

# BACHELOROPPGÅVE

Relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient i  
Psykiatrien

Korleis kan sjukepleiar ved relasjonsbygging møte ein schizofren  
pasient med positive symptom i døgninstitusjon?

av

Kandidatnummer 69  
Altijana Sabic

Relationship-building between patient and nurse in psychiatry.

Emnekode og namn: Bachelor i sjukepleie, Sk 152

Innleveringsdato: 13.04.2012

Tal ord: 6 995

Rettleiar: Mona Hamnes Christensen



## **Samandrag**

### **Tittel:**

Relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient i psykiatrien.

### **Bakgrunn for val av tema:**

Under min praksis i psykiatrien møtte eg fleire pasientar med positive symptom, og eg følte meg utilstrekkelig som ikkje kunne hjelpe. Det var vanskeleg å vite når ein skulle skjerme eller avlede, og kor nærme eg kunne gå pasienten. Det var mange element som måtte reflekterast over, og konsekvensane som kunne oppstå var viktig å ha med seg i tankane før ein handla. Denne kjensla av utilstrekkelighet gjorde at eg følte eit stort behov for å lære meir, og slik vart det naturleg for meg å velje dette temaet når eg skulle starte med bachelorskrivinga.

### **Problemstilling:**

Korleis kan sjukepleiar ved relasjonsbygging møte ein schizofren pasient med positive symptom i døgninstitusjon?

### **Framgangsmåte:**

Dette er ei litterær oppgåve der eg også har implementert mine egne erfaringar frå praksis. Eg har i tillegg nytta både ein kvalitativ og ein rct studie for å sikre mangfald og kvalitet i oppgåva.

### **Oppsummering:**

Når dei positive symptomta trer inn, kan det vere vanskeleg å vite kva ein skal gjere for å lette kvardagen til pasienten. For å kunne hjelpe pasienten best mogleg, er det viktig at ein har ein god relasjon som igjen skapar tillit. Eit av fundamenta i relasjonsbygging er kommunikasjonen som foregår mellom sjukepleiar og pasient, både den verbal og non-verbale, og det er heile tida grenser som skal takast hensyn til. Berøring kan såleis vere med på å enten gje omsorg eller det kan forverre symptom. Musikk- og miljøterapi kan også bidra til å skape trygge rammer for pasienten som igjen kan lette prosessen med relasjonsskaping og samstundes lette dei positive symptomta for pasienten

## **Summary**

### **Title:**

Relationship-building between patient and nurse in psychiatry.

### **Background to the choice of theme:**

During my practice in an inpatient unit at a psychiatric clinic, I met several patients with positive symptoms, and I felt inadequate not being able to help. It was difficult to know when one should shelter, or divert, and how close I could get to the patient. There were many elements that had to be reflected upon, and the consequences that could occur was important to keep in mind before taking action. This feeling of insufficiency made me feel great need to learn more, and so it was natural for me to choose this theme when I started writing this paper.

### **Topic question:**

How can a nurse through relationship-building meet a patient with positive symptoms in an inpatient unit at a psychiatric clinic.

### **Method:**

This is a literary task where I have also implemented my own experiences from practice. I have used both a qualitative and an rct study to ensure diversity and quality in this paper.

### **Summary:**

When the positive symptoms gets the upper-hand, it might be difficult to know what to do to ease the everyday life for the patient. In order to help the patient the best in the best possible way, it is important that one has a good relationship, which again will create trust. One of the most fundamental brick in relationship-building, is the communication that takes place between nurse and patient, both verbal and non-verbal, and there are at all times borders needed to to be taken into account. Touching can therefore contribute to either caregiving or it can deprive symptoms. Music- and environmental-therapy could also contribute to build safe

frames around the patient, that again can facilitate the process of relationship-building and at the same time ease the positive symptoms for the patient.

## Innholdsliste:

<b>1.0 Innleiing</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	6
1.2 Problemstilling .....	7
1.3 Avgrensing av problemstilling .....	7
<b>2.0 Metode</b>	<b>8</b>
2.1 Framgangsmåte og val av teori.....	8
<b>3.0 Teori</b>	<b>9</b>
3.1 Schizofreni.....	9
3.2 Kommunikasjon og relasjon.....	10
3.3 Fire grunnleggande perspektiv .....	11
3.4 Meistring og tillit.....	11
3.5 Joyce Travelbee.....	12
3.6 Nærleik, avstand og empati .....	12
3.7 Realitetsorientering .....	13
3.8 Musikk som metode .....	13
3.9 Miljøterapi .....	14
<b>4.0 Drøfting</b>	<b>16</b>
4.1 Å skape relasjonar .....	17
4.2 Anerkjenne den andre.....	17
4.3 Realitetsorientering som metode .....	19
4.4 Kommunikasjon som virkemiddel .....	20
4.5 Opplevingsfelleskapet .....	20
4.6 Med musikken som verktøy .....	22
<b>5.0 Styrke og veikskap</b>	<b>24</b>
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>25</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>26</b>

Vedlegg: 1

## 1.0 Innleiing

Schizofreni er den alvorligaste psykiske lidinga (Aarre, Bugge og Juklestad 2009, s. 58). Det er ein psykose der kontakta med realiteten er forstyrra. Livstidsrisikoen for å utvikle denne sjukdommen varierer mellom 0,3 % til ca 1 % (Norsk helseinformatikk). I Norge er det mellom 12 000- 16 000 personar som er diagnostisert med sjukdommen schizofreni til ei kvar tid. Det blir ramma mellom 600 – 800 personar kvart år, i tillegg er det mørketall (Nasjonalt folkehelseinstitutt 2007 Schizofreni).

Schizofreni byrjar tidlig i livet og har ofte eit kronisk forløp som gir nedsatt funksjonsevne og livskvalitet. Kva som er årsak til utviklinga av schizofreni er enda uklar, men på 1900-tallet kom Sigmund Freuds med ein analyse av Schreibers sjølvbiografi og Melanie Kleins teori om at sjukdommen skyldast fortrent homoseksualitet. Dette førte dei til omgrepet ”den schizofrenogene mor”. Dei meinte at mødrene var så fjerne, kalde og dobbeltkommuniserande at dette førte til at barna deira fekk utvikla schizofreni som eit psykologisk forsvar. Ein har no forlatt desse teoriane. Det er likevel påvist at visse alvorlige påkjenningar i barndommen, til dømes grov omsorgssvikt, mishandling og overgrep kan auke førekomsten av schizofreni. Det er også sikre funn på at det finst genetiske forhold som disponerar for schizofreni (Aarre m.fl. 2009, s. 62-63).

Pasientar innlagt i institusjon er ofte i ein sårbar livssituasjon, og dette stiller store krav til oss som helsepersonell. Vi må bygge tillit, møte det uforståelige og kjerna i god sjukepleie vil dermed vere kommunikasjon, omsorg og kyndig handling i møte med menneske som treng hjelp (Kristoffersen og Nordtvedt 2005, s. 141-142).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Schizofreni er den mest belastande og invaliderande av psykiske sjukdommar og det finnes ulike typar schizofreni, blant anna Paranoid Schizofreni som eg har valt å skrive om i mi bacheloroppgåve. Grunnen til at eg valde akkurat denne typen Schizofreni kjem av at eg møtte menneskjer med denne sjukdommen i psykiatripraksis, og opplevde dette som ein veldig interessant sjukdom. Samstundes fann eg det vanskelig å vite korleis eg skulle kommunisere

med dei på ein god måte for å dempe symptomata. Eg hadde derfor lyst å lære meir om relasjonsbygging og kommunikasjon med desse pasientane gjennom å skrive denne oppgåva.

## 1.2 Problemstilling

*”Korleis kan sjukepleiar ved relasjonsbygging møte ein schizofren pasient med positive symptom i døgninstitusjon”*

## 1.3 Avgrensing av problemstilling

Fleire kvinner enn menn vert ramma av psykisk sjukdom, men det er også forskjellar i kva diagnosar innan for psykisk helse som rammar dei ulike kjønna. Det er til dømes eit klart fleirtal av kvinner som vert ramma av anorexia, angst og depresjon. Når det gjeld schizofreni er det ulike meiningar. Medan nokre studiar viser at det er flest menn som vert ramma, viser andre ingen klare forskjellar (Folkehelseinstituttet 2011). På bakgrunn av at det ikkje er klart om flest kvinner eller menn vert ramma, har eg valt å ikkje avgrense utifrå kjønn i denne oppgåva, men eg har valt å avgrense oppgåva til vaksen alder.

Pasientar med paranoid schizofreni får som oftast medikamentell behandling, men vil til tross for dette ha periodar med både positive og negative symptom. I periodar med positive symptom kan medikament ha ein positiv effekt, men statistikk viser at dette gjeld berre 2 av 3. Eg har difor valt å ikkje fokusere på medikament i denne oppgåva då dette ikkje er direkte relatert til relasjonsbygging, sjølv om det kan lindre pasienten sine symptom (Bjørndal 2007).

Det er også mistanke om at hasjpsykoser kan framskynde schizofreni<sup>1</sup>, men eg har ikkje valt å gå inn på årsakar til sjukdomen, sjølv om dette kunne vore interessant sett i eit førebyggjande perspektiv.

---

<sup>1</sup> Hasjrøykarar med utbrot av schizofreni er i gjennomsnitt 24,6 år mot normalt 30,7 år utan hasj (Koldbye, 2008).

## 2.0 Metode

Ved å bruke litterær oppgave som metode, det vil seie at ein hentar materiale frå allereie eksisterande skriftlege kjelder (Magnus og Bakketeig, 2000, s. 37), får ein dybdeinnsikt og fleire meiningar om det temaet ein har valt (Dalland 2007 s. 80-81). Dette er den metoden som er mest hensiktsmessig når ein skriv ei oppgave om eit felt det allereie er forska mykje på (Dalland 2007, s. 82). Ein må også vere merksam på at i fagfelt der det vert forska mykje kan litteraturen raskt verte forelda, og litteraturen ein nyttar i ei litterær oppgave skal difor helst ikkje vere eldre enn 10 år gamal. Ein må også vere kritisk til å nytte sekundærkjelder då dette er ein annan forfattar si tolking av den opphavlege teksten (Dalland 2007, s. 81-83).

## 2.1 Framgangsmåte og val av teori

For å finne relevant litteratur, valde eg å sjå på pensumlista frå psykiatri og heimesjukepleie. Eg brukte nokre av desse bøkene og andre bøker som eg fann i Bibsys ved å søke på orda "schizofreni, kommunikasjon, relasjon og institusjon". Eg fekk også anbefalt bøker frå psykiatrisenteret der eg var i praksis. Av dei bøkene som er nytta vil eg særskilt nevne " *Fra kaos mot samling og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*" av Liv Strand som omhandlar korleis ein kan utøve sjukepleie til pasientar som er i ein dårleg psykotisk fase. Boka " *Mestring og relasjon*" av Kjell Magne Håkonsen set søkelys på mestring, samhandling og betydninga for relasjonen mellom sjukepleiar og pasient.

Eg har også nytta forskingsartiklar for å svare på problemstillinga. Desse artikkane fann eg ved å søke både på norske og engelske søkeord i databasar som Cinahl, PubMed, Academic search premier, Google og Helsebiblioteket. Artikkelen " *Communication Between People With Schizophrenia and Their Medical Professionals: A Participatory Research Project*" fann eg ved å søke i databasen Academic search premier med orda " *Schizophrenia + Communication + help*". Dette er ein kvalitativ studie, det vil seie at ein går i dybda på fenomen som ikkje let seg måle eller talfeste, i motsetning til ein kvantitativ som formar den innsamla informasjonen om til noko som er målbart (Dalland 2007, s. 82). Ved å søke i Helsebiblioteket med orda " *musikkterapi og schizofreni*" fekk eg 40 treff og av desse valde eg artikkelen " *Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders*" som er ein randomisert kontrollert studie (RCT). Eg nytta her sjekklister for å kontrollere kvaliteten på denne studien og fann at den var tilfredstillande god, noko som er viktig når ein nyttar RCT-studier.



## 3.0 Teori

### 3.1 Schizofreni

”Ordet schizofreni betyr opprinnelig et sinn som har gått i oppløsning, som har blitt fragmentert eller ”sprukket”, lik en vase som faller i gulvet”. Dette er eit gresk ord som vart introdusert i 1911 av Bleuler, som ein utdjuping av Kraepelins Dementia Praecox i 1896 (Rund 2006, s. 30).

Sjukdommen debuterer som oftast i 20-30 års alderen. For at pasienten skal få diagnosen schizofreni må ho ha vert psykotisk en eller anna gong. Det vil sei at ho må ha hatt hallusinasjonar, vrangførestillingar, formelle tankeforstyrningar eller åtferd som har vert svært kaotisk. Schizofreni er ein alvorlig psykisk sjukdom som omfattar fleire lidingar med felles symptom, som ofte har eit kronisk forløp og som gir nedsett funksjonsnivå samt livskvalitet (Aarre, Bugge og Juklestad 2009, s.58-64). Ein tenker då nedsett livskvalitet i form av utdanning, etablering av familie samt sosialt samvær med andre menneske. Personar med schizofreni blir ramma på dei sentrale kvalitetane eit menneske har, det er evna til tenking, følelsesliv, oppfatningsevna og sosial funksjon (Videbech, Kjølbye, Sørensen og Vestergaard 2010, s. 83). Positive symptom blir også kalla førsterangssystemptom fordi dei blir sett på som dei mest karakteristiske for denne sjukdommen. Dei illustrerer ein forstyrning i tankar og persepsjon, altså oppfatningsevna. Vedvarande hallusinasjonar med vrangførestillingar kan også vere ein definisjon på schizofreni sjølv om dette ikkje er førsterangssystemptom. Positive symptom er hallusinasjonar, vrangførestillingar, kaotisk adferd og tankeforstyrningar. Negative symptom er elementa som er trekt frå pasienten sin personlegdom (Videbech, Kjølbye, Sørensen og Vestergaard 2010, s. 85). Det kan til dømes vere følelsesmessig avflating, lite initiativ og engasjement og gledesløshet (Aarre m.fl. 2009, s. 58).

Paranoid schizofreni er den hyppigaste forma for schizofreni. Hovudsymptoma er vrangførestillingar, mest i form av forfølging. Desse pasientane har ofte psykotiske symptom slik som hørselshallusinasjonar der dei høyrer stemmer som er nedsetjande og som snakkar om pasienten i tredje person slik som ”ho er ond, dum og fortentar å dø”. Det skjer og at stemmene høglydt diskuterer alt pasienten tar føre seg. Vi kan objektivt konstatere at pasienten høyrer stemmer ved at vi kan høyre at ho diskuterer med dei (Videbech m.fl 2010, s. 86-87). Det å ha hørsels- eller synshallusinasjonar, føle seg overvaka eller forfølgt er skremmande og

belastande for pasienten. Mange pasientar prøvar å beskytte seg sjølv ved å overdøye stemmane ved bruk av musikk (Jordal og Repål 2009, s. 25).

Norske psykiatrarar har komt fram til at omgrepet sjukdomsinnsikt består av 3 ledd, å ta stilling til at ein er sjuk, forstå sjukdomen sin natur og forstå dei nødvendige tiltak. At pasienten har innsikt i alle desse punkta er vurdert som nødvendig for å få ein god og langsiktig behandling (NOU 2011:9 Økt Selvbestemmelse og rettssikkerhet. Helse og omsorgsdepartementet).

### **3.2 Kommunikasjon og relasjon**

Kommunikasjon kjem frå det latinske ordet ”Communicare” som betyr ”å gjøre felles”.

Gjennom ein slik prosess som handlar om å dele med kvarandre, skapar vi eit opplevingsfellesskap. Når vi brukar kommunikasjon delar vi våre egne opplevingar, erfaring og meining med den andre. Ei slik ramme er ei forutsetning for at vi skal kunne forstå kvarandre (Røkenes og Hansen 2006, s. 38).

Kommunikasjon kan vi dele inn i verbal og non-verbal. Den verbale kommunikasjon er det som vert sagt med ord, medan non-verbal er kroppspråk, toneleie, blick og ansiktsuttrykk. Det er ikkje berre pasienten sin måte å kommunisere på som er viktig, men også korleis vi som sjukepleiarar brukar ord og kroppsuttrykk (Eide og Eide 2008, s. 16 og 157). Joyce Travelbee skriv at kommunikasjon er eit middel for å nå interaksjonsprosessen sine 3 mål. Å lære å kjenne den sjuke, kartlegge den sjuke sitt behov for sjukepleie og til slutt oppfylle sjukepleia sitt mål og hensikt. For at ein skal klare å nå desse måla må den profesjonelle sjukepleiaren prøve å forstå pasienten si sjukdomsoppleving og erfaring. Når det i forholdet mellom to menneske har utvikla seg kvalitet og band, ein gjensidig oppleving av at ein betyr noko for kvarande er det snakk om at ein har skapt relasjon. Gode relasjonar er blant anna det som held våre liv oppe. På same måte kan gode relasjonar bringe opp liv som har falt saman. For å ha ein god relasjon må ein ha ein samhandlingsprosess som skapar tillit, tryggleik og ein oppleving av truverdigheit og tilknytning. Når samhandlinga fungerer bra, blir det utvikla ein god relasjon (Bøe og Thomassen 2007, s. 186 og 195).

### 3.3 Fire grunnleggande perspektiv

Dei 4 perspektiva som er grunnleggande i all kommunikasjon og samhandling er eigenperspektivet, andreperspektivet, det intersubjektive opplevingsfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Eigenperspektivet kan også kallast for ”min verden”. Vi ser verden frå vårt eige perspektiv, på bakgrunn av vår eigen erfaring, vår personligdom, våre haldningar og kunnskapar. Andreperspektivet er ”din verden”, det handlar om å forholde seg til andre si oppleving av verden. Det er viktig at vi som helsepersonell som jobbar med menneskjer finn pasientane der dei er og starte der. Det intersubjektive opplevingsfellesskapet kan vi og kalle ”vår verden”. Vi har no delt meininga og opplevingar med kvarandre, og vi arbeidar saman om å gjere fleire sider ved eigenverden meir felles. Desse tre perspektiva munnar ut i samhandlingsperspektivet som får oss til å forstå kva som skjer i samhandlinga og kommunikasjonen mellom oss. Menneskja har ein grunnleggande evne til kommunikasjon, og kan dermed kommunisere med andre menneskjer sjølv om språket og bakgrunnen ikkje er den same. Når andre menneskjer har fått med-delt vår oppleving og meining, skapar vi ei ramme for kommunikasjon som ein treng for å kunne forstå kvarandre. Samhandlingsperspektivet handlar om å forstå prosessen og relasjonar mellom partane. Vi treng då kunnskap om kommunikasjonsteoretiske omgrep og modellar, trening og evna til å reflektere (Røkenes og Hanssen 2006, s. 36-38).

### 3.4 Meistring og tillit

Å leve med ein kronisk sjukdom handlar om å takle ein kvardag som er annleis enn eit liv som frisk. Meistring handlar om opplevinga av å ha kraft til å møte utfordringar og ha følelsen av å ha kontroll over livet sitt. Aktiv og god meistring vil kunne hjelpe pasienten til å sjå forskjellen på det ein må leve med og det ein sjølv kan vere med å endre på (Vifladt, Egon H og Lov Hopen 2004, s. 58-61). Det er uansett viktig at vi ha ein grunnleggande respekt for pasienten sine reaksjonar. Pasienten viser kva ho legg i situasjonen og det er eit forsøk på å mestre (Håkonsen 1999, s. 130). Lazarus og Folkman (1980) skil mellom to hovudtypar av strategiar for å mestre situasjonar som vert opplevd som stressande. Desse er problemorientert meistring og emosjonelt orientert meistring. Eg vel å fokusere på sistnemnte. Emosjonelt orientert meistring handlar om strategiar som er med på å endre opplevinga av ein situasjon

framfor å endre sjølv situasjonen. Strategien går ut på å redusere ubehaget i situasjonen ved å dempe dei følelsane som førar til opplevinga av stress, eller ved å endre situasjonen sitt meiningsinnhald (Kristoffersen 2005, s. 216).

### 3.5 Joyce Travelbee

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”* (Travelbee 2011, s. 29).

Travelbee ser på kvart eit menneske er eit eineståande og unikt individ. Teorien sitt mål og hensikt er å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i dei erfaringane som følgjer med sjukdommen og lidinga. Travelbee sin teori handlar om å forebyggje sjukdom og fremje helse (Kristoffersen 2005, s. 26-27). Menneskje-til-menneskje-forholdet som eg har nemnt tidligare handlar om å gjere det mogleg å oppfylle mål om å hjelpe eit individ med å forebygge eller mestre sjukdom og liding. Men dette forholdet kjem ikkje av seg sjølv, det blir bygd litt og litt kvar dag. Det vil sei at sjukepleiaren må vite kva ho gjer, tenker, følar og erfarar. Ho må nytte all tilgjengelig kunnskap og innsikt (Travelbee 2011, s. 171-172).

### 3.6 Nærleik, avstand og empati

Sjukepleiaren må føle på og finne den rette balansen mellom nærleik og avstand og ofte hjelp det å vite kvar pasienten si grense vanlegvis går. Det er sjølv sagt likevel situasjonen der og då som er avgjerande (Strand 1990, s. 78-80). Fysisk avstand kan gi ulik bodskap. Den kan signalisere tiltru, tillit og varme, men kan også signalisere distanse og avsky. Vi deler avstand inn i 4 typar; intim, personleg, sosial og offentleg avstand. Dei ulike typane indikerer kor nært ein ynskjer at andre menneske skal komme innpå. Intim avstand er mindre enn ein halv meter. Personleg avstand varierer frå halv meter til omtrent ein og ein halv meter, dette er den avstanda vi vanlegvis har mellom oss og nære vennar og bekjente. Sosial avstand er mellom ein og ein halv til tre meter, mens offentleg avstand er avstand på meir enn tre meter. Denne

typen avstand gir signal om klar avstand sant liten opning for nærmare kontakt (Håkonsen 1999, s. 138-139). Empati betyr innleving. Det betyr å leve seg inn i ein anna person sin indre, subjektive oppleving både innholdsmessig og affektivt (Røkenes m.fl 2006, s. 159). Å bruke empati i kommunikasjon betyr å kunne lytte nøye og kommunisere tilbake si forståing både av sine egne opplevingar og slik ein oppfattar pasienten si oppleving. På denne måten formidlar vi eit budskap som seie ”vi er med deg; vi tar det du seie og opplever på alvor; vi ynskjer å forstå deg best mulig”. Men vi skal ikkje grave i ting vi ikkje har noko med, det kan forstyrre kommunikasjonen (Håkonsen 1999, s. 112).

### 3.7 Realitetsorientering

Realitetsorientering handlar om at ein skal forholde seg til realiteten og informere om verkelegheita. Det at sjukepleiar er tilstade for pasienten som ein relativt stø, ryddig og heil person vil hjelpe ein psykotisk pasient til å fremme hennar evne til å realitetsorientere seg. Det er på den andre sida viktig at sjukepleiar prøvar å forstå og akseptere korleis den psykotiske verkelegheita kan opplevast, slik at pasienten følar seg akseptert og tatt imot. Når ein psykotisk pasient seier at ho høyrer stemmer som ikkje er hyggelege kan ein på ein rolig og kontrollert måte fortelle pasienten at ”eg kan ikkje høyre stemmer eller opplever nokon her vil deg noko vondt”. Når hallusinasjonane ikkje er på sitt verste vil det kunne hjelpe pasienten med avleiing (Strand 1990, s. 109-110).

### 3.8 Musikk som metode

”Musikkterapi gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskeleg samarbeid mellom terapeut og klient” (Musikkterapi).

Vår emosjonelle respons på lyd og musikk grunnlag for vår reaksjon, om vi likar den eller om vi avvisar den. Talamus i midthjernen fungerer som ein port som bland anna gir informasjon om musikken blir oppfatta som ubehageleg eller farlig. Denne funksjonen blir påverka av augeblikket, av personlegdomen og minna våre og det er derfor vi reagerer ulikt på musikk. Derfor bør ein sikre seg trygge og støttande atmosfære dersom ein skal oppnå terapeutisk

verknad med musikk. Dersom pasienten blir utrygg kan dette føre til at ho framkallar alarmrespons i staden for lytterrespons, og dette vil da kunne blokkere all form for terapeutisk verknad av musikken.

Målet med denne type behandling vil ikkje primært vere å kurere lidinga, men heller at ein set mål innanfor ulike områder som til dømes kommunikasjon og avspenning (Hilliard 2004, siterat av Myskja 2011, s. 210). Mange pasientar med psykisk lidning synest det er vanskelig å kommunisere med andre. Då kan musikk bli ein fellesnemnar som utløysar eit fellesskap. Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell handlar som oftast knytt til behandling og omsorg, men vi har behov for også å legge vekt på kva som skjer inn i oss og korleis det påverka pasienten, kven vi er og kva vi vil formidle med vårt nærvær (Aasgaard 2001, siterat av Myskja 2011, s. 210). Pasientar med psykiske lidningar forstår lettar non-verbal kommunikasjon enn kommunikasjon ved bruk av ord (Ridder & Aldridge 2005, siterat av Myskja 2011, s. 210). Musikk kan ofte bli brukt til avspenningsferdigheit som pasientar med psykisk lidning manglar, det kan skape ro og dermed hjelpe pasientar til å få ro i kropp og sinn.

Forskarar har vurdert åtte studiar med til saman 483 deltakarar, der musikkterapi vart samanlikna med standard behandling, placebo, eller ingen behandling. Studien viste at musikkterapi i kombinasjon med standard behandling kan forbetre psykisk helse og at pasientar med schizofreni fungerer betre sosialt, sett at antall terapitimar er høgt nok og at terapien bli utført av kvalifiserte (Mössler, Chen, Heldal og Gold 2011).

### 3.9 Miljøterapi

Når pasienten har psykotiske periodar er det viktig at omgjevnadane er trygge, støttande og har faste og forutsigbare rammar. Miljøterapi handlar om å bruke miljøet på institusjonen til å fungere betre psykisk (Jordahl og Repål 2009, s. 176). Miljøet blir danna av personalet og pasienten ilag, samt av dei fysiske rammene rundt dette fellesskapet. Det fysiske miljøet rundt pasienten bør vere relativt avgrensa. Ein bør forsøke å dempe mengda stimuli, til dømes tv, radio og utsmykking av rommet (Strand 1990 siterat av Hummelvoll 2006, s. 433). Skjerming kan vere nødvendig når pasienten ikkje klarar å forholde seg til mange personar eller stimuli rundt seg. dette kan vere med å redusere indre uro, angst og forvirring (Hummelvoll 2006, s. 343).

Kontinuitet og regelmessigheit er svært viktig for at forholdet mellom sjukepleiar og pasient skal bli etablert og for at det skal utviklast i ei positiv retning. Det handlar om at pasienten skal oppleve å kunne stole og ha tillit til sjukepleiar. Utan dette vil ein ikkje kunne bygge bru, alt vil rase saman. Sjukepleiar må tilby regelmessig kontakt, ha tolmod og halde avtalar. Det kan ta tid og krev mykje av sjukepleiaren for at den schizofrene pasient skal oppleve trygghet og tillit (Strand 1990, s. 78-79).

## 4.0 Drøfting

I dette kapitlet vil eg drøfte teorien opp i mot casen for å prøve å finne svar på problemstillinga ”Korleis kan sjukepleiar ved relasjonsbygging møte ein schizofren pasient med positive symptom i døgninstitusjon?”

### Case/situasjon

I min psykiatripraksis kom eg opp i situasjonar som gjorde at eg vart usikker og redd for å seie noko feil som kunne såre pasienten eller føre til at det personalet hadde bygd opp ilag med pasienten plutselig skulle rase saman. Det var spesielt ein situasjon der eg ikkje visste heilt korleis eg skulle kommunisere og danne relasjon til pasienten for at ho skulle bli trygg på meg og ikkje bli redd av dei stemmene ho hørde. Det heile handla om ein kvinneleg pasient i slutten av 50-åra som har diagnosen paranoid schizofreni.

### Situasjon

*Ho har i mange år vert inn og ut av psykiatri senteret og er dermed godt kjent av personalet. I hennar barndom har ho vert utsatt for stor omsorgssvikt av begge foreldra, samt seksuelle overgrep av foreldra og andre i hennar nettverk. Ho har ingen mann eller barn, bur aleine og har lite sosialt nettverk. Ein dag hørde eg ho skrike ”ikkje drep meg”. Ho sat i stolen sin og kroppspråket hennar viste kor redd ho var samtidig som ho grein og skreik av sinne og redsel. Dette gjorde til at eg vart usikker på kva eg skulle seie og gjere, samtidig som eg visste at der ikkje var nokon i nærleiken som hadde eit ynskje om å drepe ho. Det eg gjor var å setje meg ned ilag med ho og ta ho i handa. Eg sa til ho ”det er ingen her som ynskjer å gjere deg noko vondt”. Eg fekk ingen blikkontakt, og ho fortsette å grine og skrike ut at det er nokon her som vil drepe ho. Det var vondt for meg å sjå kor redd ho var for noko som eg visste ikkje var realitet. Eg satt på litt musikk, for det visste eg at ho likte – det hjalp.*



## 4.1 Å skape relasjonar

Mange pasientar med schizofreni har manglande sjukdomsinnsikt på grunn av lav kognitiv innsikt. Kognitiv innsikt seier noko om pasienten si evne til å bedømme førestillingane, og det å anerkjenne feilaktige slutningar. Å ha sjukdomsinnsikt er av betydning for å få god behandling (UiO 2011). Pasienten eg møtte i praksis hadde sjukdomsinnsikt men klarte likevel ikkje å bedømme om hallusinasjonane var ekte. Miljøterapi handlar om at ein skal danne trygge rammer rundt pasienten, spesielt under positive symptom som ved hallusinasjonar. Eit miljø som er mindre flytande og uoversiktlig, samt relativt fattig på overraskande impuls vil vere med på å bygge opp eit godt terapeutisk miljø (Ingeberg, Tallaksen og Eide 2006, s. 202). Måten vi gjorde det på i praksis var at vi skjerma pasienten frå andre pasientar. Rommet ho hadde inneheldt få gjenstandar som var med på å dempa mengda stimuli og det var få av personalet som var innom om gangen. Dette var med på roe ned pasienten slik at ho kunne samle seg og bli tryggare.

Eg såg at pasienten hadde det vondt, at ho var redd og urolig, dei positive symptoma kom tydeleg fram gjennom hallusinerings og vrangforestillingar. Ho trudde ho skulle døy, og kroppsspråket hennar levna ingen tvil om at for ho var dette reelt. Travelbee (2011, s. 193) seier at empati handlar om å kunne leve seg inn i eller ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand. Det er ein prosess der den enkelte nesten umiddelbart klarar å oppfatte det den andre tenker og følar der og då. Ein tar då del i den andre sin sinnstilstand, ikkje slik at vi tenker og føler som ho, men at vi ser det ut i frå eit andreperspektiv.

Forskning viser at det er viktig at sjukepleiar er bevisst på bruken av kommunikasjon og har ein god relasjon med pasientar som har diagnosen schizofreni for å oppnå ei god behandling. Sjukepleiar bør setje seg inn i pasienten sitt synspunkt, samt opplevinga av tilvære (Schneider, Barbara, Hannah Scissons, Laurie Arney, George Benson, Jeff Derry, Ken Lucas, Michele Misurelli, Dana Nickerson og Mark Sunderland 2004, s. 563).

## 4.2 Anerkjenne den andre

Lauveng (2008, s. 52-53) skriv *"Når jeg så ulver, følte jeg meg liten og forsvarsløs og redd og ensom. Når jeg er liten og forsvarsløs og redd og ensom, ønsker jeg at noen skal ser hvordan*

*jeg har det, er sammen med meg, viser interesse, og, om mulig, gir trygghet og litt omsorg”.*

Her beskriv Lauveng korleis ho opplevde det å vere redd og kor viktig det er at nokon ser korleis ho har det.

Å ha ei anerkjennande haldning handlar om at ein skal vere lyttande og at ein skal bekrefte den andre sine følelmessige opplevingar på ein redelig og ekte måte. Dersom vi ikkje bekreftar og anerkjenner pasienten vil ho kanskje sitte igjen med ein følelse av å vere full av feil og føle seg utrygg (Røkenes og Hanssen 2006, s. 167). Eg anerkjente pasienten ved at eg sat meg ned ilag med ho og lytta til det ho formidla. Travelbee (sitert av Kristoffersen 2005, s. 31-32) seier at kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient er viktig for å sikre at tiltaka sjukepleiar set i verk er i samsvar med pasienten sine behov.

Ved bruk av nonverbal kommunikasjon vil ein ofte kunne formidle noko til den andre på ein tydeligare og sterkare måte enn ved bruk av ord. Å bruke beroligande berøring, å vere avslappa, naturleg og vennlig i stemma og bevegelsar er nokre døme på det som kan vere god nonverbal kommunikasjon dersom relasjonen vår er sterk nok (Brandley og Edinberg 1986, Egan 1986, Eide og Eide 1996, Burgoon mfl. 1996, sitert av Eide og Eide 2004, s. 156). Eg sat meg ned ved sidan av pasienten når eg såg at sjukdomstilstanden hennar var for mykje for ho å bære aleine, og tok ho i handa fordi eg ville vise empati og tryggleik med mitt kroppsspråk og berøring. Pasientar som er paranoide er veldig følsame for korleis personalet er i nærleiken av dei, og når personalet kjem for tett på kan dette virke svært belastande for dei.

Som eg skreiv i teoridelen har alle menneskjer ulike soner som seier noko om kor nært ein vil ha andre menneske. Då eg sat meg ned ilag med pasienten kom eg nær ho, ein plass mellom intim og personleg avstand, men ho trakk seg ikkje unna. Kanskje ho synest det var godt og trygt å ha nokon der. Sidan ho ikkje trakk seg unna valde eg difor også å ta ho i handa då berøring er ei form for kommunikasjon som er grunnleggande i livet. Betydinga av berøring kjem an på situasjon og samanheng, men mange opplever berøring som noko positivt sidan det skapar tryggleik, meining og bekreftelse (Arnold og Boggs 1989, sitert av Eide og Eide 2004, s. 169). Berøring blir ikkje alltid opplevd som positivt då nokon kan føle det som inntrenging i deira personlege og private sfære, og vil dermed vere eit brot på grensa ein har rundt seg. Generelt bør sjukepleiarar vere varsame med å berøre pasientar, dette fordi det kan skape angst og usikkerheit (Håkonsen 1999, s.137-138). Med tanke på overgrepa ho har vert utsatt for tidligare tenker eg at dette også er ein grunn til at eg bør vere forsiktig med å komme for nært,

spesielt fordi eg er ny og ho ikkje kjenner meg godt nok til å vite at eg er til å stole på. Som oftast vil ein måtte oppnå ein begynnande allianse for å kunne komme til. Schizofrene pasientar har ofte stor mistillit til omverden og dei "lukkar seg" slik at andre ikkje kjem so lett innpå (Strand 1990, s. 78). Når ein skal bruke berøring som kommunikasjon kjem mykje an på situasjonen og pasienten, ein må prøve seg fram. Har ikkje pasienten tillit vil det vere vanskelig å danne ein relasjon, og ein vil sannsynlegvis fått tilbakemelding om å trekke seg unna, enten i form av verbal eller non-verbal kommunikasjon. Som helsepersonell må ein alltid vere klar over at eins grunnleggande intensjonar og menneskeoppfatning vert formidla i sjukepleiesituasjonar. Dersom ein ikkje interesserar seg for den sjuke eller hennar situasjon vil denne mangelen på interesse verte formidla til pasienten uavhengig av kva ein faktisk uttrykker med ord. Slik vil pasienten også motsvarande reagere. Kommunikasjon kan såleis både såre og støtte bort pasienten (Travelbee 2011, s. 137).

### 4.3 Realitetsorientering som metode

Ved å aksepterte hennar fortviling og ved å ikkje prøve å overbevise ho om at ho tok feil eller overdriv hallusinasjonane såg eg ho utifrå andreperspektivet. Samtidig følte eg det var riktig å fortelle ho at eg ikkje kunne høyre stemmene som ho høyrte, altså realitetsorientere ho. Ein slik emosjonelt orientert meistringstrategi kan bidra till å redusere ubehag pasientar opplever under psykosar. Det er viktig at vi fortelje pasienten om det vi sjølv trur på, men at vi er forsiktige med å argumentere mot det pasienten seier og inngå diskusjonar om kven som har rett. I følge Strand (1999, s. 110) er det viktig at vi ikkje avviser pasienten si oppfatning som tull, men at vi presenterer vår eigen oppfatning av situasjonen på ein overbevisande måte. Det er ikkje alltid at realitetsorientering virka positivt på pasienten (Løkensgard 1995, s. 169).

Sjukepleiaren kan vere med å auke mestringsfølelsen på ulike måtar som til dømes å anerkjenne pasienten ved å gi støtte og lytte, gi råd samt bidra med eit realistisk perspektiv på kva som kan gjerast og kva som bør gjerast i pasienten sin situasjon. Sjukepleiar må også vise at ho er til å stole på slik at pasienten kan føle seg trygg (Eide og Eide 2004 s. 67). I enkelt situasjonar er det riktig å legge vekt på at vi realitetsorienterar, oppmuntrar og støttar pasienten, i andre situasjonar er det viktig å gi rom for at pasienten sine følelsar kan komme meir til uttrykk.

## 4.4 Kommunikasjon som virkemiddel

Kommunikasjon er noko av det viktigaste vi har når vi skal hjelpe andre menneske. Hjelpande kommunikasjon er anerkjennande, skapar tillit og tryggleik og formidlar informasjon på ein slik måte at det er med på å løyse problem. I tillegg kan det hjelpe pasienten til å meistre ulike situasjonar (Eide og Eide 2004, s.18 og 20). Det er ikkje nok å ha interesse, engasjement og medføling. Det er viktig at desse kvalitetane også bli gjenspeila i åtferda. Det vil seie at ein må *vis*e at ein er interessert, har engasjement og medføling når ein kommuniserer. Måten vi brukar stemma vår er viktig, det gir kommunikasjonen eit innhald ved sidan av orda vi brukar. Stillheit er eit svært sterkt kommunikasjonsmiddel og kanskje den største utfordringa når vi skal kommunisere med pasientane. Stillheit kan vi bruke som kommunikasjon på fleire måtar. Det gir både pasient og sjukepleiar tid til å reflektere, tolke det som føregår, gir tid til å reflektere over det ein har snakka om eller det som har skjedd. Denne kommunikasjonsforma kan setje pasienten i sentrum, det kan vere positivt, men ein må vere forsiktig slik at pasienten ikkje følar seg latterliggjort eller provosert.

Gjennom stillheit vil ein kunne formidle at ein har tid til å lytte og tid til bry seg om pasienten. Stillheit kan hjelpe pasienten til å opne seg for oss (Håkonsen 1999, s. 133). Det er ikkje nok å vite korleis ein skal kommunisere på ein profesjonell måte, men også når ein skal gjere det. Ein må vite når ein skal intervenere, når ein skal oppfordre brukaren til å prate, og når ein skal la pasienten få fred (Travelbee 2011, s. 141). Travelbee seier at ein meddelar ikkje noko personleg eller meningsfylt til ein annan person utan at ein er sikker på at ein ikkje blir ignorert, nedvurdert, avvist eller latterliggjort. I all samhandling med den sjuke pasienten vil ein få moglegheit til å bli betre kjent med pasienten som menneske og til å bestemme og ivareta hennar behov for pleie samt finne ei mening med den situasjonen ho er i. Det skjer gjennom etablering av eit menneskje-til-menneskje-forhold (Travelbee 2011, s. 135-137).

## 4.5 Opplevingsfelleskapet

Når vi samtalar med andre personar kan vi utvide opplevingsfelleskapet vårt slik at vi forstår betre den andre person sine meningar, tankar, følelsar og oppleving av situasjonar (Røkenes og Hansen 2006, s. 38). Her tenker eg det er viktig at vi som helsepersonell klarar å sjå

situasjonen frå både vårt eige og pasienten sitt perspektiv. Korleis vi tolkar situasjonen er avhengig av vår erfaring, personlegdom, handlingar og kunnskap. Dersom vi ikkje har nokon av desse eigenskapane vil det kunne vere vanskeleg for oss å setje oss inn i pasienten sin situasjon, å vise empati. Men sjølv om vi tolkar signala og prøva å sjå situasjonen frå begge sitt perspektiv og handlar deretter, kan det likevel skje at vi ikkje handlar rett. Eg visste ikkje kva som var det rette å gjere for pasienten for å hjelpe ho ut av situasjonen. Eg var nødt til å prøve meg fram, for ingen pasientar er like og dermed vil ingen handlingsalternativ vere lik på alle. Eg vurderte situasjonen, kva som kunne gå gale og kva som kunne gjere situasjonen betre, vurderte både positive og negative handlingsalternativa opp mot kvarandre og deretter handla eg. Å tenke igjennom før ein handlar har stor betydning i psykiatrien. Dersom ein ikkje tenker igjennom før ein handlar vil dette kunne føre til at alt som ein har bygd opp, fell saman. Samtidig kan det skje at ein kjem opp i situasjonar der ein ikkje har tid til å vurdere situasjonen og då må ein gjere det ein tenker er best der og då.

Når to personar møter kvarandre i ein relasjon kor den eine parten mottar hjelp frå den andre kan vi definere forholdet som asymmetrisk. For å redusere eller fjerne avstanden mellom oss sjølv og den andre som tar del i relasjonen er det viktig at vi anerkjenner den andre, at personen føler seg sett. Sjukepleiar er den som skal vere der for pasienten, ikkje omvendt. Travelbee seier at for at ein skal få riktig asymmetri er det viktig å ha ein empatisk forståing av pasienten sitt problem (Travelbee 1971, sitert av Krogh 2005, s. 31). Sjukepleiaren sitt behov for omsorg vert ikkje satt i fokus i dette sjukepleiar-pasientforholdet. Men samtidig meiner Travelbee (2011, s. 78 og 177-178) at sjukepleiar ikkje kan arbeide målretta dersom nokre av sjukepleiaren sine eigne behov ikkje vert tilstrekkelig bevisstgjort. Menneske-til-menneske forholdet blir ikkje etablert av kun sjukepleiaren, men også pasienten. Men sjukepleiaren har ansvar for å etablere og oppretthalde forholdet. I eit menneske-til-menneske-forhold vil pasienten bli oppfatta og behandla som eit unikt menneskeleg individ, ikkje som "ein sjukdom". For at begge skal bli oppfatta som individ kvar for seg, må ein sjå vekk i frå posisjon og status fordi dette kan vere ein barriere for menneske-til-menneske-forholdet. Altso kan eit individ bli oppfatta på grunnlag av tittelen sin, ikkje på grunnlag av det menneske ein er.

Ingeberg, Tallaksen og Eide (2006 s 184) skriv at dersom pasienten blir oversett eller får lite respons vil dette kunne føre til at ho får lavt sjølvbilde og ein brist i følelsen av meistring. Kontinuitet, regelmessig kontakt og å overhalde avtalar vert viktig for å skape tillit og trygge rammer for pasienten (Strand 1990, s. 78-79). Dersom vi ikkje kjem i dialog med pasienten vil

det kunne bli vanskelig å forstå pasienten sine indre tanka. Vi må ha eit fellesspråk for at vi skal kunne ha ein dialog. Når vår kommunikasjonskanal er avstengt eller i kvilemodus vil det vere nyttig å skape ein ytre tryggleik og redusere impulsar pasienten mottar. På denne måten kan pasienten samle sine krefter til å kunne skape ein indre tryggleik som kan gi oss ein tilgang til ein felles forståing (Ingeberg mfl. 2006, s. 184).

#### 4.6 Med musikken som verktøy

Det som kjenneteiknar musikkterapi er bruken av musikk som terapeutisk verktøy i behandling, lindring og rehabilitering av symptom og sjukdom innan blant anna psykiatri. Bruk av musikk er positivt i forhold til avleiing og symptomlindring. Musikk som pasienten pasienten vel sjølv kan redusere uro og styrke velvære (Myskja 2004). Om det er riktig å setje på musikk når ein pasienten er psykotisk kan variere. Nokon blir roligere av det, mens hos andre kan ein forverre situasjonen (Jordal og Repål 2009, s. 148). I denne situasjonen nådde eg inn til pasienten ved å blant anna bruke musikk. Utifrå mengda cd-ar på nattbordet tolka eg at pasienten likar musikk, av den grunn prøvde eg dette for å sjå om det hadde noko effekt og det hadde det på denne pasienten.

Musikk er ein sentral del av identiteten vår (Stige 2010). Når identiteten kan bli uttrykt gjennom musikkvalet og opplevinga, kan musikk spele ei viktig rolle for å kunne takle sjukdomen betre. Det er ein samanheng mellom bruk av musikk og avspenning, og følelsen av auka kroppsleg velvære og kontroll over eigen sjukdom. Musikk er individuelt og må veljast individuelt dersom det skal ha effekt på den enkelte (Kari Bjærke Batt-Rawden 2008). Feil bruk av musikk vil kunne virke nedlatande på pasienten og skape uro.

Å lytte til favorittmusikk kan fungere som ein motivasjon og inspirasjonskjelde til å gi livsstyrke og meining. For mange menneske er musikk eit terapeutisk reiskap for eigenomsorg. Musikk er som rus utan biverknadar, som vi brukar når vi har behov for det (Kari Bjærke Batt-Rawden 2008). Musikk kan vere til hjelpe ved psykose tilstandar fordi den kan formidle ein oppleving av det å kunne beherske verkelegheita hos pasienten. Musikken kan bli oppfatta som ein del av verkelegheita som ikkje vise seg til å vere truande eller fordi musikken kan vere med på å auke moglegheita for kontakt. Sjølv om det kun er nokon få tonar pasienten klarar å få fram, kan det ha stor betyding for pasienten sin svekka ”eg-følelse”.

(Myskja og Lindbæk 2000). Igjen er det viktig med trygge rammer rundt pasienten for at musikken skal kunne nå inn og ha ein beroligande effekt. Dersom det er mykje negativ stimuli rundt vil dette kunne føre til at pasienten blir meir stressa og ikkje vil kunne slappe av og ha god effekt av musikken. Sidan pasienten klarte å roe seg ned og late att auga tolka eg det som at ho treivt med musikken. I dette tilfellet tenker eg difor at det var rett å nytte musikken når pasienten hadde det vanskeleg. Det er likevel viktig å få fram at alle pasientar og situasjonar er ulike og at ein difor som sjukepleiar bør opptre reflektert, kunnskapsbasert og handle ut frå pasienten sitt beste, enten vi vel å nytte skjerming eller musikkterapi når pasienten har positive symptom.

## 5.0 Styrke og veikskap

I denne oppgåva har eg har fått med variert litteratur om temaet Schizofreni henta frå faglitteratur, pensumlitteratur, forskingsartiklar og fagartiklar. Dette meiner eg styrker oppgåva, særskilt då ein ser at mykje av stoffet går att i dei ulike kjeldene. Gjennom å nytte litteratur som eg ser andre forfattarar også henviser til, gjev det meg tillit til at litteraturen i denne oppgåva er relevant, akseptert og kunnskapsbasert. Eg valde også å ta med ein case i drøftinga då dette bidrog positivt til min skriveprosess, samt at eg meiner det gjer det lettare for lesaren å forstå heilskapen i oppgåva.

Boka til Liv Strand som er frå 1990, og boka til Kjell Magne Håkonsen frå 1995 har eg nytta fleire stadar i oppgåva. Desse bøkene er av eldre karakter, men eg har funne at dei framleis er gjeldande i psykiatrisk praksis då eg ser at andre og nyare forfattarar har refert til dei. Det at desse bøkene er av eldre dato kan sjåast som ein veikskap då ein helst skal nytte litteratur skrive etter 2002. Eg har også ved nokre høver nytta sekundærkilder der eg ikkje har klart å finne primærkildene. Dette ser eg også på som ein veikskap.

Eg har undervegs i denne prosessen kome over ein del materiale som eg ikkje har tatt med som kanskje kunne vert med på å styrke oppgåva. Det er også ein del spørsmål og tema som eg har funne interessante undervegs, men som eg ikkje har kunne gått nærare inn på grunna oppgåvas omfang.



## 6.0 Konklusjon

Ved å jobbe med denne oppgåva har eg funne ut at for å bygge ein god relasjon både i og utanfor institusjon, er det viktig å skape tillit, tryggleik og ein oppleving av truverdigheit og tilknytning. Kommunikasjon er ein viktig del av det å danne ein relasjon. Både det vi seier og det vi uttrykker med kroppen er av betydning. Berøring er også ein form for kommunikasjon. Berøring kan i mange tilfeller skape tryggleik og bekreftelse, mens andre gongar kan dette tolkast som intrenging i personleg og privat sfære. Sjukepleiar må prøve seg fram til kva som passar best i kvar situasjon. Ein kan også ha i mente at forholdet mellom sjukepleiar og pasient bør vere asymmetrisk, da sjukepleiar skal vere der for pasienten, ikkje omvendt.

For pasientar med paranoid schizofreni som er i ein psykose er det viktig at omgjevnadane rundt pasienten er trygge og støttande for at ein skal kunne skape ein god relasjon. Det fysiske miljøet rundt pasienten bør vere relativt avgrensa for å begrense stimuli. Når pasienten ikkje klarar å forholde seg til mange personar og mykje stimulig rundt vil det kunne vere nødvendig med skjerming, særskilt når pasienten har positive symptom. For nokre pasientar er musikk ein form for terapi som kan hjelpe dei til å finne roen i kropp og sinn når dei opplever kaos inni seg. Musikken kan og vere med på å skape eit fellesskap mellom pasient og sjukepleiar, som igjen kan styrke relasjonen mellom dei. Når pasienten har hallusinasjonar, høyrer eller ser ting som andre ikkje ser, er det viktig at vi forteller pasienten det vi sjølv trur på og er forsiktige med å argumentere mot det pasienten seier og heller ikkje inngå diskusjon om kven som har rett.

Eg tenker difor at for å kunne bygge ein relasjon, må sjukepleiaren ha god kunnskap om kommunikasjon då dette er ein av grunnsteinane i relasjonsskaping. God kommunikasjon kan skape tillit, som igjen vil vere med på å skape ein relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Ein slik relasjon kan nyttast for å introdusere pasienten til for eksempel musikkterapi når dei positive symptoma vert vanskelege å leve med.

## Litteraturliste

Bjerke batt-Rawden, K (2008) "Musikk – en aktivitet for helse og helbredelse". [Online].

Web-adresse: [http://www.musikk-kultur.no/nyesider/artikkel\\_1.asp?id=768](http://www.musikk-kultur.no/nyesider/artikkel_1.asp?id=768) [23.03.12].

Bjørndal, Arild (2007) "Medikamentell behandling ved schizofreni". [Online]. Web-adresse:

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/medikamentell-behandling-ved-schizofreni/> [06.04.12].

Bøe, Tore dag og Arne Thomassen (2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlag AS.

Dalland, Olav (2007). *Metode og Oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, Hilde og Tom Eide (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, Jan Kåre (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, Kjell Magne (1999). *Mestring og relasjon- psykologi med eksempler fra sykepleie*. Oslo: Universitetsforlag.

Ingeberg, Mette Holme, Dag Willy Tallaksen og Børge Eide (2006) *Mentale knagger – en innføring i psykisk helsearbeid*. Akribe AS.

Jordahl, Helge og Repål Arne (2009) *Mestring av psykoser*. Fagbokforlaget.

Koldbye, Charlotte (2008). *Hasjpsykoser framskynder schizofreni*. [Online]. Web –adresse <http://www.forskning.no/artikler/2008/mai/181247/print> [05.04.12].

Kristoffersen, Nina Jahren (2005). ”Stress, mestring og endring av livsstil” (kapittel 21, s. 206-270) I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug, (red). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo Akademisk.

Kristoffersen, Nina Jahren og Per Nortvedt (2005). ”Relasjonen mellom sykepleier og pasient”. (Kapittel 4, s 137-183) I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nordtvedt og Eli-Anne Skaug, (red). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo Akademisk.

Krogh, Gunn von (2005) *Begreper i psykiatrisk sykepleie*. Fagbokforlaget

Lauveng, Arnhild (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelens Forlag AS.

Magnus, Per og Leiv S. Bakketeig (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

Myskja A (2004) “ Kan musikkterapi hjelpe pasienter med nevrologiske sykdommer?” I: *Tidsskrift for den norske legeförening*. Årgang 124, Nr 24, s. 3229-3230.

Myskja, A og M Lindbæk (2000) ”Eksempel på bruk av musikk i klinisk medisin” I: *Tidsskrift for den norske legeförening*. Årgang 120, Nr 10, s. 1186-1190.

Mössler K, Chen X, Heldal TO og Gold C (2011) "Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders" PubMed. [Online]. Webadresse: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/22161383?dopt=Abstract> [22.03.12].

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2012). "Psykiske plager og lidelser". [Online]. Web-adresse: [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:42699::1:5647:32:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:42699::1:5647:32:::0:0) [05.04.2012].

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2007). "Schizofreni". [Online]. Web –adresse [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5565&MainArea\\_5661=5565:0:15,2343:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5565=5544:61140::1:5569:9:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2343:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:61140::1:5569:9:::0:0) [24. 2 2012]

Norsk forening for musikkterapi. "Hva er musikkterapi?" [Online]. Webadresse: [http://www.musikkterapi.no/hva\\_er\\_mus/](http://www.musikkterapi.no/hva_er_mus/) [24.02.2012].

Rund, Rishovd Bjørn (2006). "Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse" (Kapittel 1, s. 30-45). I Rund, Bjørn Rishovd (red). *Schizofreni*. Stavanger: Hertevig Forlag.

Røkenes, Odd Harald (2006). "Relasjonskompetanse og kommunikasjon" (Kapittel 1, s. 7-40). I: Røkenes, Odd Harald og Per Halvard Hanssen, (red.). *Bære eller breste*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Schneider, Barbara, Hannah Schissons, Laurie Arney, George Benson, Jeff Derry, Ken Lucas, Michele Misurelli, Dana Nickerson og Mark Sunderland (2004). "Communication between people with schizophrenia and their medical professionals: A participatory research project". I: *Quality health research*, årgang 14, nr. 4 s. 562-577.

Stige, Brynjulf (2010) "Musikkterapi og demens – musikk som samhandling og ressursmobilisering". I *Utposten*, nr 5 s 12-15

Strand, Liv (1990). *Fra kaos mot samling og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



Travelbee, Joyce (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

UiO: Institutt for klinisk medisin (2011). "Kognitiv innsikt og klinisk innsikt ved schizofreni". [Online]. Web-adresse: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/grupper/top/aktuelt/aktuelle-saker/2011/disputaser/disputas-john-engh.html> [09.04.12].

Videbech, Poul, Morten Kjølbye, Thorkil Sørensen og Per Vestergaard (2010). *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sykdomme*. København: FADL's Forlag.

Aarre, Trond F, Petter Bugge og Siv Iren Juklestad (2009). *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmonstad og Bjørke AS.

## Vedlegg 1 (Artikkelsøk)

<b>Databasar</b> 	<b>PubMed</b>	<b>Helsebibl.</b>	<b>Google</b>	<b>Cinhal</b>	<b>Academic searce premier</b>
<b>Søkeord</b> 					
<i>Schizophrenia communication patiet</i>	2487			76	321
<i>Schizophrenia communcation help</i>	147			16	34
<i>Psychosis communication nurses</i>	35			7	47
<i>Schizophrenia And relationship building</i>	80		8 450 000		4
<i>Musikkterapi og schizofreni</i>		40	1750		
<i>Musikk som medisin</i>		13	917 000		
<i>Musikkterapi</i>		49	116 000		
<i>Schizofreni og relasjon</i>		109	38 200		