



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 3

Antall ord: 7907

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Å oppgi den eksakte prosentdelen av personer med psykotiske tilstander i Norge vil være vanskelig, men det antas at det er mellom 1 -2 % i befolkningen som til en hver tid har en psykotisk tilstand. Ved min praksis på en psykoseavdeling ble nysgjerrigheten og interessen for å lære mer om tilnærming til psykose pasienter vekket. Jeg har gjennom praksisen lært mye om tilnærming, men det jeg synes har vært utfordrende er å kunne skape en god tillitsfull relasjon.

**Hensikt:** Den foreliggende studie har til hensikt å få økt kunnskap og utvide forståelsen om hvordan det er mulig å etablere en god kontakt med pasienter med en psykotisk tilstand.

**Metode:** Oppgaven er bygget på en systematisk litteraturstudie hvor det er brukt relevant forskning og litteratur til tema.

**Resultat:** Funnene i denne studien viser at for å oppnå en tillitsfull relasjon med en psykotisk pasient er tid en viktig faktor, men også kontinuitet i form av primærkontakter. For å kunne bygge opp et menneske – til – menneske – forhold som Travelbee beskriver, må sykepleier kunne lytte aktivt, på en empatisk måte. Videre funn viser også at sykepleier må kunne skape en balanse mellom nærhet og avstand til pasienten, og at hun har evnen til å møte pasienten der han er.

## **Abstract**

**Background:** To estimate an exact percentage of people with psychotic disorders in Norway will be difficult, but we can assume that between 1- 2% of the population is in a psychotic state at any given time. In my practice at a psychosis unit, I got curious and quite interesting about learning more about how to approach patients with psychosis. I've learned a lot, but I find it quite hard to create good trust and full realtions with the patients.

**Aim:** The present study aims to increase the knowledge and understanding of how it is possible to establish relations with patients who suffers from a psychotic condition.

**Method:** The study is built upon a systematic study of applied research and literature relevant to the topic.

**Results:** The finding in this study shows that you can achieve good relations with psychosis patients with factors like time and continuity in the form of a primary contact. To build a human – to – human – relationship like Travelbee describe, the nurse has to listen actively and be empathic. Further findings also show that the nurse has to create a balance between proximity and distance to the patients, and also be able to meet the patient where he is.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.2.1 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.3 Oppgavens disposisjon.....	2
<b>2.0 Teoridel</b> .....	<b>3</b>
2.1 Teoretisk perspektiv .....	3
2.1.1 Menneske – til – menneske – forholdet.....	3
2.2 Hva er en psykotisk tilstand? .....	5
2.2.1 Symptomer.....	5
2.3 Å innelde en relasjon til .....	6
2.4 Tilnærming til pasienter med en psykotisk tilstand.....	7
2.4.1 Empatisk kommunikasjon.....	8
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>10</b>
3.1 Hva er metode.....	10
3.2 Litteraturstudie som metode.....	10
3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode.....	11
3.4 Litteratursøk .....	11
3.5 Kildekritikk .....	13
3.6 Etske aspekter .....	13
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 Artikkel 1 .....	15
4.2 Artikkel 2 .....	15
4.3 Artikkel 3 .....	16
4.4 Artikkel 4 .....	16
4.5 Artikkel 5 .....	16
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>17</b>
5.1 Å se den psykotiske pasienten.....	17
5.1.1 Realitetsorientering.....	18
5.2 Trenger tid for å oppnå tillit.....	19

5.3	Aktiv lytting .....	20
5.4	Kontinuitet .....	20
5.5	Relasjonsbygging er en prosess .....	21
<b>6.0</b>	<b>Avslutning .....</b>	<b>23</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å oppgi den eksakte prosentdelen av personer med psykotiske tilstander i Norge vil være vanskelig, men i følge Hansen (2008) er det mellom 1 -2 % i befolkningen som til en hver tid har en psykotisk tilstand. I løpet av de 200 årene psykiatrien har vært en vitenskap, har synet på psykoser skiftet flere ganger. Det råder fremdeles mye usikkerhet og motstridende oppfatninger om hvordan psykotiske tilstander oppstår, og hvordan de på en best mulig måte kan bli behandlet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). De blir også støttet av Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 97), ”Åpenhet og helhet – om psykiske lidelser og tjenestetilbud”, hvor det kommer frem at det fortsatt er manglende kunnskap om behandlingsmetoder som kan være effektive for de ulike pasientgruppene.

Kommunikasjon med personer med en psykotisk tilstand kan være krevende, og alle personer med en psykotisk lidelse er individuelle, og kan reagere forskjellig på måten en tilnærmer oss på. For å kunne oppnå en tillitsfull relasjon kreves bestemte måter å kommunisere på, og er noe som en aldri kan få nok kunnskaper om. Å oppnå tillitsfulle relasjoner mellom sykepleier og personen med en psykotisk lidelse, kan også føre til at livskvaliteten hos de psykotiske pasientene bli bedret.

Å ha praksis på en psykiatrisk avdeling var noe som jeg vegret meg veldig til, fordi jeg ikke hadde noen erfaring innenfor dette fagområdet fra tidligere. Etter et par uker i praksis på en psykoseavdeling, innså jeg at det ikke var noe å vegre seg for. Nysgjerrigheten og interessen min for å lære mer om tilnærming til psykose pasienter ble heller vekket. Jeg har i min praksis på psykoseavdelingen lært mye om tilnærming, men det jeg synes har vært utfordrende er å kunne skape en god tillitsfull relasjon.

For personen med en psykotisk tilstand, kan tillit til pleier ha en veldig stor betydning for å kunne få et best mulig behandlingsopplegg. Å få i gang en god dialog der pasienten føler seg trygg er avgjørende for et godt samarbeid. Som pleier må en ha evnen til å kunne skape trygghet, og ved å opparbeide seg trygghet til en pasient, kan også pasienten oppnå tillit til pleier.

En slik kunnskap blir sett på som svært verdifull, i og med at psykiatri feltet sannsynligvis blir mitt fremtidige arbeidsfelt. Den foreliggende studie har derfor til hensikt å få økt kunnskap og utvide forståelsen om hvordan det er mulig å etablere en god kontakt med pasienter som lider av en psykotisk tilstand.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*”Hvordan etablere en tillitsfull relasjon til pasienter med en psykotisk tilstand?”*

### **1.2.1 Avgrensing og presisering av problemstilling**

Jeg har valgt og ikke skrive om en bestemt type psykotisk tilstand, i og med at når det er søkt etter litteratur er det mye rettet mot psykotiske tilstander og ikke en bestemt tilstand. Jeg har allikevel valgt å nevne de forskjellige psykotiske tilstandene, men på grunn av oppgavens lengde har jeg ikke fokusert noe mer detaljert inn på hver diagnose. Fokuset vil være på voksne pasienter over 18 år, og velger og ikke skrive om rustutløst psykose eller medikamentell behandling. Ønsker også å presisere at det blir fokusert på pasienter innlagt på en psykiatrisk klinikk.

## **1.3 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er delt inn i seks hoveddeler, innledningsdel, teoridel, metodedel, resultat og drøftingsdel, samt en avslutning. I innledningen blir det belyst valg av tema og problemstilling, samt avgrensing og presisering av problemstilling. I teoridelen blir det presentert valg av teoretiker, samt sentrale begrep og teori som belyser min problemstilling. I metodedelen blir det beskrevet hva metode er, hvilken metode som er brukt i denne studien, i tillegg til etiske aspekter og kildekritikk. Det vil også her blir begrunnet hvordan det er kommet frem til aktuell litteratur og forskning. I resultat og drøftingsdel kommer det frem funn som er gjort og diskusjon ut i fra dette. På slutten kommer det også en avslutningsdel med konklusjon.

## 2.0 Teoridel

### 2.1 Teoretisk perspektiv

Joyce Travelbee (2007, s. 29) definerer sykepleie (2007, s.29) som

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

En mellommenneskelig prosess menes med at sykepleie alltid dreier seg om mennesker, enten om det er direkte eller indirekte (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) skriver at kommunikasjon er en prosess hvor meninger eller budskap blir overført mellom individer, gjennom verbale og non – verbale uttrykkmidler. Travelbees (sitert i Eide & Eide, 2007) syn på kommunikasjon er først og fremst et verktøy til å opprette et menneske – til – menneske – forhold, og på den måten skal en bli kjent med pasientens behov og å hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet.

#### 2.1.1 Menneske – til – menneske – forholdet

Joyce Travelbee (2007) skriver om menneske – til menneske – forhold, og beskriver at dette kjennetegnes ved at både sykepleier og pasient er unike menneskelige personer som forholder seg til hverandre, og ikke blir sett på som ”sykepleier” og ”pasient”. Travelbee (2007, s. 41) skriver videre at

*”En vesentlig antakelse er at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske – til menneske – forhold”*

For å etablere en gjensidig forståelse og kontakt og i etablering av et menneske – til – menneske – forhold er det viktig at sykepleieren og den syke har gått gjennom fire sammenhengende faser.

Travelbee (2007) skriver at i *det innledende møtet* ser sykepleier og den syke trolig ikke på hverandre som to unike individer, men som ”sykepleier” og ”pasient”. Det er viktig at



sykepleieren klarer å bryte ned denne kategoriseringen slik at hun kan oppfatte mennesket i ”pasienten”. Observasjon og videre antakelser er viktige i det videre arbeidet for de danner et grunnlag for beslutninger som skal tas, og er med på å bestemme hvordan en skal opptre eller reagere.

I den andre fasen, *framvekst av identiteter*, begynner man å gå bort i fra forhold som ”sykepleier” og ”pasient”, men ser nå istedenfor på individet i sin helhet, og sykepleieren og den syke knytter seg nå mer til hverandre. I denne fasen begynner også grunnlaget for empati og gjensidig forståelse. For å kunne bidra til empati er det sykepleieres oppgave å vurdere forskjeller og likheter mellom sykepleier og den syke. En annen oppgave sykepleieren har er å bli bevisst i hvordan hun oppfatter den syke og hun må være i stand til å erkjenne det unike individuelle med det andre mennesket (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) skriver videre at *empati (tredje fasen)* er evnen til å lytte, til å ta del i og forstå den andres psykiske tilstand. Dette er en prosess der en tar del i den andres sinnstilstand, men ikke på den måten at en har samme følelser og tanker som den andre. En blir derfor stående som et objekt på utsiden. Empati kan derfor beskrives som en opplevelse av å forstå og knytte seg til den andre og oppleve *nærhet*.

Den fjerde og siste fasen, *sympati og medfølelse*, beskriver Travelbee (2007) at den enkelte i denne fasen er i stand til å forstå den andres plager. En tar altså del i den andres følelser og det oppleves medlidenhet. Dette kan virke utdypende og forsterkende for forholdet mellom sykepleier og den syke.

Gjennom de fire faser som Travelbee beskriver, skal det mellom sykepleier og pasient ha utviklet seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Denne fasen kaller Travelbee for, *the phase og rapport*. Rapport kan det sees på som en harmonisk eller sympatisk relasjon, noe som innebærer at de har en relasjon hvor det er en spesiell evne til å forstå hverandres følelser eller perspektiver. Travelbee mener dette er som en prosess som er basert på gjensidig tillit (sitert i Eide & Eide, 2007).

Travelbees faser kan vi også se igjen hos både Hummelvoll og Peplaus relasjonsorienterte sykepleieteorier, men antall faser, navn og innhold kan variere, men innholdet kjennes allikevel igjen.

## 2.2 Hva er en psykotisk tilstand?

Skårderud et. al. (2010) beskriver en psykotisk tilstand som at virkelighetsoppfatningen er forandret, også kalt realitetsbrist. Andre menneskers holdninger blir ikke lenger oppfattet på lik linje med andre, og i stedet kan alt virke fordreid, usammenhengende eller kaotisk.

Wilson & Kneisl (1996) (siteret i Hummelvoll, 2004) definerer psykose som en tilstand hvor den mentale kapasiteten til å oppfatte virkeligheten, forholde seg til andre mennesker og å kommunisere med andre personer er svekket. Å møte krav som livet stiller kan derfor bli vanskelig.

I henhold til diagnosesystemet ICD-10, deles psykosene inn i seks grupper, *schizofreni*, *schizotyp lidelse*, *vedvarende vrangforestillingslidelse*, *akutte og forbigående psykotiske lidelse*, *indusert vrangforestillingslidelse* og *schizoaffektiv lidelse* (Skårderud et. al., 2010). Grovt sett kan de deles inn i schizofrenier og paranoide psykoser (Snoek & Engedal, 2008). De hevder videre at årsakene til psykotiske tilstander ofte kan være lette å forklare og forstå, for eksempel ved ytre påvirkninger som, rus eller forgiftning, belastninger som har vært tunge for pasienten eller ved total isolasjon. Andre årsaker til psykose kan være ulike hjerneorganiske tilstander og somatiske sykdommer som fører med seg psykoselignende forvirringstilstander.

### 2.2.1 Symptomer

Schizofreni er den vanligste formen for psykose, men mange av symptomene som følger med ser vi også igjen i de andre gruppene (Snoek & Engedal, 2008). Videre hevder de at hallusinasjoner er svært vanlige blant psykotiske personer, og personen kan da se eller høre ting som andre ikke kan høre. Ofte er det de ser eller hører skremmende og bisarre. Hørselshallusinasjoner er det vanligste formen, og ofte kan stemmen som den psykotiske personen hører være krenkende og ha nedsettende budskap, noe som igjen kan føre til at pasienten blir paranoid. Noen ganger kan også pasienten oppleve at sansene blir forstyrret, som i form av at maten kan smake annerledes, eller at en får en opplevelse av å bli gassforgiftet. Huden kan også føles som nummen/stikkende (invadert av insekter). Tankene til den psykotiske kan også ofte gå i stå, ved at pasienten ikke klarer å fokusere på en ting, men tankene går hele tiden over i hverandre. Dette kan ofte føre til at det er vanskelig å konsentrere seg, som igjen gjør det vanskelig for pasienten å være sosial (Snoek & Engedal, 2008).

Vrangforestillinger hos personer med en psykotisk tilstand er også svært vanlig. Å ha storhetsideer, som ofte kan være religiøse, eller forfølgelsesforestillinger, som for eksempel at store bander er ute etter pasienten (Skårderud et. al., 2010). Snoek & Engedal (2008) skriver at de psykotiske personene ofte kan virke skremmende for miljøet rundt pasienten, men ofte er det pasienten som er redd og engstelig.

Symptomene deles ofte inn i positive og negative symptomer. De positive symptomene er ofte observerbare for andre og kan være vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinerer, uro, storhetsideer, mistenksomhet. Følelsesmessig tilbaketrekning, sparsom emosjonell kontakt med andre, apati, mangel på spontanitet og ledighet i samtaler kan være eksempel på negative symptomer. Disse kan være mindre påfallende for andre, men som allikevel er alvorlige for pasienten (Snoek & Engedal, 2008, Skårderud et. al., 2010).

### 2.3 Å innelde en relasjon til

Eide & Eide (2007) beskriver relasjon som en gjenstand som står i forbindelse med en annen, men ofte i det dagligdage blir det beskrevet som det å være i et forhold, kontakt eller forbindelse med en annen. Å etablere kontakt beskriver Hummelvoll (2004) som å skape en atmosfære av gjensidig tillit og respekt. Å skape tillit der i mot kan være vanskelig, med tanke på at ensomhetsfølelsen hos psykotiske personer kan være fremtredende. Skårderud et. al. (2010) legger også til at det mest utfordrende med psykotiske pasienter er å skape et tillitsforhold som videre også kan påvirke behandlingsalliansen. I følge Spurkeland (2005) er tillit bærebjelken i alle relasjoner, men å skape tillit derimot trenger tid. Tillit kan derfor ikke plutselig oppstå, men personene som skal skape en relasjon må være trygge på hverandre. Når det skal bygges opp tillit bør det bygges på handlinger som bekrefter respekt og pålitelighet.

Hummelvoll (2004) skriver at for å kunne arbeide med mennesker med en psykotisk tilstand må man være tålmodig og interessert i å bli kjent med den psykotiske persons virkelighetsoppfatning. Videre skriver han at den psykotiske person ofte oppfattes som et menneske på sin spesielle måte prøver å mestre ytre og indre opplevelse så langt kapasiteten for øyeblikket rekker. Ut i fra pasientens forutsetninger, humanistisk – eksistensiell tilnærming, må man prøve å forstå det særegne, slik at pasienten blir møtt der som pasienten befinner seg som menneske i den aktuelle situasjonen. Muligens kan en da oppdage at den psykotiske pasienten kan være forvirret og engstelig, og som søker etter bekreftelse på sin

identitet. For å klare dette må sykepleierne kartlegge pasientens ressurser, behov og problemer slik at hans funksjonsnivå i hverdagen fremmes (Hummelvoll, 2004).

Personer med en psykotisk tilsand har som sagt en alvorlig forstyrrelse i virkelighetsoppfatningen, og realitetsorientering har stort sett vært et sentralt prinsipp i arbeidet med psykotiske mennesker (Hummelvoll, 2004, Snoek & Engedal). Hummelvoll (2004) beskriver realitetsorientering som å informere den psykotiske om 'virkeligheten', på en hjelpende måte, slik at pasienten skal forstå og bearbeide situasjonen som han er i. For at dette skal kunne fungere i praksis må også pasienten orientere sykepleieren om hans 'virkelighet', slik at det oppnås en felles forståelse av pasientens syn. Det som er viktig i en prosess med realitetsorientering er at det må times, slik at det blir presentert i en passende situasjon når pasienten er mottakelig, ofte når pasienten er i sin eksistensielle situasjon. Dersom en prøver å motbevise eller begi seg inn i diskusjoner med den psykotiske, kan dette føre til det motsatte og kontaktforholdet kan skades (Hummelvoll, 2004).

Hummelvoll (2004) skriver at når en først har fått dannet en god relasjon til en person med en psykotisk tilstand kan det ofte være vanskelig og bare plutselig skulle avbryte denne kontakten. Videre skriver han at for mange kan det virke som et brudd når en skal avslutte et kontaktforhold. For å gjøre dette mindre vanskelig bør en gradvis trappe ned kontaktforholdet, ved at en sjeldnere møtes til samtaler. Det som en bør være oppmerksom på er at noen pasienter kan komme med negative argumenter for at oppholdet eventuelt ikke har hatt særlig betydning og lignende.

## **2.4 Tilnærming til pasienter med en psykotisk tilstand**

Skårderud et. al. (2010) skriver at alle er avhengige av gode og gjensidige relasjoner til andre slik at en skal klare å utvikle evnen til å forstå oss selv og er videre en grunnleggende faktor for å holde oss mentalt sunne. For å få en psykotisk person til å forstå at vi bare vil personen vel er det nødvendig med ro, tålmodighet og vennlighet. Borg & Topor (2007) skriver om kontinuitet i relasjoner. For at et en skal kunne etablere gode relasjoner og for at disse skal kunne utvikles er *tid* en viktig grunnfaktor, men også å møte de samme pleierne eller fåtall av pleiere over lengre tid. Lemvik (2006) påpeker også at å skape sterke relasjoner med personer med en psykotisk lidelse tar tid, men det trengs også faglig kompetanse. Det som mange kan gjøre feil er å se på den psykotiske med briller, at alle er like og har de samme symptomene.

Dersom en har faglig kompetanse skal en vite at alle er individuelle, og trenger en individuell tilnærming. Også Fjørtoft (2009) mener at å skape en god relasjon er en tidkrevende prosess. Hun mener mye av grunnen til dette er at den psykotiske pasienten er styrt av psykotiske forestillinger, og ofte er de mistenksomme og skeptiske til å slippe fremmede innpå seg. Det pekes derfor spesielt på respekt og det å være til å stole på som viktige faktorer i arbeidet med å skape en tillitsfull relasjon. Hun skriver også at det er viktig at det er de samme som bør ha med den psykotiske personen å gjøre, slik at pasienten har en fast person å forholde seg til.

Skårderud et. al. (2010) og Hummelvoll (2004) skriver om miljøterapeutiske kjerneoppgaver, containermodellen. Denne modellen er bygget opp på en tanke hvor relasjonene består av en rekke henvendelser og gjensvar. Sykepleier tar imot en henvendelse fra pasienten, ofte kan henvendelsen være kaotisk og trenger å bli bearbeidet. Sykepleieren bearbeider henvendelsen, og pasienten får den tilbake i en redigert/tolket versjon. Hummelvoll (2004) skriver at forutsetningen for å kunne fungere som en 'redigerer' må man klare å lytte empatisk til personen med den psykotiske tilstanden.

#### **2.4.1 Empatisk kommunikasjon**

Skårderud et. al. (2010) skriver at psykotiske personer trenger trygghet, forutsigbarhet og en ikke altfor påtrengende og konfronterende stil, med tanke på miljøterapi. Miljøterapi har den effekt gjennom de relasjonene som oppstår, og hvordan de utvikler seg. Dette vil si å ha evne til å beholde engasjement, til tenkning og til empatisk kommunikasjon.

Eide & Eide (2007) skriver at kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte ord mellom to eller flere, og kan deles i verbalt eller non – verbalt. Verbalt er når vi har samtaler, mens non – verbalt kan være berøring, mimikk og bevegelser. Hummelvoll (2004) skriver at gjennom gjensidig forhandling skapes mening mellom personene som er involvert. Han legger også til at når en skal skape en relasjon er det viktig å tenke på hvordan ting blir formidlet, da med tanke på den non – verbale kommunikasjonen og dermed hvordan innholdet i budskapet blir oppfattet av mottakeren.

Hummelvoll (2004) understreker at når pasienten trenger noen å snakke med er det viktig at sykepleier er der og lytter til pasienten. Det å vise forståelse når pasienten trenger noen å snakke med er grunnleggende for å kunne få et betydningsfullt møte. Videre skriver han om

det å bruke empati for å oppfatte det pasienten forteller mest mulig presist. Dette ser vi også igjen i Travelbees tredje fase under punkt 2.1.1. Eide & Eide (2007) påpeker at i praksis er empati helt nødvendig for at en skal kunne kommunisere, men også for å oppfatte pasientens bekymringer og følelser, noe som ikke alltid kommer frem i samtalen. Videre påpeker de også at det å lytte aktivt muligens er det viktigste redskapet for å skape en hjelpende kommunikasjon. Å lytte samtidig som man skal tenke på hva man skal si eller svare kan være vanskelig, men Hummelvoll (2004) skriver at pausene i samtaler er verdifulle. Både sykepleier og pasient kan da kjenne på det som blir sagt og fordøye det. Han beskriver å være lyttende som at man ser oppmerksomt på pasienten og spør relevante spørsmål ut fra hva pasienten forteller. Dette kan være med på å hjelpe pasienten til å utdype tanker og følelser. For sykepleier er den non – verbale kommunikasjonen nødvendig, for det er gjennom det non – verbale vi signaliserer hvor innstilt en er på å lytte og hjelpe. Noe som igjen er viktig for skape en trygghetsfølelse (Eide & Eide, 2007).

Hummelvoll (2004) påpeker på at noen kan oppleve et ubehag ved at sykepleieren sitter høyere enn pasienten, slik at pasienten blir ”sett ned på”. Pasienten kan føle en dominans eller underkastelse. Videre skriver han at kommunikasjonen kan lettes dersom en sitter i samme høyde ovenfor hverandre.

I følge nye anbefalinger om non – verbal kommunikasjon kommer det frem at en må bruke et rolig tempo, hvor en snakker sent og tydelig, og bruker korte setninger, enkelt ordforråd og repetisjon i samhandling med psykotiske. Bruken av en omsorgsfull og rolig tone er også nødvendig (Bowers et. al., 2009).

## 3.0 Metode

### 3.1 Hva er metode

Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2010, s. 83) skriver at

*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985: 196).*

Tranøy (også sitert i Dalland, 2010, s. 83) derimot definerer metode som

*”...en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsetter med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare”.*

Med andre ord kan metode sees på som verktøyet som blir brukt når det er noe vi vil undersøke. Den skal hjelpe oss til å samle inn informasjon som trengs til en undersøkelse. Det vil si at metoden sier noe om hvordan en bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Når en skal velge metode bør en finne ut hvilken metode som gir gode data og som belyser spørsmålet som blir stilt på en faglig interessant måte (Dalland, 2010).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Det finnes ulike typer av litteraturstudier, som allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og begrepsanalyse (Forsberg & Wengstöm, 2008).

Kvalitativ og kvantitativ er også to metoder som kan brukes, men denne oppgaven bygger på kriteriene for en systematisk litteraturstudie, noe som også var forhåndsbestemt for selve oppgaven. Det vil si at en trenger flere studier som er av god kvalitet som kan utgjøre gode vurderinger og konklusjoner. Mulrow og Oxman (sitert i Forsberg & Wengström, 2008) definerer systematisk litteraturstudie som at en går ut i fra et formulert spørsmål som systematisk blir besvart gjennom og identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Det er ingen regler for hvor mange studier en må ha med, men det beste er å finne og inkludere flest mulige relevante studier som passer til temaet. Deretter skille ut hvilke som er mest relevante å bruke videre, etter hvilke krav man stiller seg, som for eksempel nyere forskning. Det blir også nevnt at forskere mener det er viktig og ta med kvalitative studier,

med tanke på at de beskriver pasientens opplevelse, noe som er viktig innenfor sykepleie. Litteraturen som blir brukt er bygget på vitenskapelige rapporter og vitenskapelige tidsartikler (Forsberg & Wengström, 2008). Olsson & Sörensen (2006) skriver at en litteraturstudie skal bestå av bakgrunn, formål, problemstilling og innsamlingsmetode, og det er litteraturen som er informasjonskilde; på samme måte som respondenten er informasjonskilde i intervjuer.

### 3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode

Det kan være både sterke og svake sider ved å bruke litteraturstudie som metode. Det som kan være positivt er at det allerede finnes en rekke studier og litteratur som er gjort på det aktuelle emnet. Det spares derfor mye tid og ressurser, i og med at en slipper å gjøre alt dette forarbeidet på egenhånd. En svakhet kan være at en må bruke studier og litteratur som andre har gjort og tolket, og primærkildens opprinnelige tolkning kan bli feiltolket. I forhold til problemstillingen som er utarbeidet, kan litteraturen ikke alltid være like relevant innenfor valgt tema (Forsberg & Wengström, 2008).

### 3.4 Litteratursøk

For å finne passende artikler som kunne brukes i oppgaven er det brukt Svemed+, hvor det er søkt på ”psykose”. Derifra ble det klikket inn på flere artikler for å finne passende søkerord til videre søkning. Ut i fra søkeordene som ble funnet fortrolige, er det brukt bibliotekets søkedatabaser. Artiklene som er valgt å bruke i oppgaven, og som er fortrolige i forhold til problemstillingen, er funnet i databasene Cinahl, PubMed og SveMed+. Søkeordene som er brukt og kombinert i søkingen er: *psychosis, recovery, relations, nurse – patient relations* og *psychiatric nursing*. For å finne to av artiklene er det også valgt å søke på forfattere, på grunn av at det ble tipset om en artikkel som kunne passe til studien, og den andre ble funnet gjennom å lese en annen studie.



I **CINAHL** ble det valgt å søke på *psychosis*, men som resulterte i et treff på 2216 treff, og det ble derfor valgt å kombinere med *recovery*, noe som førte til et treff på 128. Videre ble det valgt å spesifisere til kun *full text* og dette resulterte i et treff på 59. Artikkelen som ble funnet fortrolig etter å lest gjennom abstracter er *Understanding How Clinician – Patient Relationships and Relational Continuity of Care Affect Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Results*.

(CINAHL → *Psychosis*: 2216 treff + *recovery*: 128 treff + *full text*: 56 treff)

Ved å søke på *psychosis* i **SveMed+** kom det et treff på 453 treff. Det ble så søkt på *psychiatric nursing* og fikk et treff på 584. Valgte derfor og kombinere disse to søkeordene og fikk et treff på 27. Artikkelen som ble funnet er *Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?*

(SveMed+ → *Psychosis*: 453 treff + *psychiatric nursing*: 27 treff)

Artikkelen *Perpectives of people with endurnig mental ill health from a community – based qualitative study* ble funnet i søkemotoren **PubMed**, ved å søke på forfattere *Crosland and Kai*, og fikk et treff på tre artikler. Fagartikkelen *Creating trust in an acute psychiatric ward* ble også funnet i **PubMed** ved å søke på *Nurse – patient relations* som gav et treff på hele 28 222 treff, valgte derfor og spesifisere søket med å kombinere *psychosis* og fikk et treff på 138. Ved og også legge inn *full text* ble det endelige søket på 66 treff.

Artikkelen *What’s Therapeutic About the Therapeutic Milieu?* ble funnet via å lese artikkelen *Creating trust in an acute psychiatric ward*, og ble deretter søkt opp på **PubMed**. Valgte da å søke på forfatter navn *Thomas og Shattel*, og fikk et treff på 8.

(PubMed →

Crosland and Kai: 3 treff

Nurse – patient relations: 28 222 treff + *psychosis*: 138 treff + *full text*: 66

Thomas + Shattel: 8 treff)

For å finne litteratur er det brukt HSH – bibliotekets søkedatabaser, men det er også brukt pensum litteratur. Ved å ha lest gjennom en del artikler, er det også funnet relevant litteratur i referanselistene der.

### 3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er viktig slik at leseren skal få innblikk i refleksjoner som er gjort om litteraturen er relevant og gyldig i forhold til å belyse problemstillingen. Det er derfor nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteratur, slik at leser får informasjon om det har vært lett å finne litteratur eller vanskelig. Å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes er viktig slik at en skal kunne fastslå om kildene er sanne (Dalland, 2010). Når det her i oppgaven er valgt litteratur er det prøvd å begrense det til litteratur fra de siste ti årene, for å sikre at innholdet er faglig oppdatert. Allikevel er det gjort noen unntak i denne studien. Grunnen til dette er at noen av artiklene som er fra henholdsvis 2001 og 2002, er med på å belyse problemstillingen som er formulert, og sees på som relevant for oppgaven. Boken til Strand (2001) er også tatt i bruk, for hun kommer med påstander som også er relevante for studien. Det er også valgt å ta med en fagartikkel i resultatdelen, nettopp fordi også den belyser min problemstilling. Boken til Fjørtoft er i seg selv ikke er veldig relevant i sammenheng til min oppgave, men det er valgt å bruke noen påstander, for den belyser det jeg har tatt med på et generelt basis. Det er også brukt kunnskapsbasert praksis sine sjekklister slik at artiklene er kritisk vurdert (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt & Reinar, 2008).

### 3.6 Etiske aspekter

Når en skal utføre en systematisk litteraturstudie er det viktig at fremstillingen av studiet ikke er blitt stjålet eller er plagiat av annen data, på grunn av etiske hensyn. Etiske hensyn bør også tas når en skal velge ut, og presentere resultater i et litteraturstudie. Det vil si at an ikke kun presenterer artikler som støtter opp mot egne synspunkter, og artiklene bør også være godkjent av etisk komitè (Forsberg & Wengström, 2008). Forskningsartiklene som jeg har brukt i studien min er tilgjengelige i anerkjente søkedatabaser som PubMed og CINAHL, og er derfor også godkjent av etisk komitè.

Det er også fulgt bibliotekets retningslinjer for kildehenvisning i studien, slik at leseren lett kan finne tilbake til litteraturen som er brukt. I hovedsak er det brukt primærkilder i studien, slik at andres feiltolkninger eller unøyaktigheter ikke blir brukt, men i noen tilfeller kan primærkilden være vanskelig å finne og en må da bruke sekundærkilden (Dalland, 2010). Brinchmann (2008) skriver at etikk er teori om moral. Molven (2009) beskriver moral som hva som er rett eller galt i forhold til konkrete handlinger.

## 4.0 Resultat

I denne delen vil det bli presentert spesifikke forskningsartikler og fagartikler som er funnet på valgt emne, og som svarer på problemstillingen. Det er valgt å presentere en fagartikkel, og fire forskningsartikler, da det er de som er mest brukt gjennom studiet.

### 4.1 Artikkel 1

Artikkelen til Hem, Heggen & Ruyter (2008), er en fagartikkel, men er allikevel valgt å ta med i resultatdelen på grunn av at den er relevant for problemstillingen. Den er utformet etter 30 uker (213 timer) med observasjon på en psykiatrisk institusjon med psykotiske pasienter, samt intervjuer med sykepleiere og pasienter. I artikkelen kommer det frem at å skape en tillitsfull relasjon tar tid, men at både tillit og mistillit er to skjøre fenomener som lett kan tippe over mot sine motsetninger. Andre funn viser hvordan en kan snu et miljø som er preget av mistillit, til å opprette tillit, ved å vise omsorg, på den måten at en viser pasienten toleranse og respekt, men også ved å kunne lytte og forstå (Hem et. al., 2008). Dette blir beskrevet som viktige faktorer i oppbyggingen av kontakt til en psykotisk pasient.

### 4.2 Artikkel 2

Forskningsartikkelen til Tofthagen (2004) tar sikte på hva det innebærer å skape en hjelpende relasjon med personer med psykotiske lidelser på en akuttpsykiatrisk setting. I studien er det brukt en kvalitativ metode, hvor ni respondenter er intervjuet. Funn viser at en må se det psykotiske mennesket som en helhet, det vil si at en skal se pasientens ressurser like mye som symptomer på en psykose for å kunne skape en relasjon. Å se pasienten kan være med på å skape en trygghet som kan være god for pasienten. Å skape denne tryggheten kan ta tid, og en må derfor ha vilje og evne til å skape dialog med det psykotiske mennesket. Det kommer også frem i studien at hvis pasienten har vært innlagt tideligere, kan det å skape en tillitsfull relasjon komme raskere i gang. Relasjonen kan da bygge på forrige innleggele (Tofthagen, 2004). Studien nevner også Hummelvoll's fire faser, *forberedelsesfasen*, *orienteringsfasen*, *arbeidsfasen* og *avslutningsfasen* som sier noe om relasjonsbyggingen.

### **4.3 Artikkel 3**

Forskningsartikkelen gjort av Thomas, Shattell & Martin (2002) er det gjort intervjuer med pasienter på en psykiatrisk institusjon over en periode på fem måneder. Funn viser at pasientene ønsket en dypere kontakt med de ansatte, og da spesielt med personale som var villig til å være fleksible og å være tilgjengelig for pasienten, og at det var mulighet for å bruke humor i situasjoner.

### **4.4 Artikkel 4**

Forskningsartikkelen til Kai & Crosland (2001) er en kvalitativ studie hvor 34 pasienter er intervjuet. Funnene i studien viser at kontinuitet, i form av primærkontakter, er viktig i bygging av et tillitsfullt forhold mellom sykepleier og pasient. I samme studie kom det også frem at å lytte, forstå og å vise empati var viktige faktorer for å kunne skape et menneske til menneske forhold. Dette var viktige faktorer for pasientene slik at de kunne få utrykke sin bekymring, til å tillate diskusjon, for eksempel om pasientens sykdom eller myndiggjøring av rolle forklaringer (Kai & Crosland, 2001).

### **4.5 Artikkel 5**

Forskningsartikkelen gjort av Green et. al. (2008) er en "mixed-methods" hvor personer (92 kvinner, 85 menn) med psykotiske lidelser ble dybde intervjuet, etterfulgt av spørreskjemaer. Funn viser at det som var mest var verdsatt var kompetente, omsorgsfulle, pålitelige og tillitsfulle sykepleiere som behandlet kliniske møter som "vennskap". Videre funn viser også at å lytte var en viktig faktor i oppbygningen av en relasjon, men også viktigheten av en balanse av nærhet og avstand (Green et. al., 2008).

## 5.0 Drøfting

Av erfaring kan pasienter med en psykotisk tilstand være mistenksomme, ha syns og hørsels hallusinasjoner, vrangforestillinger og kan ha et annet syn på virkeligheten enn hva pleierne har. Dette kan føre til at det å skape en relasjon med den syke kan være vanskelig. Dette blir bekreftet av Skårderud et. al. (2010), hvor han skriver at personer med en psykotisk lidelse ofte kan ha en forandret virkelighetsoppfatning (realitetsbrist), og oppfatter ikke verden rundt seg slik som andre mennesker. De har ofte en privat forståelse, som kan være fordreid, kaotisk eller usammenhengende. Dette kan føre til at psykotiske pasienter har vanskeligheter med å etablere relasjoner (Borg & Topor, 2007). Det ovenfor nevnte støttes av Tofthagen (2004), og legger til at det er sykepleierens oppgave å ta ansvar for å etablere en trygg relasjon med personer med en psykotisk lidelse.

### 5.1 Å se den psykotiske pasienten

Å skape trygghet i oppbygging av en relasjon til en psykotisk pasient kan ta tid, men å ha evne og vilje til å skape dialog, kan være viktige faktorer som er med på å skape en trygghetsfølelse for pasienten. Å se pasienten i en helhet, kan også være med på å skape en trygghetsfølelse (Tofthagen, 2004). Å se og forstå pasienten slik som han er, og ikke bare fokusere på symptomene på den psykotiske tilstanden kan ofte være vanskelig. Når pasienten ikke klarer å formidle det budskapet han ønsker, kan det være vanskelig for sykepleier å kunne hjelpe. Både på den måten at pasienten ikke klarer å gjøre rede for seg, men også for sykepleier ved at hun ikke kan hjelpe eller vet hva hun skal si. Det pasienten sier kan ofte være usammenhengende, han kan være springende i samtalen, og som nevnt tideligere, kan pasienten ha negative symptomer som apati og ledighet i samtaler (Snoek & Engedal, 2008). I denne sammenheng vil jeg dra inn containermodellen som blir sentralt beskrevet av Skårderud et. al. (2010) & Hummelvoll (2004), men som ikke blir belyst i resultatdelen. Containermodellen kan være med på å hjelpe til med å sortere tankene til den psykotiske pasienten. Der situasjoner med negative symptomer oppstår, kan et godt hjelpemiddel være å prøve dette. Muligens kan dette hjelpemiddelet også sees på som en del av å være et medmenneske og å vise empati. På den måten kan sykepleier levere tilbake budskapet til pasienten i en redigert utgave. Dette kan videre være med på å vise at en har prøvd å forstå det som blir sagt. Pasienten kan da få en følelse av at sykepleier faktisk lytter til det pasienten sier. Dette kan ha en stor relevans for å vise at en er tilgjengelig for pasienten, noe som også blir belyst som en viktig faktor hos Thomas et. al. (2002).

Å se pasienten i sin helhet, og ikke kun fokusere på symptomene på en psykose og hva det fører med seg, blir beskrevet som en viktig faktor ved å skape en allianse med den psykotiske pasienten (Toftshagen, 2004). Dette blir det også funnet støtte for hos Hummelvoll (2004). Han skriver om humanistisk – eksistensiell tilnærming, det vil si at en skal møte pasienten hvor han befinner seg som menneske i den aktuelle situasjonen (Hummelvoll, 2004). Å være åpen for pasientens opplevelse og forståelse, er viktig for å kunne oppnå en god relasjon. Når det blir fremhevet å se den psykotiske pasient, må en altså kunne se både den friske og den syke siden. De urealistiske forestillingene som den psykotiske pasienten har, og som er et symptom, må en også, etter Hummelvolls (2004) beskrivelse respektere.

### 5.1.1 Realitetsorientering

Realitetsorientering er et sentralt fenomen, og som er brukt i arbeid med psykotiske pasienter (Hummelvoll, 2004, Snoek & Engedal, 2008). De beskriver orienteringen som å informere den psykotiske om 'virkeligheten' på en hjelpende måte, slik at pasienten skal forstå situasjonen som han er i. Her kan vi se at Hummelvoll mot sier seg selv i arbeidet om å se pasienten i sin helhet, og om å akseptere pasienten med eller uten vrangforestillinger. Om realitetsorientering har til sin hensikt å være med på å skape en tillitsfull relasjon, kan være vanskelig å si. Allikevel, dersom man skal kunne foreta en realitetsorientering må også sykepleier bli orientert om pasientens 'virkelighet', på den måten at det en felles forståelse av pasientens situasjon. For at en realitetsorientering ikke skal skade kontaktforholdet, er orienteringen nødt for å times (Hummelvoll, 2004). Erfaringsmessig bør det blir presentert når pasienten ikke er inne i det dypeste i en psykose, slik at en klarer å nå igjennom til pasienten. Dett blir også støttet opp av Hummelvoll (2004). Etter hvert som en begynner å bli kjent med pasienten, kan timingen på orienteringen gå lettere. Man vet da når pasientene har gode perioder, og når pasienten har mindre gode perioder. Alle som jobber innenfor psykiatrien, er muligens ikke kjent med denne timingen, og kan da til tider prøve å overbevise pasienten om at han hele tiden tar feil. Sist nevnte kan da stride i mot Travelbees syn på empati; at en skal sette seg inn i pasientens situasjon. Dersom dette ikke blir overholdt kan det for pasienten føre til frustrasjon, og kan også være med på å skape en mistillit til sykepleier.

## 5.2 Trenger tid for å oppnå tillit

”Trust is not something that nurses possess or are given; it is rather something that they earn and have to work hard to achieve” (Hem, et. al., 2008, s. 777). Sitatet sier noe om at sykepleieren må arbeide over tid for å kunne oppnå tillit til en psykotisk pasient. *Tid* er en viktig grunnfaktor i oppnåelse av en tillitsfull relasjon (Borg & Topor, 2007).

I begynnelsen ved kontakt etableringen kan den psykotiske pasienten av erfaring vise mistillit til pleier. Den psykotiske har gjerne ikke kjennskap til sykepleieren, og vet ikke om sykepleieren er til å stole på. Vrangforestillinger og paranoide tanker kan være med på å skape negative tanker om personalet, som for eksempel at personalet snakker stygt om pasienten og lignende. Denne mistroen som den psykotiske pasienten har til andre mennesker kan være stor, og er noe som er viktig å huske på i samarbeid med pasienten. Det trengs derfor tid til å skape forhandlinger og nye erfaringer før man kan utvikle et tillitsforhold (Cullberg, 2005). Det blir allikevel funnet støtte for at de psykotiske pasientene som ble intervjuet i en studie ønsket dypere kontakt med de ansatte (Thomas et. al., 2002). For sykepleier blir det derfor viktig å prøve å snu denne mistilliten som trolig er til stede i begynnelsen, slik at det kan kunne bli bygget et grunnlag for en relasjon. For å kunne snu denne mistilliten trengs det spesielt respekt, og sykepleier må være til å stole på (Fjørtoft, 2009). Hun legger til at dette er viktige faktorer for å skape en tillitsfull relasjon.

Ved å vise til Fjørtofts utsagn om at sykepleier må være til å stole på, er det viktig å huske på at i de fleste tilfeller vil pasienten faktisk prøve ut akkurat dette (Hummelvoll, 2004).

Erfaringsmessig er mange av de psykotiske pasientene opptatt av å holde tider, spesielt dersom de av ulike grunner må være skjermet, kan dagene bli lange. Å ha faste tidspunkter hvor sykepleier skal komme inn, eller at pasienten skal få komme ut i avdelingen, kan ha mye og si for pasienten, i denne sammenheng kan sykepleier i den grad vise at hun er der for pasienten. Som sykepleier kan det da være viktig å holde disse avtalene, slik at vi viser at vi er til å stole på, og at dette videre kan skape en tillit mellom sykepleier og pasient. Dette er også noe som blir belyst av Eide & Eide (2007), og hvor det blir lagt til at dette er med på å skape trygghet og tillit, noe som er forutsetninger for å kunne samarbeide. Videre kan det være med på å nå et felles mål og for å skape en allianse. Dette harmonerer også med det grunnleggende aspektet som finnes i all relasjonsbygging hvor trygghet og tillit er grunnleggende i all kontakt.



### 5.3 Aktiv lytting

Å lytte aktivt blir belyst av både Hem et. al. (2008), Kai & Crosland (2001) & Green et. al. (2008) som en viktig faktor i oppnåelse av en tillitsfull relasjon til personer med en psykotisk tilstand. Skårderud et. al. (2010) & Hummelvoll (2004) beskriver containermodellen, eller beholdefunksjonen som en kjerneoppgave i miljøterapien, som en måte å skape en trygghetsfølelse for de psykotiske pasientene. Dette kan komme av at for å klare å fungere som en beholder må en lytte aktivt. Allikevel blir det påpekt at dette ikke er en del av sykepleierens terapeutiske funksjon overfor pasienten, fordi sykepleieren da må tåle det psykotiske menneskets følelser og innstillinger (Strand, 2001). Derimot blir det sagt at å lytte aktivt er det viktigste redskapet i en hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Dersom man skal fungere som en aktiv lytter nytter det ikke å kun lytte til det pasienten forteller. Ved å være en aktiv lytter spør en også relevante spørsmål til det som blir fortalt, og hvor innstilt en er på å lytte signaliseres ofte gjennom den non – verbale kommunikasjon. For å vise at en ønsker å lytte til det pasienten har å si må man se oppmerksomt på pasienten (Hummelvoll, 2004). Det blir også funnet støtte for at en bør sitte i samme høyde som pasienten, for mange av pasientene kan nemlig føle en slags dominans av sykepleier dersom hun/han sitter høyere (Hummelvoll, 2004). I tillegg blir det påpekt at en må bruke et rolig tempo, hvor en snakker sent og tydelig, bruker korte setninger, enkelt ordforråd og repetisjon når en skal samhandle med psykotiske pasienter. Å bruke en omsorgsfull og rolig tone blir også nevnt som viktige faktorer (Bowers et. al., 2009).

Som vi kan se i Travellbees (2007) tenkning kan ikke aktiv lytting i seg selv skape et menneske – til – menneske – forhold. Dette er kun en del av det som sykepleier og pasient må gjennom, og det er også tre andre faser som spiller inn i oppnåelse av en tillitsfull relasjon.

### 5.4 Kontinuitet

Å ha kontinuitet, i form av primærkontakter i bygging av terapeutiske forhold blir belyst som viktig av Kai & Crosland (2001). Dette støttes også opp av både Fjørtoft (2009) og Borg & Topor (2007). Selve rammen for å skape en god relasjon mener Strand (2001) er kontinuitet og regelmessighet, og at dette er måten å signalisere interesse på.

Tofthagen (2004) støtter også opp at kontinuitet er sentralt for å skape en god relasjon. Primærkontakter/sekundærkontakter er brukt mye på psykiatriske klinikker, slik at pasientene har de samme personene å forholde seg til. Av erfaring er dette noe som er kjent, og opplevde selv en gang å være kontakt for en psykotisk pasient som er kjent på avdelingen, men ikke så kjent for meg. Personen med den psykotiske tilstanden endte opp med å henvende seg til et annet personale, som pasienten kjente og hadde opparbeidet seg tillit mot. Spurkeland (2005) støtter opp erfaringen, og skriver at tillit trenger tid, og kan derfor ikke plutselig oppstå, men må bygges på handlinger som bekrefter respekt og pålitelighet. På en annen side trenger det nødvendigvis ikke være negativt at pasienten har nytt personell rundt seg. Nytt personell kan være med på å se pasientens ressurser og problem på en annen måte enn det vante personalet, noe som videre kan føre til noe positivt i oppbygging av nye relasjoner. Kontinuitet kan derfor være at pasientene over tid møter det samme personalet, eller primærkontakter over tid, og det blir påpekt at dersom pasienter har hatt flere innleggelse over tid, vil det være enklere å oppnå en tillitsfull relasjon. En kjenner da pasientenes ressurser og problem, og det kan bygges videre på forrige innleggelse (Tofthagen, 2004).

## 5.5 Relasjonsbygging er en prosess

For å kommunisere med et menneske som videre skal føre til en relasjon, må empati inkluderes. Allikevel hjelper det ikke pasienten om en kun kommuniserer tilbake forståelsen av den andre, handlingsaspektet må også være til stede (Eide & Eide, 2007). For pasienter med en psykotisk tilstand kan ofte det som kommuniseres være vagt og indirekte, og for sykepleier kan det være vanskelig å oppfatte den psykotiske sine bekymringer. Som sykepleier kan det da være viktig å være tålmodig og vennlig, slik at pasienten ser at sykepleieren oppfatter den andres smerte eller lidelse (Eide & Eide, 2007).

Å vise empati blir belyst av Travelbee (2007) i tredje fase, som det og ta del i og å forstå den andres psykiske tilstand, men også å knytte seg til andre for så å oppleve nærhet. Hos Strand (2001) blir det funnet støtte for Travelbees tenkning, men legger imidlertid også til at for å vise empati trengs det avstand. Derimot, ville man ved å ha for stor avstand ikke kunne blitt berørt av den andres dilemmaer (Strand, 2001). En må altså finne en balanse mellom og ikke være for nær, men allikevel ikke ha for stor avstand. Green et. al. (2008) støtter også opp Strands påstand om at en må finne en balanse mellom nærhet og avstand. Rognes 1979 (siteret i Hummelvoll, 2004) påpeker at i vireligheten er det ikke mulig å komme inn på det sted som

pasienten okkuperer og opplever, men målet er å nærme seg den psykotiske selvforståelse og hans opplevelse av verden. Dette vil videre gi en mulighet for at en som sykepleier klarer å vise seg selv. Av erfaring trenger den psykotiske pasienten tid for å 'venne' seg til at sykepleier er i nærheten. Sykepleier bør derfor respektere pasientens personlige rom for avstand i begynnelsen.

Å skape en relasjon kan sees på som en prosess med ulike faser som må gjennomgås. Hos Hummelvoll (2004) blir det funnet støtte for fire faser, *forberedelsesfasen*, *orienteringsfasen*, *arbeidsfasen* og *avslutningsfasen*. Ved å vise til Travelbees fire faser kan vi se en likhet i fasene som blir beskrevet hos Hummelvoll. Dersom en hadde sammenlignet disse kan en godt se at det er noen forskjeller, men både Hummelvoll og Travelbee har til hensikt å skape et menneske – til – menneske – forhold. I motsetning til Travelbee, tar Hummelvoll (2004) derimot utgangspunkt i at den siste fasen, trolig også blir det siste møtet med den psykotiske pasienten. De fire fasene blir det også tatt utgangspunkt i Tofthagen (2004).

## 6.0 Avslutning

Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan sykepleier på en best mulig måte kan skape en tillitsfull relasjon til en person med en psykotisk lidelse. Etter å ha arbeidet med studien, sitter jeg igjen med forståelsen av viktigheten av å skape et menneske – til – menneske – forhold med den psykotiske pasienten. I studien kommer det frem at å skape en relasjon til en psykotisk pasient ikke alltid kan være like lett, på bakgrunn av at pasientens 'virkelighet' er preget av vrangforestillinger og mistenksomhet til pleierne.

For å kunne etablere et tillitsfullt forhold kreves det derfor at en klarer å lytte aktivt til pasienten, på en empatisk måte, samtidig som at en må kunne vise pasienten at vi er til å stole på, ved å vise respekt og akseptere pasienten i sin helhet. En må kunne se pasienten, og ikke bare symptomene som bærer med en psykose. Allikevel er det noen motsetninger som kommer frem i studien. Realitetsorientering blir sett på som sentralt, og kan være med på å bygge opp et forhold, ved at sykepleieren må sette seg inn i pasientens 'virkelighet'. Derimot kan realitetsorientering i verste fall føre til det motsatte, og kan motsi påstanden om at en skal se pasienten i den aktuelle situasjonen. Å ha kontinuitet, i form av primærkontakter, kan også være en viktig faktor for at forholdet til den psykotiske får utviklet seg, og ikke hele tiden blir avbrutt. Derimot kan nye sykepleiere være med på å se pasienten fra nye øyne, og kan gjerne se pasientens ressurser og problemer på en ny måte. For å skape tillit kommer det fram at tid er en viktig faktor, men også at pasienten må gå gjennom fire faser som blir belyst av både Travelbee og Hummelvoll. Ut i fra dette kan en se at det er flere faktorer som spiller inn i etablering av en tillitsfull relasjon til den psykotiske mennesket.

## Referanseliste

Borg, M. & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner: Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Bowers, L. Et. al. (2009). How expert nurses communicate with acutely psychotic patients. *Mental Health Practice, Volume 13, number 7*.

Brinchmann, B. S. (red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Cullberg, J. (2005). *Psykosser: Et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter, 4 utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A – K. (2009). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokforlaget Natur och Kultur.

Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N.,...Perrin, N. A. (2008). Understanding How Clinician – Patient Relationships and Relational Continuity of Care Affect Recovery from Serious Mental Illness: STARS Study Results. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 2008, 32, (1), 9-22*. Doi: 10.2975/32.1.2008.9.22

Hansen, C. A. (2008, 23. desember). *Psykosser – hva er det?* Hentet fra <http://www.lommelegen.no/322719/psykosser-hva-er-det>

- Hem, M. H., Heggen, K. & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing Ethics, 15* (6), 777 – 787.
- Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt: Ikke stykkevis og delt, psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kai, J. & Crosland, A. (2001). Perspectives of people with enduring mental ill health from a community - based qualitative study. *British Journal of General Practice, 2001*, (51), 730 - 737.
- Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår: Psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2006). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. Oslo: Akribe Forlag.
- Spurkeland, Jan. (2005). *Relasjonskompetanse: Resultater gjennom samhandling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Stortingsmelding nr. 25. (1996 – 97). (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Hentet fra

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97/8.html?id=191094](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/8.html?id=191094)

Strand, L. (2001). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thomas, S. P., Shattell, M. & Martin, T. (2002). What's Therapeutic About the Therapeutic Milieu? *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. XVI, No. 3, 99 – 107.

Toftthagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter: Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket? *Vård i Norden* 2/2004, NO. (72) VOL. 24

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.