5 Empati

Empati er et viktig begrep i selvpsykologien. Kohut mener at det er kun på den måten man får tilgang til den andre personen. Dette ved å spørre seg selv, «hvordan ville jeg ha følt det om det var meg?» (Haugsgjerd et al. 2009). Kohut snakker ikke bare om empati som et terapeutisk virkemiddel, men også som en mellommenneskelig mekanisme. Man må kunne se seg selv utenfra og andre innenfra. Når man som terapeut skal snakke med pasienten, må man kunne oppleve pasientens følelser og smerter, men samtidig stå utenfor. Dette for å ha kontroll på sine egne følelser, samt for å kunne være til støtte for pasienten, uten at egne følelser kommer i veien. Man kan ikke være sikker på at den andre føler slik som vi selv gjør. Kohut mente at empati har en legende virkning, uavhengig av hvordan det blir tolket (Hartmann 2000).

3.6 Motstand

Motstand er et sentralt begrep i selvpsykologien. Det kan sees på som bevisst tilbakeholdelse av informasjon. Dette for å beskytte seg mot tidligere hendelser og traumer. Kohut sier at man må være oppmerksom på at dette ikke er motstand mot bedring eller det å bli frisk, men det er motstand mot å faktisk bli retraumatisert av tidligere hendelser. Derfor kan man se på det som en beskyttelsesstrategi (Hartmann 2000).

4.0 Empiri

Jeg har vært sykepleier i 10 år, og gjennom disse årene har jeg vært observatør til ulike situasjoner, hvor pasienter ikke har blitt møtt på en slik måte de burde ha blitt møtt på. Derfor kommer det et narrativ om en bestemt pasient jeg har møtt/observert i praksis. På den måten kan jeg se på hvordan man best mulig kan møte denne pasienten, for å ivareta hennes velvære og trygghet.

I tillegg beskyttes konfidensialitet på en betryggende måte og i henhold til gjeldende etiske retningslinjer, da ting er utelatt for at det ikke skal kunne forstås hvem pasienten er. Alder, navn og sykehjem er selvfølgelig ikke nevnt, samt andre sykdommer og hendelser er utelatt.

4.1 Narrativ

Gunvor er i 80-årene, og hun bor i dag ved en langtidsavdeling på et sykehjem. Hun brakk ankelen sin for en del år tilbake, og dette førte til at hun ikke lenger kunne bo hjemme med sin ektemann. Grunnet mangel på fysioterapi, mistet hun sin gangfunksjon etter ankelbruddet. Dette førte til at hun ble «fastlåst» i sin stol. Gunvor har slitt med angst helt fra barndommen av, noe som har kommet frem fra tidligere samtaler med psykiater. Når hun nå ikke lenger kan gå, har angsten eskalert.

Gunvor er gift med Martin, og sammen har de 2 sønner og 1 datter, samt 2 barnebarn. Datteren og barnebarna bor i nærområdet, mens sønnene bor et stykke unna. Hennes ektemann og datter har tatt vare på henne i flere år, med litt hjelp fra hjemmesykepleien. Da Gunvor fikk plass ved sykehjemmet, begynte mannen hennes å besøke henne to ganger om dagen. Mellom besøkene ringer Gunvor både mannen og datteren sin ofte, og da lurte hun på om de kan komme nedover igjen. Datteren kommer på besøk hver eneste dag, da Gunvor sin angst er av en slik karakter at hun ikke klarer å være alene. Gunvor mener at det kun er datteren som kjenner og forstår sin mor fullt ut. Det ene barnebarnet er også ofte på besøk, samt at Gunvor i tillegg ofte ringer barnebarnet. Informasjonen om alle telefonsamtalene kom frem, ved at datteren har hatt flere samtaler med avdelingsleder om akkurat dette. Alle telefonsamtalene kan være ganske krevende for alle Gunvors pårørende.

Gunvor har som tidligere nevnt, slitt med angst siden barndommen, men etter at hun kom på sykehjemmet har den økt betraktelig. Hun klarer av den grunn nesten ikke å være alene i det hele tatt, og om hun skal forsøke å være det, må døren inn til rommet hennes stå helt åpen. Angsten hennes fører til at det kan komme noen ord som ikke alltid er like hyggelige for personalet som jobber der, men hun forklarer alltid etterpå at det er angsten som «prater».

Gunvors angst har ført til at hun bare sitter i stolen sin inne på rommet sitt, og hun greier ikke å ligge i sengen sin heller, da hun føler seg helt fastlåst. I tillegg har Gunvor kraftige smerter, som fører til at hun må ta sterke medikamenter. Dette har ført til at hun er jevnlig obstipert. Dette resulterer i at Gunvor føler at hun må på toalettet flere ganger gjennom døgnet. På grunn av obstipasjonen har hun fått hemoroider, og dette medfører at Gunvor føler en ekstra avføringstrang. Angsten for å ikke komme seg tidsnok på toalettet er veldig tilstedeværende, da pleierne ofte ikke kommer raskt nok når hun trenger hjelp. Flere ganger har det gått opp mot 30 minutter før de kommer for å hjelpe henne, noe som er observert av meg. Da begynner Gunvor å rope på pleierne, for at de skal komme raskere. Dette har foregått over lengere tid, og det virker som om hele situasjonen har eskalert til hen at Gunvor ikke får den hjelpen hun har rett på. Grunnet ropingen, har Gunvor nå begynt å motta trusler fra enkelte pleiere. Truslene består i at døren blir lukket helt igjen, dersom hun ikke slutter med ropingen. Jeg har observert dette, og sett hva det har gjort med Gunvor. Det virker som om hun har mistet mye av livsgnisten, ved at hun opplever å bli enda mere angstpreget grunnet slike situasjoner.

Videre har avdelingen bestemt at hun kun får på toalettet, med avføring, en gang pr. natt, da det er belastende for pleierne som er på jobb. Dette har gjort Gunvors situasjon enda verre, da hun er redd for å få avføringstrang på natt, og kanskje oppleve å ikke få tillatelse til dobesøk. Hennes søvn blir også påvirket. Den økende angsten grunnet toalett-situasjonen, har vært en stor belastning for Gunvor, og hennes familie. Dette har ført til at Gunvor i stedet ringer til sin mann og sin datter for hjelp, uansett tid på døgnet. Det har vært forsøkt med flere dialoger med avdelingen, uten tegn til bedring etter hva jeg har observert. Så hvordan kan man møte Gunvor på en selvpsykologisk måte, slik at hun opplever å bli møtt i forhold til sin angst?

5.0 Diskusjon

5.1 Selvet og selvobjekter

De alle fleste eldre som har angst, har tatt med seg dette inn i alderdommen (Engedal 2000). Man kan med sikkerhet si at Gunvor har grunnet hendelser fra barndommen av, utviklet angst. Dette kan man si, siden det har blitt diagnostisert av en psykiater. Hun har klart å leve med det til en viss grad gjennom livet, grunnet familien. Nå når hun har havnet på sykehjemmet har dette eskalert til den grad, at det er et stort problem for Gunvor. Det å flytte på sykehjem, med alt det innebærer, som nye mennesker å forholde seg til og nye rutiner, kan være vanskelig for alle mennesker (NHI 2015). Alt dette kan ha påvirkning på hvordan selvet til Gunvor er. Kohut mente at alle er født med et selv, som utvikles i samspill med andre (Urnes 1997). Det vil si at alt et menneske opplever gjennom et liv, har påvirkning på hvordan man er som person. Det Gunvor har opplevd i livet sitt fra barndommen av, kan ha hatt påvirkning på hvem hun er nå.

Ut ifra narrative vet man ikke hva som har skjedd i barndommen til Gunvor, bare at dette har ført til at hun har utviklet angst. Dette kan ut ifra selvpsykologien tyde på at Gunvor ikke har et selvsammenhengende selv. For å ha et selvsammenhengende selv, må alle de tre polene i selvet fungere. Det grandiose selvet handler om å kunne elske seg selv, og ha sunn tro på seg selv og egne verdier og evner (Karterud 1997). Det kan tenkes at Gunvor heller mot selvunderkjennelse på denne polen, og dette økte i omfang da hun ble «fastlåst» i stolen på sykehjemmet. Nå kan hun ikke opp å gå, og hun får ikke gjort de tingene hun vanligvis alltid har kunnet gjort selv. Dette vil ha stor innvirkning på det grandiose selvet, da det kan bli vanskelig å ha tro på seg selv, og egne verdier og evner.

De tre polene i selvet, har samhørighet med det man kaller selvobjekter. Dette fordi mennesket har behov for å føle seg hel, verdifull og forstått i nære relasjoner (Karterud 1997). Med tanke på det grandiose selvet, så har det samhørighet med det speilende selvobjekt (Karterud 1997). I og med at Gunvor er «fastlåst» i stolen, og får bare på toalettet en gang på nattestid, er det viktig som et speilende selvobjekt, og akseptere og bekrefte de følelsene Gunvor sitter med. Det at Gunvor føler seg sett og får bekreftet sine følelser, vil kunne øke det grandiose selvet hennes. Det vil kunne skje selv om hun er «fastlåst» i stolen sin.

Deretter har man det idealiserte selvet, som handler om å bli sett, hørt og noen å ha trygghet og tillit til den betydningsfulle andre (Karterud 1997). I Gunvor sin situasjon kan man si at mann og barn, er de idealiserte selvobjektene (Karterud 1997) for henne. De er der for henne hele tiden. Gunvor ringer til dem ved den minste ting, for det er disse menneskene hun har trygghet og tillit til, spesielt mann og datter. Derfor ville jeg ha jobbet for å skape en relasjon med Gunvor, for over tid å kunne bli en slik person for henne i tillegg til familien. På den måten kan familien få være familie, og ikke skulle hjelpe henne hele tiden. Det er viktig at pårørende får være pårørende, og ikke pleiere. Det må jobbes med å få til et tillitsbånd, som gjør at en kan få hjulpet henne på samme måte som familien.

Tilslutt har man det tvillingsøkende selvet, som samspiller med det tvillingsøkende selvobjekt, som handler om å bli bekreftet av noen som er lik deg, og gjenspeiler deg som person (Karterud 1997). Å skulle bli et tvillingsøkende selvobjekt for Gunvor er nok vanskelig, siden hun er pasient ved et sykehjem, og pleierne skal være profesjonelle arbeidstakere. Derimot om man hjelper til med å avlaste familien med de to andre selvobjektene, så kan familien få være denne støtten for Gunvor. Da det er tydelig at familien er veldig viktig for Gunvor, og Gunvor kan være seg selv. Det å ha gode og nære relasjoner gir selvsammenheng (Hartmann 2000). Her ville jeg ha samarbeidet med Gunvor og familien, for å komme frem til hva som er best for henne og de i rundt. Da blir det bedre for alle parter. Dette kan også bidra til at Gunvor klarer å regulere seg bedre ut ifra de ulike situasjonene hun havner i, og til slutt klarer å eie egne følelser og tanker. Dette kan gi et mere stabilt selvbilde (Hartmann 2000).

5.2 Inntoning

Alle tre komponentene i selvet må fungere for at inntoningen skal fungere, og affektinntoning blir sett på som livsnerven (Haugsgjerd et al. 2009). Ut ifra situasjonen til Gunvor som har angst etter hendelser fra barndommen, kan det tenkes at her må man være forsiktig med inntoningen. Det kan hende at Gunvor har vært utsatt for uheldig inntoning i barndommen, som gjør at hun har det sånn som nå. Inntoningen et barn opplever har alt å si for barnets vitalitetsaffekter og affektregulering senere i livet (Haugsgjerd et al. 2009). Er det en svikt i affektinntoning, kan man miste kontakt med egne følelser, og bidra til affektforstyrrelser senere i livet (Urnes 1997). Derfor kan det bety at Gunvor har

problemer med å regulere egne følelser, og derfor har utviklet angst. Ser man på barndommen som årsak til at Gunvor har utviklet angst, kan det være at hun enten har utviklet et «falskt selv» eller et «skjult selv». Om hun har utviklet et «falskt selv», vil det si at Gunvor har blitt møtt med en selektiv inntoning. Det betyr at man blir møtt ved ønsket atferd, men det blir stilt krav om hvordan man eventuelt skal reagere (Urnes 1997). Er det et «skjult selv» hun har utviklet, er Gunvor møtt med feilinntoning. Det vil si at følelsene man viser kan møtes med uforutsigbarhet, og samsvarer ikke med følelsene man viser (Urnes 1997).

Disse uheldige inntoningene ville jeg hatt i bakhodet under samtaler med Gunvor. I og med at det til tider kan være vanskelig å ha samtaler med Gunvor, er det viktig å tenke på empati og inntoning i møte med henne. Dette kan være med på å trygge henne, og igjen gjøre det lettere for henne å åpne seg for meg når jeg prøver å prate med henne. For Gunvor kan det være viktig å bli møtt på følelsene sine, og at noen hører på henne. Blir hun møtt med det motsatte, som at man ikke har tid eller anledning til å høre på henne, kan dette forverre relasjonsbyggingen. Dette vil si en manglende inntoning (Urnes 1997), da hun ikke blir møtt. Blir Gunvor møtt med selektiv inntoning, som at hun ikke får lov til å reagere på den måten hun ønsker, kan det bidra til at hun lukker seg enda mer. Dette kan også skje om det minner henne om situasjoner fra barndommen. Det gjelder også om Gunvor blir møtt med feilinntoning. Det kan også være en situasjon som ofte oppstår ved sykehjem, grunnet at flere pleiere har ulike oppfatninger av hvordan ting skal være og hvordan det skal gjøres. Det er også viktig at Gunvor ikke blir møtt med en overinntoning. Noe som vil si at man blir møtt for mye, og selvobjektet kan ta over opplevelsen og følelsene man har (Urnes 1997). Derfor er det viktig om Gunvor åpner seg for noen, og har noe å prate om, at ingen tar over hennes fortelling. Her ville jeg ha latt henne prate helt ferdig om det hun ønsker å fortelle.

I relasjonsbyggingen med Gunvor kan det være vanskelig å vite hvordan man skal inntone seg inn etter hva som gir best utfall. Her ville jeg prøvd meg frem, og sammen med Gunvor kommet frem til hva som er best for henne. Ut ifra narrative kan det tenkes at det vil være best for Gunvor om man er hensynsfull, med tanke på følelsene hennes og tankene hun har. Her ville jeg ha satt meg ned og hørt på henne, og bekreftet og anerkjent henne. Man oppleves empatisk om man viser at man forstår hennes opplevelse og tanker. Når Gunvor får perioder hvor hun kan rope til pleierne og si ting som ikke alltid er like

pent, er det viktig og heller forklare rolig til henne at sånn gjør man ikke. Man må vise at man har forståelse for frustrasjonen hennes. Man bør ha en positiv holdning og vise henne respekt. Det er viktig å ta angsten hennes på alvor, og i allefall ikke komme med trusler. Jeg ville ha opparbeidet meg kunnskap om de ulike psykiske lidelsene som kan oppstå på sykehjem, slik at jeg bedre kan møte pasientene der de er. Dessverre er det lite kunnskap på sykehjemmene ifølge Malmedal (2018). Det er viktig å følge Gunvors tempo og møte henne der hun er. Jeg ville ha brukt den tiden som trengs, for å bygge en relasjon med Gunvor. Om man sammen med henne jobber mot en enighet og har et godt samarbeid, vil det bli resultater ut av det. Dette vil også tilslutt ha innvirkning på familien, da Gunvor kanskje heller retter seg mot pleierne når det er noe som er galt, i stedet for å ringe familien for å spørre om hjelp.

5.3 Vitalitetsaffekt

Å snakke om hva som gir vitalitetsaffekt, er kanskje en av de viktigste redskapene i relasjonsbygging. Vitalitetsaffekt er de gode følelsene i livet, som forelskelse, og det å ha gode og nære relasjoner gir bedre selvsammenheng (Hartmann 2000). Dette kan jeg som terapeut bruke som en faktor i relasjonsbyggingen, ved å snakke med Gunvor om familien. Det er familien hun ringer til når det er noe som er galt, og hun føler at hun ikke får hjelp ved avdelingen hun bor.

Dette kan være vanskelig for Gunvor i starten, da hun ikke har gode erfaringer med relasjonsbygging med pleierne ved avdelingen. Hun føler bare på motstand fra pleierne, som igjen kan føle motstand fra henne. Motstand kan sees på som bevisst tilbakeholdelse av informasjon, og noe man gjør for å beskytte seg mot tidligere hendelser og traumer. Kohut sier også at man må være oppmerksom på at dette ikke er motstand for bedring, men en beskyttelsesstrategi fra å bli retraumatisert (Hartmann 2000). Her kan det tenkes at Gunvor ikke klarer å åpne seg i starten av samtalene med pleierne, for da å beskytte seg mot retraumatisering. Da hun kan være redd for nye trusler fra pleierne, som «hvis du ikke slutter å rope, så lukker vi døren din». Dette er noe av det verste som kan gjøres mot Gunvor, da hun kan få betydelig mer angst i en slik situasjon. Dette kan igjen gi angstanfall, som kan gi en sterk grad av invalidisering og isolering (Eskeland 2017). Dessverre er det ifølge Malmedal (2018) «vanlig» med utilstrekkelig pleie og omsorg, og da psykisk vold som trusler.

Som nevnt over, kan man snakke med Gunvor om emner som gjør henne glad. Familien til Gunvor er viktig for henne, så hva med å snakke om ektemannen? Jeg ville ha snakket om når de giftet seg, og om barna de har fått, og gjerne spurt litt om barnebarna. På den måten kan det også hende at Gunvor glemmer seg litt, noe som kan være med på å redusere angsten hennes. Jeg ville stilt spørsmål som: «Hvilke følelser har du når du er sammen med familien din?», «Hvilke andre opplevelser gir deg den følelsen du har, som når du er sammen med familien din?», «Hvem trives du sammen med?», «Hva gir deg glede?». Dette er åpne spørsmål, som gir svar på relasjonene som gir vitalitetsaffekt. Det er viktig å ha kontakt med egne følelser, slik at man kan unngå følelsen av tomhet. Her kan man heller jobbe mot følelsen av håp og selvsammenheng.

Videre ville jeg ha snakket med Gunvor om hva som er viktig for henne, nå som hun bor på sykehjem. Ifølge Haugan (2015) er pleier – pasient – interaksjonen av vesentlig betydning for pasienter på langtidsavdeling. På denne måten fremmes håp, mening og velvære. Dette er punkter som er viktig for å ha en god vitalitetsaffekt. Derfor er det viktig for pleierne ved avdelingen å skape en god relasjon med Gunvor, og at de sammen kan se på hva som er viktig for at hun skal trives. Hva liker Gunvor å gjøre på fritiden? Har hun strikket mye, og eventuelt om dette er noe hun ønsker å fortsette med? Dette vil gi relasjonsbygging, ved at man kan snakke om familie og livet til Gunvor, samtidig med at hun gjør aktiviteter hun har glede av. Dette kan bidra til gode relasjoner, og på den måten kan det kanskje bli mindre uro mellom pleierne og henne.

5.4 Empati

Ved å være empatisk, mente Kohut at det var den eneste måten å få tilgang til den andre personen (Haugsgjerd et al. 2009). Gunvor har det veldig vanskelig med tanke på angsten sin, og den er forsterket grunnet at hun er «fastlåst» i stolen sin. Ved å bruke selvspsykologien kunne man spurt seg selv «hva vil jeg ha følt om det var jeg som var «fastlåst» i stolen, og ikke kunne komme meg ut av den ved egen hjelp?». For å forstå Gunvor som menneske, så må man kunne oppleve hennes følelser og smerte, men samtidig stå utenfor. Jeg ville ha forsøkt dette i møte med Gunvor, for å bli oppfattet som empatisk, med tanke på hvordan Kohut beskriver empati. Ved at man står utenfor har man kontroll på egne følelser, samtidig som en kan være til støtte for Gunvor. For hvordan ville pleierne ha opplevd dette, om det var de som var «fastlåst» i en stol? Er det ikke naturlig å få

reaksjoner på dette? Om de kunne ha forsøkt å sette seg inn i denne situasjonen, og heller forstått at dette bidrar til økt angst. Kanskje pleierne ikke hadde kommet med trusler da. Jeg hadde heller satt meg ned ved siden av Gunvor, latt henne få gråte og fått ut sin frustrasjon. Man må ikke se på det som et angrep på pleierne, men at hun har utløp for sine frustrasjoner og smerter. Kanskje en ikke hadde møtt slik motstand hos Gunvor, da det kan være en beskyttelsesstrategi mot retraumatisering (Hartmann 2000).

Mennesker har ulike måter å reagere på hendelser i livet, og det å bli «fastlåst» i stolen har bidratt til økt angst hos Gunvor. Kohut sier at man ikke kan være sikker på at den andre føler det slik som vi selv gjør, men at empati virker legende uavhengig av hvordan det blir tolket (Haugsgjerd et al. 2009). Gunvor sin reaksjon på situasjonen hun befinner seg i, kan føre til at det ikke alltid kommer like hyggelige ord mot personalet. Dette kan bare være et rop om hjelp og håp om at noen kan vise empati, og det å få en bekreftelse fra omgivelsene. Det at noen andre enn bare familien ser at hun har det vanskelig, og det at noen andre kan høre på henne. For å vise empati trenger man ikke å prate med henne, men jeg ville bare ha satt meg ned og holdt henne i hånden. Har hun behov for å prate, så lar man henne prate, og deretter se om man kan bygge videre på det. Kanskje er dette nok til at hun finner roen, og føler seg sett? Dette kan være med på å trygge henne i en ellers så vanskelig hverdag. I tillegg til at det vil trygge henne, lærer hun andre å kjenne, samt at andre lærer å kjenne henne. Etter hvert vil man lære seg hva som er viktig for Gunvor, og hvordan hun kan trives og ha det godt. Dette må være målet, da empati vil være en forutsetning for god omsorg.

5.5 Forståelse og pleier – pasient – interaksjon

Hos eldre med angst, er det vanlig med mer diffuse symptomer som hjertebank, pustebesvær, svette, problemer med magen osv. (Fossan og Raaheim 2001). Gunvor har allerede problemer med magen, som nevnt i narrative, grunnet medikamenter. Kan det tenkes at angsten påvirker magen, slik at dette blir enda verre for henne? Her ville jeg tenkt over hvordan jeg ville ha møtt Gunvor med tanke på situasjonen. Det er allerede bestemt at hun får en gang på toalettet pr. natt. Dette vil over lengre tid bare forverre situasjonen, da magen vil forverres og angsten vil eskalere. Gunvor kan sitte med tanken «kan jeg på toalettet nå, eller må jeg vente?». Mageproblematikken vil forverres av dette, da Gunvor ikke får på toalettet når behovet er der. Det at Gunvor kun får på toalettet en gang pr. natt,

har hun ingen innflytelse på. Her ville jeg heller ha inkludert henne i bestemmelsen. Sammen kan man komme frem til den beste løsningen for alle. Det å inkludere Gunvor vil være med på å ivareta selvfølelsen hennes, da hun er med på planleggingen rundt seg selv. Det kan være med på å styrke selvet hennes. Ved å la henne være med å bestemme, viser man empati ved å lytte til henne og hennes følelser.

Gunvor opplever dessverre en del trusler ved avdelingen hun bor. Dette er noe som skjer ved flere sykehjem i Norge (Malmedal 2018). Trusler blir karakterisert som psykisk vold, og kan føre til økt angst. Gunvor roper på pleierne når de ikke kommer raskt nok, og noen ganger tar det alt for lang tid før de kommer. Er dette tidspress, eller er det unngåelse av henne? Det å unngå henne blir også sett på som psykisk vold (Malmedal 2018). Her er det vanskelig å vite hva som kom først av roping og trusler. Uansett er det ikke lov å komme med trusler til en pasient, selv om vedkommende kan være utfordrende. Ved alle sykehjem kan det være pasienter som er mer utfordrende og komme i kontakt med enn andre (Eskeland 2017). Her er det viktig at en pleier opptrer profesjonelt, og møter pasienten der han/hun er. Med Gunvor er det viktig å møte henne med empati og inntone seg etter henne. Dette kan være vanskelig, og forskning viser at det er for lite kunnskap om emnet rundt om på sykehjemmene (Malmedal 2018). Trusler skjer også ved sykehjem i andre deler av verden, som USA, og de viser til samme problematikk som i Norge. Det er for lite kunnskap, stort tidspress og stress (Dehart et al. 2009). For å skape en god pleier – pasient – relasjon, kan man sammen med Gunvor, sette opp punkter for hva som er greit og hva som ikke er greit (Eskeland 2017). På den måten får Gunvor bidratt med hva som er viktig for henne, og hun får en følelse av at man hører på hva hun har å si. Dette kan også trygge Gunvor, og over tid kan det skape en god relasjon. Man må ikke gi opp selv om det tar tid, da resultatet kan bli bra til slutt.

Ved å møte Gunvor der hun er, og skape et tillitsbånd med henne, vil det til slutt avlaste familien. På den måten blir familien, som nevnt tidligere, familie og ikke pleiere. Derfor ville jeg ha møtt Gunvor med forståelse og empati, og latt henne få ut frustrasjonen sin. Frustrasjonen hennes oppstår på grunn av situasjonen, og ikke mot pleierne generelt. Sammen kan man bedre situasjonen til Gunvor, og skape en god pleier – pasient – relasjon. Dette kan ha direkte effekt på pasienten, og da også med tanke på angsten (Haugan 2015).

Forskning viser at kunnskap, etikk, kommunikasjon og personsentrert – og identitetsbevarende omsorg er viktig for eldre pasienter ved sykehjem (Malmedal 2018). Ser man på ordene identitetsbevarende omsorg, kan det tolkes som at selvpsykologi er en god måte. Man jobber med styrking av selvet og skaper bedre selvsammenheng, noe Gunvor trenger i den situasjonen hun befinner seg i. Jeg ville trygget henne, og gitt henne følelsen av at hun blir hørt av andre enn bare familien. Siden det er nytt å bo på sykehjem for Gunvor, må de ulike behovene hennes kartlegges. Er hun sosial eller ikke, aktiviteter, sover hun godt o.l. Disse elementene vil være med på å gjøre oppholdet for pasienter på sykehjem best mulig (NHI 2018).

Angst kan behandles både psykoterapeutisk og medikamentelt (Engedal 2000). Ut ifra narrative, står det ingenting om medikamentell behandling av Gunvor. Derfor er det viktig å se på hvordan man kan hjelpe henne psykoterapeutisk, som det å benytte selvpsykologi. Det er bevist at det å ha samtaler med eldre mennesker har bedre effekt som behandling, enn det å bruke medikamenter (Engedal 2000). Derfor ville jeg ha brukt selvpsykologi, for å skape relasjon og samspill med Gunvor. I tillegg er søvn et viktig element for eldre, med tanke på angst. Lite søvn, gir økt angst (Engedal 2000). Istedenfor å gi Gunvor sovetabletter, ville jeg heller ha satt meg ned sammen med henne, pratet med henne og skapt en relasjon. Jeg ville ha forsøkt å få henne til å slappe av, og følt seg trygg nok til å sove uten hjelp av medikamenter. Dette er noe jeg tror kan oppnås ved å bruke selvpsykologi i møte med Gunvor.

6.0 Konklusjon med forslag til videre forskning

Målet mitt med denne oppgaven var å finne ut om selvpsykologi er en god måte å møte pasienter med angst ved sykehjem. Jeg har derfor brukt sentrale begrep av Kohut, til å diskutere hvordan jeg kan møte Gunvor i narrative. Det kan være flere gode måter å møte pasienter på, og derfor er det vanskelig å konkludere med at selvpsykologi er måten å møte pasienter på ved en sykehjemsavdeling, da det er lite forskning på dette området. Allikevel føler jeg at Gunvor hadde hatt utbytte av å bli møtt med en selvpsykologisk tilnærming.

Ved å jobbe med selvet til Gunvor, ser man at både barndommen og situasjonen nå, kan ha hatt påvirkning på hvordan Gunvor har det pr. dags dato. Derimot hvis man jobber med å

styrke selvet, ved å møte henne der hun er, bekrefte hennes følelser og tanker, samt la henne føle at hun er verdt noe, kan dette påvirke henne i positiv retning. Dette vil sammen med selvobjektene hjelpe henne mot et selvsammenhengende selv, hvor familien kan være tvillingsøkende selvobjekter som er henne lik. Når alle polene styrkes, vil også Gunvor som person styrkes. Dette kan være med på å redusere angsten, slik at hun klarer seg bedre i hverdagen, selv om hun er «fastlåst» i stolen sin nå. Derfor er det også viktig å tenke på hvordan man inntoner seg etter Gunvor. Her er det viktig å vise forståelse, og ha en positiv holdning, samt vise respekt. Det er også viktig å ta angsten hennes på alvor, og på den måten kan hun føle seg trodd og sett. Det er viktig å følge hennes tempo, og møte henne der hun er.

Videre er det viktig å sette seg ned å høre på henne, når frustrasjonen er som verst. Ikke komme med trusler, og unngå henne. Heller sette seg ned og la henne få snakke om det hun har behov for. Spør henne spørsmål hvis det passer, gjerne om familien, da dette er det gode i hennes liv. Hennes vitalitetsaffekt er det som gir henne grunn til å leve. Møt henne med empati, samt prøve og sette seg inn i hennes situasjon. Dette kan være vanskelig, men man kommer da lengre med å forstå henne som person, i hvert fall ved å anerkjenne følelsene hennes. Dette vil bli sett på som empatisk, og Gunvor vil ha lettere for å åpne seg ved senere anledninger. Alt dette vil være med på å styrke pleier – pasient – relasjonene, slik at man enklere får hjulpet Gunvor. På den måten får familien være familie, i stedet for pleiere.

Det finnes noe forskning på eldre mennesker på sykehjem og pleier – pasient – interaksjonen, og hva som skjer ved god eller dårlig interaksjon. Samt hvordan dette påvirker angsten hos eldre, og eldre med andre psykiske lidelser. Det jeg derimot finner lite av, er hvordan man kan hjelpe pasienter i en slik situasjon, og da med tanke på selvspsykologien. Derfor anbefaler jeg mer forskning på dette området. Det trengs mer forskning og kunnskap om utfordringer ved måling av psykisk helse blant eldre. Det er også nødvendig med mer forskningsbasert kunnskap om eldreomsorg, og om årsaker til psykiske plager og lidelser blant eldre (Langballe og Evensen 2011, 37).

7.0 Litteraturliste

Bergland, Ådel. 2013. «Trivsel i sykehjem – en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv». *Sykepleien*. DOI: 10.4220/sykepleienf.2013.0162

Dehart, Dana, Jennifer Webb og Carol Cornman. 2009. «Prevention of Elder Mistreatment in Nursing Homes: Competencies for Direct – Care Staff». *Journal of Elder Abuse & Neglect* 21:4: 360-378. <http://doi.org/10.1080/08946560903005174>

Engedal, Knut. 2000. *Urunde hjul – Alderspsykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

Eskeland, Kari Os. 2017. *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Fossan, Gudbrand og Kjell Raaheim (Red.). 2001. *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget

Hartmann, Ellen. 2000. «Fra drift til selv: konsekvenser for dynamisk psykoterapi». I *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*, Arne Holte, Geir Høstmark Nielsen og Michael Helge Rønnestad, red.; s.17-44. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugan, Gørill. 2015. «Langtidspasienter i sykehjem: Pleier - pasient - interaksjonens betydning for velvære». *Geriatrisk sykepleie* 2-2015: 22-33.

Haugsgjerd, Svein, Per Jensen, Bengt Karlsson og Jon A. Løkke. 2009. *Perspektiver på lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. 3.utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Helmers, Ann-Kristin B. 2018. «Sykepleiere gir pasienter beroligende midler på grunn av tidsnød». *Sykepleien*. Oppdatert 02.01.20.

Karterud, Sigmund. 1997. «Heinz Kohuts selvpsykologi». I *Selvpsykologi: utviklingen etter Kohut*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 13-28. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Langballe, Ellen Melbye og Miriam Evensen. 2011. *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Folkehelseinstituttet

Malmedal, Wenche. 2018. «Omsorg på vranga». *Tidsskrift for omsorgsforskning* 03/2018 (vol. 4): 307-316. <http://10.18261/issn.2387-5984-2018-03-13>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse (NAPHA). 2011. «395 000 med angst eller depresjon.» Oppdatert 14.desember, 2017. Lest 17.12.19
<https://www.napha.no/content/12825/395-000-med-angst-eller-depresjon>

NHI. 2018. «Innleggelse i sykehjem». Oppdatert 17.07.18. Lest 28.12.20
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>

Repål, Arne, Solbjørg Talseth og Eli Vogt Godager. 2004. *Angst. Del 1: Om angst – opplysning. Del 2: Om angst – selvhjelp*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning

Urnes, Ø. 1997. «Utviklingspsykologi og selvpsykologi». I *Selvpsykologi*, redigert av Sigmund Karterud og Jon T. Monsen, 64-89. Oslo: Ad Notam Gyldendal