



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5: Sjukepleiefaglig, forskning og fagutvikling - **Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB 3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: utsatt frist 01.03.2013

Kandidatnr.: 22

Antall ord: 8372

Legen jeg fikk tildelt var ung, ganske uerfaren, men idealistisk og klok...

”En av de første gangene jeg møtte henne satt jeg på stua å gråt(....). Vi hadde ingen avtale, hun kom bare forbi, travel i sin hvite frakk, på vei til et eller annet betydningsfullt. Jeg husker at det overrasket meg at hun stoppet, at hun spurte hva som var galt, om hvorfor jeg gråt(...) Jeg fortalte henne at det regnet ute og jeg sa som sant er, at jeg elsker å gå ute i regn(...). Og jeg, som alltid pleide å gå ute i regnvær, var for første gang i livet innelåst, som en fange(...).

Hun spurte om hun kunne stole på meg, og om jeg kunne love helt, helt sikkert å komme tilbake dersom hun gav meg lov til å gå en ut en liten tur(...). Hun bare smilte og ønsket meg god tur. Og det hadde jeg (Lauveng, 2006, s. 15-16).”

Sammendrag

Bakgrunn: Schizofreni er den vanligste formen for psykotiske lidelser. Pasienter med schizofreni har ofte et komplisert sykdomsbilde. Relasjonen mellom pasient og sykepleier er viktig for at pasienten skal ha en best mulig hverdag hvor det å jobbe mot å bli frisk står sentralt. På verdensbasis lever 25 millioner mennesker med diagnosen schizofreni.

Hensikt: Å få økt kunnskap og utvidet forståelse om hvordan man bygger en god relasjon med pasienter som lider av schizofreni, og hvordan denne relasjonen påvirker deres syn på egen sykdom.

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleiere skape relasjon til pasienter som lever med en schizofrenidiagnose, og hva salgs betydning har relasjonen for pasientens opplevelse av egen sykdom?*

Metode: Studien er utført som en litteraturstudie. Det er brukt 5 relevante forskningsartikler. Relevant teoretisk og biografisk litteratur er også benyttet for å belyse området. Artiklene er funnet gjennom søk i CINAHL og litteraturen er både pensum og annen litteratur funnet på HSH Haugesund sitt bibliotek.

Resultat: Relasjonen bygger på åpenhet, tillit, og det å se mennesket som en helhet. Det finnes to typer relasjoner, enten en ”jeg – du” relasjon, eller en ”jeg – det” relasjon. God faglig kunnskap kan ofte skape trygghet da pasientene forstår at sykepleieren har kunnskap innen psykiatri, samtidig som sykepleieren selv er trygg i hvordan hun skal forholde seg til pasienten. En god relasjon kan oppleves som et lyspunkt i en ellers grå hverdag, noe som sakte men sikkert kan bidra til at pasienten blir friskere. Hvis relasjonen er dårlig, kan det lett forsterke de negative symptomene.

Abstract

Background: Schizophrenia is the most common psychotic disorder. Patients often present with a complex set of symptoms. The relationship between patient and nurse is important for maintaining the patient's daily well-being, allowing focus on effective work toward recovery. Globally, 25 million people live with the diagnosis schizophrenia.

Goal: Improve knowledge and understanding of how to build a good relationship with patients suffering from schizophrenia and how this relationship influences their perception of their illness.

Specific issue: How can nurses create a relationship with patients that live with the diagnosis schizophrenia, and how does the relationship influence the patient's perception of their illness?

Method: The study was carried out as a literature review. Five, issue-relevant research articles were used. Relevant theoretical and biographical literature was also used to shed light on the general subject area. The articles were found by searching CINAHL and the literature is both curriculum and other literature found at the HSH Haugesund library.

Results: The relationship is built on openness, trust and the ability to view the person as a whole. Two types of relationships exist; a "me – you" or a "me – it" relationship. Theoretical knowledge can create trust since patients then understand that the nurse understands psychiatry, while the nurse is confident in how he/she should treat the patient. A functional relationship can create an encouraging experience in an otherwise grey existence, which can slowly but surely contribute to the patient's recovery. If a functional connection is not established, it can reinforce the negative symptoms.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing.....	2
1.5 Begrepsavklaring	2
2.0 Teori	4
2.1 Begrunnelse for valg av litteratur	4
2.2 Teoretisk perspektiv – Relasjoner tenkt slik Schibbye tenker.....	4
2.2.1 Relasjonsbygging.....	5
2.2.2 Har relasjonen noen betydning?.....	6
2.3 Det å leve med schizofreni – subjektive opplevelser.....	6
2.4 Schizofreni.....	7
3.0 Metode	9
3.1 Hva er metode?.....	9
3.2 Litteraturstudie som metode	9
3.3 Litteratursøk.....	10
3.4 Resultat	11
3.4.1 Sykepleieperspektivet.....	11
3.4.2 Pasientperspektivet	13
3.5 Etikk.....	14
4.0 Drøfting	15
4.1 Å leve med schizofreni versus diagnosen schizofreni.....	15
4.2 Jeg – du forholdet, en utfordring for sykepleieren.....	17
4.3 Relasjonen – har den betydning for opplevelsen av egen sykdom?	19
5.0 Avslutning	22
6.0 Litteraturliste	I

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne oppgaven har jeg valgt temaet relasjonsbygging til pasienter med som lever med en schizofreni diagnose. Jeg har inntrykk av at det å bygge relasjoner til pasienter med schizofreni, spesielt i en paranoid/psykotisk periode kan være utfordrende og vanskelig. En god relasjon mellom pasient og sykepleier er samtidig sentral for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt, slik at de forhåpentligvis til slutt kan bli friske. I tillegg har jeg inntrykk av at diagnosen schizofreni er litt tabu belagt, og jeg ønsker derfor å øke kunnskapen min rundt denne diagnosen. Jeg synes det er spennende å se hvordan man kan bygge relasjonen på best mulig måte, og nettopp begrepet relasjon synes jeg er en viktig del sykepleieryrket. Det at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt er viktig. Jeg har selv noe erfaring med aktuelt område fra praksis og ekstrajobb, og jeg synes dette er veldig spennende og ikke minst viktig. Slik utviklingen av psykisk sykdom og schizofreni er i dagens samfunn ser det ut som at det ikke vil forekomme færre sykdomstilfeller etter hvert som årene går.

I følge verdens helseorganisasjon (WHO) finnes det 25 millioner mennesker som lider av schizofreni verden over, og schizofreni er den vanligste formen for psykotiske lidelser. Sykdommen har relativt få tilfeller, men behandlingstiden kan være lang. WHO mental health Gap Action Programme (mhGAP) prioriterer å arbeide med psykose sykdommer (WHO, u.å.).

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap og forståelse om hvordan sykepleiere kan bygge relasjon med pasienter som lider av schizofreni. Som sykepleier kan man komme over situasjoner med psykisk syke som har problemer med å bygge relasjon i en hvilken som helst arbeidssituasjon, og dermed vil bakgrunnskunnskap om dette temaet være en ressurs. Det er viktig å huske på at psykisk syke også har et liv utenfor psykiatrien, og de kan like godt bli innlagt på sykehuset for somatiske plager. Å tilegne seg økt kunnskap på dette området er med på å styrke min fremtidige rolle som sykepleier, slik at jeg føler meg trygg på å møte pasienter med en schizofreni diagnose.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere skape relasjon til pasienter som lever med en schizofreni diagnose, og hva salgs betydning har relasjonen for pasientens opplevelse av egen sykdom?

1.4 Avgrensing

I denne oppgaven legges det vekt på hvordan sykepleiere kan skape relasjon til pasienter som lever med en schizofreni diagnose, og hvordan relasjonen påvirker pasientens opplevelse av egen sykdom. Det vil bli lagt vekt på hvordan man skal bygge nye relasjoner, både i forhold til første møte med ny pasient og ved akutte situasjoner som forverret psykose, der man må bygge opp relasjonen på ny. I tillegg vil det bli lagt vekt på hvordan relasjonen mellom pasient og sykepleier påvirker pasientens opplevelse av egen sykdom. Det vil ikke bli lagt vekt på barn eller eldre med demens, siden dette er områder som krever et spesielt fokus. Ett av symptomene til pasientene som lever med schizofrenidiagnose kan være at de isolerer seg sosialt, og det er mye som tyder på at relasjonen til andre mennesker er viktig for behandlingen.

1.5 Begrepsavklaring

Ordet *schizofreni* kommer opprinnelig fra gresk og betyr et sinn som er gått i oppløsning, og er blitt ødelagt eller fått sprekker. Pasientene som led av schizofreni hadde en omfattende oppløsning av sine mentale prosesser, derfor ble nettopp ordet schizofreni valgt som navn på diagnosen. Schizofreni er mer et syndrom enn en diagnose. Siden sykdomsbildene er omfattende og ulike, diskuteres det om schizofreni og affektive tilstander egentlig er ulike tilstander, eller om det er en felles psykoselidelse uten særlig klare diagnostiske skiller. I ICD-10 systemet står schizofreni under samme gruppe som schizotypi, paranoide lidelser og schizoaffective lidelser (Johannesen, 2011).

Relasjon – det som skjer mellom to eller flere mennesker. Grunnet for relasjonen starter allerede ved første møte. Hvordan møtet oppleves påvirker det videre arbeidet med relasjonen. Dersom den nære relasjonen blir skadet i ung alder øker sannsynligheten for psykisk sykdom (Lemvik, 2006).

Sykepleier – bachelorutdannede sykepleiere fra høyskole eller universitet uten videreutdanning. I denne oppgaven er sykepleieren ofte omtalt som hun for å gjøre det enklere og skape en mer ryddig tekst enn om jeg skulle skrevet han/hun. Jeg har valgt å omtale sykepleieren som hun siden sykepleier er et kvinnedominert yrke.

2.0 Teori

2.1 Begrunnelse for valg av litteratur

Jeg har prøvd å finne god litteratur som dekker både temaet schizofreni og relasjon. Bruken av både faglitterær og biografisk materiale er bevisst. Hensikten med dette er ønsket om å se likheter/ulikheter og sammenhenger fra teori og opplevde situasjoner. Mennesker som lever eller har levd med schizofreni er ressurssterke mennesker hvis de bare får utspille seg på rette måte. Ressursene kan bli gjemt eller oversett fordi de har problemer med sin virkelighetsoppfattelse, og problemer med å skille mellom seg selv og omgivelser. Vi hører ofte at pasienter med psykisk lidelse og schizofreni ofte blir sett ned på, og ofte stigmatisert. Det å se at pasienter som har/har hatt schizofreni kan skrive bøker belyser hvilke gode og dårlige sider psykiatrien har, noe som igjen kan være med på å styrke kunnskapen til helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen. Siden vi i denne oppgaven ikke skal utføre intervjuer selv, har jeg valgt å bruke biografisk materiale for å belyse pasientens opplevelse av egen sykdom. Omfanget av teoretisk litteratur og biografisk litteratur er bevisst valgt siden problemstillingen min har fokus på hvordan relasjonen påvirker opplevelsen av egen sykdom, og hvordan relasjonen kan bygges. Jeg har valgt og ikke dra inn for mye forskjellig teori og litteratur for at problemstillingen og perspektivet på min oppgave ikke skal ”drukne” i for mange ord og meninger.

2.2 Teoretisk perspektiv – Relasjoner tenkt slik Schibbye tenker

Holdninger dannes ikke bare av å lese og kunne teori, men ved personliggjøring og integrering og et bakenforliggende menneskesyn. Mennesker som individer lever i en nær og gjensidig sammenheng med andre, og dermed er det viktig å se pasienten som en helhet. Relasjonen mellom mennesker kan beskrives på to grunnleggende måter. Enten er det en ”jeg-det” relasjon, eller så er det en ”jeg-du” relasjon. En ”jeg-du” relasjon bygger på åpenhet, nærhet og direktehet. Du er interessert i motparten, du er villig til å engasjere deg i denne relasjonen. I en ”jeg-det” relasjon ser man på motparten mer som et objekt, og man viser ikke interesse for å engasjere seg på samme måte. For at man som behandler skal kunne forstå å sette seg inn i pasientens smerte og sykdom må man tørre å kjenne på egne følelser. Man må forstå sine egne følelser før man kan forstå pasientens (Schibbye, 2009).

2.2.1 Relasjonsbygging

Det å skape kontakt og relasjon med psykotiske pasienter kan være utfordrende siden de til en hver tid er mistenksomme og kan ha problemer med å forstå språket. Man må være forberedt på at pasientene kan teste ut sykepleieren, finne ut om hun er til å stole på og om hun er interessert i pasienten. På grunn av dette er det viktig at sykepleieren viser at hun er til å stole på gjennom en lyttende og anerkjennende holdning. Sykepleieren må vise forståelse og profesjonelle holdninger om nærhet og avstand. For at pasienten skal tørre å dele sine følelser og behov må han føle seg trygg. Tryggheten dannes blant annet ved at sykepleieren virkelig har tro på at pasienten kan mestre sitt liv på sin måte (Hummelvoll, 2012). For at relasjonsbyggingen mellom pasient med psykisk lidelse og sykepleier skal lykkes er det viktig at den er personorientert og individuell, ikke generell og diagnoseorientert. Pasienten må styre sitt eget liv og utviklingen av eget tilbud, pasienten må få medvirke. I tillegg må sykepleierne (fagpersonene) bruke kunnskap for å styrke relasjonen. Dersom vi viser at vi har mye fagkunnskap skaper det en trygghet for pasienten (Lemvik, 2006).

For at pasienter skal ha god effekt av behandlingsprosessen er relasjonen mellom behandler og pasienten med psykisk lidelse alfa og omega. For at relasjonen skal være god er det viktig å formidle til pasienten at du som pleier er engasjert i pasientens tilfelle, samtidig som du viser at det er en mulighet for at pasienten kan bli frisk. Dette igjen handler om å formidle håp og understreke at det finnes håp selv i tunge stunder. Det at personellet har håp når pasienten ser mørkt på situasjonen kan være med å snu alt til det bedre. Alt som er nevnt ovenfor i dette avsnittet understreker viktigheten av at behandlerne setter seg inn i pasientens situasjon. Du som behandler må kunne se problemene, men også ressursene pasienten har (Topor, 2007). For at pasientene skal utvikle seg er gjensidig anerkjennelse mellom pasient og sykepleier viktig. Man må tørre å ta den andres synspunkter og bytte posisjoner. På denne måten ser man hverandre som subjekt og ikke objekt. For at dette skal være mulig å gjennomføre er gjensidig likeverd viktig (Schibbye, 2009). Røkenes & Hanssen (2012) skriver også noe om forholdet til pasientene. Viktigheten av å møte og forholde seg til hele mennesket, ikke bare se på pasienten som en ting du legger igjen på kontoret når du går hjem for dagen, må understrekes. Du kommuniserer og samhandler med pasienter (subjekter), du håndterer de ikke slik du gjør med et objekt. Som sykepleier må man være i stand til å se pasienten som subjekt, men også kunne handle objektivt med behandling i situasjoner der dette er nødvendig. Evnen til å kunne handle på en slik måte kalles relasjonskompetanse, du må være reflektert og kunne begrunne

egne handlinger. En utfordring i relasjonsbyggingen er å forstå den syke pasienten. For friske mennesker kan det være vanskelig å forstå den sykes verden, nettopp fordi de to verdenene er så totalt forskjellige. Vi oppfatter og forstår på grunn av egne erfaringer, følelser og tanker. Kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel for å forstå pasientens opplevelse av verden.

2.2.2 Har relasjonen noen betydning?

Røkenes & Hanssen (2012) sier at relasjonen mellom pasient og pleier har mye å si, spesielt i sykepleie til pasienter med psykiske lidelser. I mange tilfeller er selve relasjonen viktigere enn det som blir sagt og gjort. Måten situasjoner blir oppfattet på bygger på hva slags relasjon som dannes. Dersom relasjonen er god og trygg kan personalet i enkelte situasjoner gi konstruktiv kritikk som blir tatt til ettertanke av pasienten. Men hvis relasjonen ikke er god og en pleier gir konstruktive tilbakemeldinger kan dette oppfattes helt feil av pasientene, spesielt hvis de er psykotiske. Da kan beskjedene fort tolkes som sarkastiske, truende, avvisende osv.

Pasientenes selvfølelse er utsatt i en relasjon med fagpersoner, og det er viktig å huske på at samtaler kan bli feiltolket. Det å huske på at pasientene vurderer oss som helsepersonell er viktig. Det er mange faktorer som spiller inn på om de velger å stole på personalet eller ei. Væremåten vår, måten vi kler oss på, sitter på, tar i mot og hilser på, hvor interesserte vi er i pasienten, om vi lytter osv. skaper grunnlaget for relasjonen. Kort og godt teller førsteinntrykket mye. Empati – evnen til å ta til seg andres følelser uten å bli fanget eller bundet i dem er også en viktig egenskap for å bygge relasjon. Du skal være sterkt følelsesmessig tilstede, samtidig som du avgrenser deg og reflekterer over situasjonen.

2.3 Det å leve med schizofreni – subjektive opplevelser

Arnhild Lauveng har skrevet flere bøker om hennes erfaring som pasient med diagnosen schizofreni. Hun er nå frisk og utdannet psykolog. I hennes bøker skriver hun om sine erfaringer rundt det å være syk og til stadighet bli innlagt.

Lauveng (2005) skriver blant annet om viktigheten av det å bli sett på som et menneske og ikke bare som en sykdom. Det at en pleier faktisk tørr å sette seg ned for å lytte til det pasienten har å si er viktig. Man føler seg sett og det blir lettere å samarbeide. Hun skildrer flere situasjoner som hun har opplevd som gode og trygge, samtidig som hun også belyser situasjoner som ikke er heldige i behandling av psykisk syke mennesker. Blant positive

opplevelser skriver hun om leger som innrømmer feil og beklager seg til henne, leger som har tillit til å gi henne litt frihet ved å gå turer alene, politi som viser respekt og trygghet ovenfor henne i psykotiske episoder osv.

Samtidig som hun skriver om personale som respekterer henne og lytter, har hun også opplevd vonde situasjoner. Blant annet skriver Lauveng (2005) om en situasjon der hun blir hentet av politiet og fulgt til legevakten. Mens hun venter på legen blir hun satt inn på et rom sammen med politimennene. Hun har håndjern på og har med en bamse som hun holder mellom bena. Politimennene rakker ned på henne og tar fra henne bamsen. Hun gjør det tydelig gjennom bøkene hun skriver at disse hendelsene er en del av livet hennes selv om hun nå er frisk. Hun forholder seg til politi ganske ofte pga hennes arbeid som psykolog, men hun merker det gjør vondt rundt håndleddene, der håndjernet satt, når hun opplever slike episoder igjen. Samtidig skriver hun om hvor mye de positive situasjonene betydde, og hun sier at mange av situasjonene hun har opplevd som gode og trygge har gjort samarbeidet mellom henne og pleier/lege mye enklere. Hun understreker viktigheten av de små positive tingene i hverdagen, og hvor mye disse situasjonene og hendelsene har å si for hennes sykdomsbilde. Ett eksempel er den situasjonen der hun blir akutt innlagt for suicidalitet, og hun allikevel blir gitt tillatelse til å ta seg et varmt bad (med pleier tilstede) og at de gir henne pysjbukse uten strikk i livet. Det at legen viste henne denne forståelsen og tilliten gjorde at hun fikk en god dag, og hun slapp medisiner og andre traumatiske opplevelser siden hun da roet seg helt ned. Det var dette hun trengte i akkurat denne situasjonen, nettopp det å føle seg sett.

2.4 Schizofreni

Psykoselidelser kjennetegnes ved at evnen til å skille mellom seg selv og omgivelser er nedsatt, eller at den realitetstestende evnen er svekket. For schizofreni ser man i tillegg at virkeligheten, tankemønstre, sanseopplevelser og omstendigheten tolkes på en forvridd måte. Pasientene kan ha hallusinasjoner både i forhold til hørsel, lukt, syn og berøring. I tillegg er også affektforstyrrelser vanlige (angst, depresjon, irritabilitet, oppstemthet, likegyldighet, nedsatt følelsesmessig reaksjon, tankeforstyrrelser og bisarr atferd). Disse symptomene kalles positive symptomer og kommer utenom personens normale sansing og tolkning av omgivelsene. Det finnes også negative symptomer på schizofreni, disse kan for eksempel være affektflathet (likegyldighet og nedsatt følelsesmessig reaksjon), oppmerksomhetsforstyrrelse, innskrenket taleevne (alogi), mild apati og tendens til asosial

atferd (anhedoni). De negative symptomene forekommer ofte sent i forløpet av sykdommen, gjerne når sykdommen utvikles til kronisk. Samtidig er det viktig å få med at de positive symptomene også kan følge med over i den kroniske fasen, mens de negative symptomene oftest fremtrer sent i utviklingen av sykdommen, mot overgangen til kronisk sykdom. Det er vanskelig å vite hva som kan være årsaken til at schizofreni utvikles. Samtidig øker kunnskapen rundt sykdommen, og det er i senere tid slått fast at miljø har mye å si for utviklingen av sykdommen. Sammenhengen mellom arv og miljø antas også å ha betydning (Johannesen, 2011).

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) sier at schizofreni er den alvorligste psykoselidelsen. Han nevner også dette med positive og negative symptomer, men han tar også med disorganiserte symptomer, som for eksempel kan være merkelig oppførsel, usammenhengende tale osv. De deler også schizofreni opp i tre undergrupper; en paranoid form, en disorganisert form og schizofreni med overveiende negative symptomer. Schizofreni rammer ca 1 % av befolkningen og har ofte debut i ung alder, mellom 15 og 25 år er vanligst. Før i tiden var diagnosen schizofreni på mange måter en "dødsdom", man ble aldri frisk. I de senere årene har prognosene blitt betraktelig bedre, og man regner med at størsteparten blir friske etter første anfall. Siden mange allikevel kan få tilbakefall regner man med at ca 25 % blir helt friske, mens 60 % blir tilnærmet friske hvor de lærer å leve i dagliglivet med eventuelle restsymptomene.

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er en fremgangsmåte for å tilegne seg ny kunnskap gjennom å løse problemer. Metoden viser hvordan man skal gå frem for å tilegne seg kunnskap. Metoden er et verktøy og et hjelpemiddel for at vi skal finne fram til den informasjonen og dataen vi trenger. Det finnes ulike typer metode, både kvalitativ, kvantitativ og en kombinasjon av disse. Kvantitativ metode samler informasjon om målbare enheter, og presenteres ved hjelp av prosent og gjennomsnitt. For eksempel kan kvantitativ metode fremstille en statistikk over hvor mange pasienter som lever med schizofreni. Kvalitativ metode går mer på personers opplevelse og meninger. Disse opplevelsene lar seg ikke tallfeste eller måle (Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven løses som en litteraturstudie, der det blir tatt utgangspunkt i fem hovedartikler. I tillegg brukes både relevant pensumlitteratur og annen faglitteratur.

Fosberg & Wengström (2008) skriver at en systematisk litteraturstudie skal inneholde systematiske søk hvor litteraturen kritisk granskes og sammenlignes innenfor et valgt tema eller problemområde. Informasjonen samles gjennom aktuell litteratur, mens aktuell data samles gjennom vitenskapelige tidsskrifter og artikler eller andre vitenskapelige rapporter. Det finnes ingen krav i forhold til antall studier en litteraturstudie skal inneholde, men jeg velger å bruke fem artikler i min oppgave. Dette er fem forskjellige artikler, hvor noen fokuserer på pasientperspektivet, og andre fokuserer på sykepleierperspektivet. På denne måten vil jeg få et godt utgangspunkt i forhold til antall artikler. Jeg har valgt å begrense meg til fem artikler for at det ikke skal bli for mye i forhold til oppgavens begrensninger. Når jeg kun bruker fem artikler kan jeg også fordype meg og sette meg mer inn i hver enkelt artikkel. Samtidig er det viktig å presisere at dette er et lite utvalg av artikler, og hvis det skal brukes for å endre eventuell praksis bør det gjøres et grundigere og større litteratursøk.

3.3 Litteratursøk

I denne studien er det blitt brukt aktuell litteratur fra pensum, samt bøker jeg har funnet på biblioteket på HSH Haugesund. Jeg brukte bibsys sitt søkeprogram for å søke opp litteraturen.

I søkeprosessen til de aktuelle artiklene ble CINAHL mest brukt. SveMed ble brukt for å finne MESH ord. Søkord som ble brukt var: schizophrenia, interaction, paranoid, reality testing, interacting, trust, psychosis, nursing, nurs-patient relationship, relation. I tillegg fikk jeg anbefalt to artikler av veileder som ble søkt opp i CINAHL ved hjelp av tittel og forfatternavn. Jeg vil forklare nærmere om kombinasjoner og treff. Det er ikke alle søk og kombinasjoner det ble treff på/ingen aktuelle treff, derfor nevnes ikke de igjen.

Den første artikkelen ble funnet ved hjelp av søkeordene schizophrenia and interaction i CINAHL. Da det ble søkt på disse uten begrensninger fikk jeg 169 treff. Jeg begrenset søket til artikler med fulltext only, og søketreffet ble 57. Jeg fikk treff på samme artikkel ved kombinasjonen schizophrenia and nurse-patient relationship. På denne kombinasjonen var det 8 treff, her også avgrenset til fulltext. Den andre artikkelen ble funnet ved hjelp av søkeordene schizophrenia and nursing, med begrensningen fulltext i CINAHL. Søketreffet ble 364. Den første artikkelen jeg ble anbefalt heter: Former patient's experience of psychiatric care: A qualitative investigation. CINAHL ble brukt, og jeg søkte på: former patient's experience, og treffet ble 436. Artikkelen jeg ville ha var første treff. Den andre artikkelen var Patient's perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. CINAHL ble også brukt her og jeg søkte på deler av tittelen: Patient's perceptions of the concept. Søketreffet var 3047.

Grunnen til at jeg valgte de fem forskjellige artiklene er fordi jeg synes de har visse likhetstrekk, samtidig som de fokuserer på helt forskjellige ting. Det at noen av de er fra pasientperspektivet, mens andre er fra sykepleierperspektivet danner et godt grunnlag for diskusjon og drøfting. I tillegg synes jeg de på denne måten belyser problemstillingen godt. Alle artiklene omhandler relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det viste seg at alle artiklene var kvalitative, og det kan virke som kvalitativ metode er mest brukt i forskning på dette området. Samtidig valgte jeg de forskjellige artiklene ved å sjekke at det var forskning ved bruk av IMRAD metoden, og i tillegg sjekket jeg at alle var en del av et stort og kjent tidsskrift. Noen av artiklene står det direkte er godkjent av en etisk komité, mens de det ikke

står på er godkjent gjennom tidsskriftet de er publisert i. Etter hvert som jeg slapp begrepet schizofreni som søkeord så jeg at det allikevel var en del forskning rundt dette temaet, men at de ikke bruker begrepet schizofreni, fordi det kan oppleves stigmatiserende. Derfor bruker de heller begrepet psykose. I noen av artiklene skrev de at det omhandlet psykose, og spesifiserte at hovedvekten lå på schizofreni. Jeg leste alle artiklene grundig før jeg valgte de, slik at jeg så om de inneholdt relevante resultat og funn for min oppgave. Det var flere artikler som falt vekk etter hvert som jeg satte meg grundig inn i om de var etisk godkjente, hadde relevant informasjon osv. Jeg tok også hensyn til om jeg synes artikkelen var ryddig og om den tok hensyn til informantene ved for eksempel informasjon om mulighet til å si nei, anonymisering osv.

3.4 Resultat

I denne oppgaven har jeg brukt fem forskjellige forskningsartikler. To av artiklene handler om pasientens perspektiv og deres opplevelse av sykepleien, en handler om hvordan man som sykepleier på best måte skal samhandle og skape relasjon med pasienter med schizofreni, en handler om hvordan hjemmesykepleieres holdninger påvirker pleien til pasienter med schizofreni, mens den siste artikkelen handler om et treningsprogram et utvalg av sykepleiere går gjennom for å øke relasjonskompetansen for å oppnå en effektiv samhandling med pasienter med schizofreni. Disse fem artiklene skaper et godt grunnlag for diskusjon, siden de fokuserer både på pasientperspektiv og sykepleierperspektiv.

3.4.1 Sykepleierperspektivet

Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study.
(Pounds, 2010)

Artikkelen er en pilotstudie som ser på samspillet under en samtale mellom pasienter som lever med schizofreni og en spesialsykepleier innen psykiatri. Hensikten var å beskrive nonverbalt og verbalt samspill mellom spesialsykepleieren og pasientene gjennom å analysere videoopptak som ble tatt opp underveis. Metoden er beskrivende kvalitativ. Hver samtale varte mellom 12-19 minutter. Studien er godkjent av agency's Research Committee and the university's Institutional Review Board. Hver deltager ble informert om undersøkelsens hensikt og filmingen. De fikk også mulighet til å spørre spørsmål før de skrev under.

Sykepleieren som deltok hadde ni års erfaring som spesialsykepleier innen psykiatri, og over 20 års erfaring med pasienter med psykisk sykdom. Tre pasienter deltok i studien, alle med forskjellig sykdomsbilde. En 63 år gammel afro-amerikansk dame som hadde både visuelle- og hørselshallusinasjoner på tross av sterk medisiner, en 57 år gammel hvit mann med paranoid schizofreni med tydelige symptomer på psykose, og en 44 år gammel mørkhudet mann som ikke hadde tydelige symptomer på psykose, men som gjenkjente seg i symptomer når han ble spurt av sykepleieren.

Analysen av dataene avslørte at sykepleieren ofte flyttet kroppen sin mot pasienten for å formidle forståelse ovenfor hva de fortalte. Sykepleieren klarte å holde seg tilstedeværende selv om pasientene viste problemer med å uttrykke seg verbalt. Det var merkbart forskjell på flyten i dialogene. Med kvinnen var samtalen snakkesalig og flytende, mens med de to mennene ble det mer spørsmål og svar. Damen hadde på seg mørke solbriller, og dermed ble hodets retning erstattet med øyekontakt og hun så mot sykepleieren de første gangene. Da hun var mer psykotisk så hun vekk fra sykepleieren. De to mennene kikket på en vegg og øyekontakten var vekslende.

Sykepleierens holdning og oppførsel oppmuntret deltagerne, selv om de var psykotiske og hadde negative symptomer. Kroppsspråket hennes formidlet en villighet til å knytte seg til deltagerne.

Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia (Katakura, Yamamoto-Mitani & Ishigaki, 2010)

Hensikten med denne studien var å identifisere hjemmesykepleiernes holdninger til pasienter med schizofreni som ledet til effektiv og positiv pleie for pasientene. I tillegg skulle studien skape et rammeverk for å forstå hvordan sykepleiere anskaffer seg slike holdninger. Sju spesialsykepleiere som hadde jobbet i hjemmesykepleien i over 2 år deltok. Studien er kvalitativ. Et viktig tema er likeverdige forhold mellom pasient og sykepleier. Effektiv sykepleieholdning ble anskaffet gjennom egne forestillinger av pasienter med schizofreni gjennom to steg: møte og bli klar over uventet pasientoppførsel og bli klar over problemet i forhold til pleie. For pasientene var det viktig at sykepleierne reflekterte over fordommer mot pasienter med schizofreni og forandre fordommene med å jobbe med pasienter og ha tro på deres medfødte mulighet til å fungere i samfunnet. Funnene foreslår at psykiatrisk

hjemmesykepleie kan tjene på å legge til disse komponentene for å skape effektive sykepleieholdninger ved assistanse av denne pasientgruppen.

Effectice Interaction With Patients With Schizophrenia: Qualitative Evaluation of the Interaction Skills Training Programme (van Meijel, Megens, Koekkoek, de Vogel, Kruitwagen, & Grypdonck, 2009)

Hensikten med denne studien er å beskrive erfaringene pleiepersonalet fikk gjennom et kurs med et treningsprogram for å bedre relasjonskompetansen, samt å evaluere effekten av kurset. Det ble brukt en kvalitativ metode med intervjuer av 17 pleiere som hadde fulgt programmet. Kurset viste seg å være positivt, og personalet ble mer bevisste og ble mer forståelsesfulle, holdningene til personalet ble mer positive, kvaliteten på den terapeutiske alliansen økte samtidig som holdningen og oppfatningen av jobben ble mer positiv. Å trene på relasjonskompetanse kan bidra til bedre kvalitet på pleien til pasienter med kroniske psykiske diagnoser.

3.4.2 Pasientperspektivet

Former patients' experience of psychiatric care: A qualitative investigation (Lilja & Hellzén, 2008)

10 tidligere pasienters med erfaring fra sykehusinnleggelse blir beskrevet med en kvalitativ metode. Tre menn og sju kvinner med forskjellige diagnoser og forskjellige opplevelser av livet som innlagt er med i studien. Hensikten med studien var å utvide sykepleiers forståelse av tidligere psykiatriske pasienters opplevelse av deres tid som pasient på en psykiatrisk sengepost. De tidligere innlagte pasientene beskrev disse fem temaene: bli sett på som en sykdom, streve for en følelse av kontroll i en fremmed og skremmende situasjon, underkaste seg for undertrykkende pleie, møte en allvitende sjef og omsorg som et lys i mørket. Som en konklusjon forteller opplevelsene fra tidligere pasienter innlagt på en psykiatrisk avdeling om en kamp om verdighet i møte med diskriminering og avvisning.

Patients' perceptions of the concept of quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study (Schröder, Ahlström & Larsson, 2006)

Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan pasienter innen psykiatrien opplevde kvaliteten på pleien. For å kunne definere kvaliteten på pleien i psykiatrien er pasientenes tidligere opplevelser og erfaringer sentrale. Studien er kvalitativ, og 20 voksne pasienter innen

psykiatrien ble intervjuet. Resultatet viste at quality of care ble sett på som et positivt konsept som var med på å bedre sykepleien. Fem beskrivende kategorier kom frem gjennom studien: pasientens verdighet ble respektert, pasientens trygghetsfølelse i pleien, pasientens medbestemmelse i pleien, pasientens bedring og pasientens omgivelser mens de er innlagt. Ting som ikke hadde kommet frem i tidligere studier kom fram her: bli hjulpet til å redusere skam og det å bli tatt vare på av andre. Konklusjonen ble at funnene understreker viktigheten av forholdet mellom pasient og ansatte.

3.5 Etikk

Etikk er et stort tema som vi ser går igjen innen det meste. Det finnes yrkesetikk, forskningsetikk, personlig etikk osv., men det finnes lite grunn for å skille forskningsetikk og fagetikk. I forhold til forsøk på mennesker understreker Hovedkomiteen for norsk forskning viktigheten av bruken av retningslinjer som sier noe om hva som er akseptabelt. Slike retningslinjer er blant annet Helsinkideklarasjonen og Nürnbergkoden (Dalland, 2007).

Anonymitet er for mange helt grunnleggende for å delta på en undersøkelse. Ved å aidentifisere opplysninger (lage fiktivt navn/personnummer osv) kan ikke opplysningene lenger knyttes til enkeltpersoner. Opplysningene er anonymisert når de ikke under noen omstendigheter kan kobles til enkeltpersoner lenger. Også helseopplysninger er taushetsbelagte og skal ikke kunne spores til enkeltpersoner. Det er viktig å få frem at forskere har taushetsplikt, og forskerne er avhengige av at informantene skal stole på at den blir overholdt. Informert, frivillig samtykke vil si at pasienten har fått informasjon om hva forskningen går ut på og deltar på frivillig basis. For at informantene skal kunne skrive under på dette er det viktig med god informasjon som gjør det mulig å avgjøre om de er villige til å delta eller ei. Hvis det brukes skriftlig samtykke skal det stå i teksten etter informasjon en erklæring på at du har mottatt informasjon skriftlig og muntlig og at man ønsker å delta i studien (Dalland, 2007). I min vurdering og mitt valg av artikler har jeg tatt hensyn til det Dalland (2007) sier om etikk og anonymitet.

4.0 Drøfting

4.1 Å leve med schizofreni versus diagnosen schizofreni

Ut i fra teorien som har blitt brukt i denne oppgaven, ser vi at diagnosen schizofreni kan virke veldig stigmatiserende. Det hevdes blant annet at pasienter med denne diagnosen tolker virkeligheten annerledes enn friske mennesker. De tror de hører og ser ting sier teorien (Johannesen, 2011). Men når vi ser på schizofreni fra pasientens perspektiv, uttrykker pasienten aldri at de tror de ser eller hører, det de ser og hører er helt reelt for dem. Lauveng (2005 & 2006) forteller i sine bøker om akkurat dette, at sykdommen ber henne gjøre ting, og sykdommen er hos henne, flere personligheter som hun både ser og hører tydelig, og som kommanderer henne til å gjennomføre handlinger som straffer henne. Teorien sier også at et av symptomene på schizofreni er at pasientene blir tilbaketrukne og isolerer seg sosialt. Symptomene omtales som negative, og at de fremtrer sent i sykdomsforløpet når sykdommen er på vei til å bli kronisk (Johannesen, 2011). Siden pasientene faktisk opplever sine symptomer som reelle er det viktig at vi som sykepleiere og pleiere tar oss tid til å forstå og forholde oss til at pasienten faktisk opplever det. Pasientene selv lærer seg å leve med det, forholde seg til og forstå symptomene sine, og for at vi skal klare å hjelpe de til å bli friske må vi sette oss inn i deres ståsted (Katakura, Yamamoto-Mitani & Ischigaki, 2010). Hvis man skal prøve å sette seg inn i pasientens situasjon kan vi vel alle tenke oss at det er vanskelig å la være å isolere seg sosialt dersom de opplever at ingen tror på eller forstår deres virkelighet. Hvorfor og hvordan skal de kunne leve et tilnærmet normalt liv når deres stemmer og opplevelser ikke blir tatt på alvor av pleiere og mennesker rundt dem? Det å ikke få anerkjennelse på at andre forstår at de opplever dette som reelt, det må være veldig vondt og vanskelig. Man føler seg fort alene, og da er det kanskje lettere å trekke seg tilbake å bare ha med seg selv å gjøre?. Samtidig som man kan forstå at det å isolere seg kan være en lett utvei, vil det føre til at man blir ennå mer ensom og alene med sykdommen sin. Man har ingen andre å snakke med om sykdommen, ingen som kan forstå dem. Det å isolere seg sosialt blir da kanskje begynnelsen på en ond sirkel som er vanskelig å stoppe. Derfor mener jeg det må være viktig å fange opp pasientene før det har gått så langt at de isolerer seg sosialt, i det minste gjøre et forsøk. Hva skal til for at pasienten ikke isolerer seg? At noen lytter oppriktig til det de har å si. At det blir gitt forståelse for deres opplevelse av verden selv om andre ikke ser og opplever. Det å tørre å se pasienten sitt perspektiv, og godta at det de ser og opplever er reelt for dem, selv om det ikke er det for oss, tror jeg er en veldig viktig del av det å forstå

pasientene, og få en begynnelse på en god relasjon. Lilja & Hellzen (2008) skriver blant annet at den lette utveien når pasienter opplever at ingen tror på dem, ofte blir å trekke seg vekk og isolere seg for å prøve å takle hverdagen på sin måte. De sier videre at sykepleiere kan forhindre isolasjon og vonde tanker ved å aktivisere pasienten med det de liker. Eksempler kan være spille brettspill, gå tur, strikke osv.

Lilja & Hellzén (2008) belyser i sin artikkel hvordan pasientene opplever å være innlagt på en psykiatrisk institusjon. Det kommer frem at det kan være tøft, og pasientene føler seg ofte sett som en sykdom istedenfor et enkeltmenneske samtidig som medisinerer virker som letteste utvei. Selv om pasientene gir tydelig uttrykk for behov for samtale har de fleste opplevd å få svar med medisinerer. Samtidig har de fått frem at pleien på slike institusjoner ofte kan være som et lys i enden av tunnelen. De gangene de føler seg sett og hørt kan de klare å slappe av, føle seg trygge og beskyttet fra sykdommen. Forholdet mellom sykepleier og pasient kan være avgjørende for et godt opphold, da de føler at de har noen de kan stole på. De får et slags vennskap gjennom pleierne. Det å plutselig bli innlagt på en ny plass fordi man er psykisk syk, må være veldig vanskelig, spesielt når man samtidig bare blir medisinerert og ”overlatt” til seg selv og omgivelsene for å vente på at medisinen skal fungere. Vi kan tenke oss at de er i trygge hender, og at det ikke er noe de kan skade seg på der, men når man blir innlagt på en psykiatrisk avdeling er det ofte et rop om hjelp. Om det ikke er pasienten selv som direkte roper om hjelp, er det samfunnet og familien rundt som ser at pasienten er så syk at han trenger hjelp. Medisinerer kan ikke i dette tilfelle være tilstrekkelig, og forskningen sier også noe om viktigheten av å bli sett på som et medmenneske. Ikke bare Lilja & Hellzén (2008) understreker dette, men også Schröder, Ahlström & Larsson (2006) belyser problemet. Deres forskning går ut på pasienters opplevelse av kvaliteten på pleien i psykiatri, og noe av det som var avgjørende for at pasienten skulle oppleve god kvalitet på pleien, var at personalet viser empati, humor og har gode handlinger, tar seg tid til pasientene, viser dem at de blir sett som enkeltpersoner osv. På denne måten føler pasientene seg sett og trygge. Jeg har selv sett både på jobb og i praksis at medisinerer kan ødelegge relasjonen mellom pasient og sykepleier. Pasientene er ofte lei av all medisinerer og alle bivirkningene den medfører, og de fleste er såpass oppegående at de selv forstår hva de får medisiner for. Når de da uttrykker et behov for å snakke og får svar med økt eller ny medisinerer brister ofte relasjonen man har. De blir usikre, sinte og ofte også redde. Hvorfor skal de få mer medisiner når det er samtaler de ber om? Jeg kan godt forstå at de mister tilliten til sykepleiere og leger når dette er svaret de får. Ingen vil bli puttet inn i en skuff eller et skap for oppbevaring, og for å sette situasjonen på

spissen er det kanskje det pasienter i psykiatrien av og til utsettes for. De er bare på en institusjon for behandling og medisinerings.

4.2 Jeg – du forholdet, en utfordring for sykepleieren

Schibbye (2009) beskriver relasjonen som enten en ”jeg – det” relasjon, hvor synet på hverandre er objektivt, eller en ” jeg - du” relasjon hvor begge parter ser på hverandre som enkeltpersoner, hvor man behandler hverandre med åpenhet og respekt. En fellesnevner i alle artiklene jeg har brukt i denne oppgaven er nettopp det å se hver pasient som et enkeltmenneske, og å møte de med åpenhet og respekt. Det som skiller de forskjellige artiklene er at de har forskjellige fokus, men allikevel kommer dette med ”jeg – du” relasjon frem. Røkenes & Hanssen (2012) sier også at det er viktig å møte mennesket som gjemmer seg inne i pasienten, og ikke bare sykdommen pasienten lider av. Klarer man å gjøre dette er grunnlaget for å bygge relasjon mye bedre, hvilket vi selv kan tenke oss. Det er vel ingen som vil knytte et bånd og stole på noen som ikke ser oss som den personen vi faktisk er?

Som sykepleiere må vi huske at vi i alle pasientmøter, men spesielt i møte med psykisk syke pasienter, skal danne grunnlaget for en god relasjon, slik at vi kan samarbeide godt med å få pasienten friskest mulig fortrest mulig. Dette kan være veldig krevende og vanskelig, og det faller seg ikke like naturlig for alle å faktisk være så åpne for andres sykdom, og i tillegg slippe de inn til seg på den måten som ofte kreves for at en god relasjon skal dannes. Røkenes & Hanssen (2012) understreker at det er viktig å være tilstede følelsesmessig, og vise empati for at relasjonen skal kunne bygges på en god måte. Pounds (2010) understreker viktigheten av kroppsspråk og verbal henvendelse til pasienter med schizofreni. Kroppsspråket har mye å si siden denne pasientgruppen ofte vurderer sykepleiere og andre pleiere nøye før de velger å åpne seg. Hun understreker også at det er viktig med bredt kompetansefelt og jobberfaring for å kunne utøve best mulig sykepleie til denne pasientgruppen. Hver enkelt pasient opplever ting ulikt, dermed er det viktig å vise rett holdning og oppførsel i forhold til hver pasient. Det å føle seg velkommen og trygg er viktig. Av egen erfaring har jeg merket at relasjonsbygging kan være veldig utfordrende. Man må virkelig gå inn i seg selv og reflektere om hva du gjør og om det er det rette. Det er ikke alltid like lett, alle pasienter er forskjellige og krever ulikt fra deg som sykepleier. Da jeg var i psykiatripraksis kom jeg i kontakt med en pasient med schizofreni som hadde levd med denne sykdommen fra han var liten. Han fungerte godt i dagliglivet, men trivdes godt alene. Derfor fikk jeg beskjed om å ikke mase på han, bare si hei

og vise at jeg var tilstede. Gjennom samtaler da pasienten var åpen for det fikk vi til slutt en veldig god relasjon. Og det på tross av at jeg som sykepleierstudent var usikker på om det jeg gjorde var rett og om han stolte på meg. En slik opplevelse var en vekker, for det er ikke alltid du trenger å gjøre så mye, så lenge du er deg selv, respekterer pasienten som enkeltperson og viser at du bryr deg og er til stede i hans hverdag. Dette er kanskje noe alle sykepleiere som jobber med psykisk syke må reflektere over. Nettopp det om de tør å vise hvem de er, slippe pasientene innpå seg, men samtidig sette tydelige grenser. Jeg tror mange pleiere som har lett for å ty til ”jeg – det” relasjon er redde for å slippe pasientene for mye innpå seg. Samtidig kan det virke som mange er veldig usikre på denne pasientgruppen, og løsningen med å være bedrevitende kunnskapsperson blir lettere å gripe. van Meijel et al. (2009) bevisstgjør viktigheten av faglig kunnskap for å kunne se pasienten som et medmenneske og danne et grunnlag for god relasjon. Et kurs i relasjonskompetanse resulterte i at sykepleierne fikk et nytt og bedre syn på pasienter med schizofreni. De lærte seg å åpne og engasjere seg mer, samtidig som de fikk kunnskap om hvorfor pasientene oppfører seg som de gjør, og dermed ble det lettere å hjelpe pasienten til en bedre hverdag. Kurset skapte økt forståelse og realistiske forventninger til pasientene.

Pasienters opplevelser fra innleggelse i psykiatriske institusjoner er ofte veldig blandet. I enkelte tilfeller har innleggelsen vært en redning, mens i andre tilfeller skaper innleggelsen mange vonde følelser. Noe av grunnen til dette er mange syke medpasienter og lite kontakt med personalet, som igjen skaper en følelse av å bli oppbevart (Lilja & Hellzén, 2008). Med en gang man føler seg oppbevart og lagret er det brudd på relasjonen og et ”jeg – du” forhold mellom pasient og pleier. Relasjonen som kunne vært bra har blitt til en skremmende og usikker ”jeg – det” relasjon, hvor sykepleieren er jeg og pasienten er det. Lauveng (2005 & 2006) har presisert flere ganger i sine bøker viktigheten av personlig kontakt med pleiepersonale og leger som virkelig ser på deg som et medmenneske. Hvorfor er det fortsatt slik da at pasienter i psykiatrien, som allerede har en tøff hverdag, skal føle seg lite sett og hørt? Det kan neppe bedre sykdomsforløpet å få en ”bekreftelse” på at du er alene i sykdommen din når ingen viser interesse for deg og din situasjon. Dette er en vanskelig situasjon, siden det også er viktig å vise pasientene profesjonalitet og kunnskap. Samtidig er det kanskje ikke så bra å engasjere seg for personlig i pasientforholdet. Det er viktig å vise at du har en relasjon med pasienten på jobb, og at du i din situasjon som sykepleier kan være en støtte og venn mens pasientene er innlagt. Men det å gå inn i et for nært forhold kan være uheldig for både pasient og sykepleier. van Meijel et al. (2009) understreker nettopp det med

viktigheten av at sykepleierne skal være involverte og åpne i relasjonsarbeidet. Refleksjon over eget arbeid hjalp til med å bedre forståelsen av pasientenes situasjon. Refleksjonen hjalp også sykepleierne å slippe fordommer mot pasientene, samtidig som det ble lettere å tilpasse egne holdninger. Ved hjelp av dette kurset ble holdningene og fokuset til sykepleierne forandret.

4.3 Relasjonen – har den betydning for opplevelsen av egen sykdom?

Som Røkenes & Hanssen (2012) beskriver i sin litteratur, har relasjonen mye å bety for forholdet mellom pasient og sykepleier. Førsteintrykket sykepleieren gir pasienten er viktig for at relasjonen i det hele skal kunne dannes. Dersom sykepleieren gir inntrykk av at hun er til stede kun for å gjøre jobben sin for å tjene penger kan dette føre til at pasienten trekker seg helt vekk og unngår å åpne seg for sykepleieren. Det at vi som sykepleiere viser en genuin interesse, empati og åpenhet i møtet med pasientene er viktig for å gjøre arbeidet med en god relasjon og best mulig pleie så lett som mulig. Jægtnes (2005, s.21) sier i sin bok hvor han skriver om det å leve med schizofreni: *”Jeg har aldri fått en trøstende klem fra en pleier når jeg har hatt det vondt, og heller aldri fått gå skikkelig inn på traumatiske opplevelser i samtaler med dem”*. En slik ærlighet gjør at inntrykket av deres hverdag forsterkes. Det må være grusomt å leve i en verden der du ikke får utløp for ditt behov for både en klem og noen som virkelig lytter til det du har å si. I disse setningene han beskriver kommer det også fram hvor mye relasjonen faktisk har å si. Så hvorfor kan ikke han få en klem og bli lyttet til slik han gir uttrykk for at han trenger? Det er vanskelig å si, men dette understreker viktigheten av at vi som sykepleiere er tilstede og prøver å se pasienten og hans behov på best mulig måte til enhver tid. Ut fra en artikkel skrevet av van Meijel et al. (2009) kom det frem at sykepleiere synes det var vanskelig å vite hvordan de skulle forholde seg til pasienter med schizofreni. Det viste seg at sykepleierne hadde for lite kunnskap om relasjonskompetanse, og gjennom et kurs med fokus på nettopp dette økte kompetansen og tryggheten til arbeid med en slik pasientgruppe. Fordommer og mangel på åpenhet og tillitt til pasientene gjenspeilte seg gjennom mangel på kunnskap og tryggheten til å gi av seg selv i en relasjon med pasienten.

Lilja & Hellzén (2008) presiserer i sin artikkel viktigheten av en god relasjon med pleiere og sykepleiere under et opphold på en psykiatrisk avdeling. Ofte følte pasientene at det var vanskelig å danne relasjon med personalet, noe som ofte førte til tilbaketrekking, isolering, negativ oppførsel osv. Hvis pasientene derimot følte seg sett og ikke ble overmedisinert kunne

oppholdet bli en redning og vending i sykdomsforløpet. Pasientene fikk da tid til å hvile, føle seg trygge og ivaretatt, kjenne på et fellesskap mellom pasient og personal som også ble et slags vennskap. Det å bli sett på et normalt medmenneske var avgjørende, samtidig som humor hjalp til å lette på stemningen. Vi som sykepleiere må til en hver tid strebe etter at denne gode relasjonen skjer, slik at pasientene føler seg trygge og ivaretatt. Det må være veldig godt å komme til en psykiatrisk avdeling å føle nettopp dette når alt annet kan føles kaotisk og utrygt. Schröder, Ahlström & Larsson (2006) understreker i sin artikkel at det er viktig med verdighet og respekt i møtet med en psykiatrisk pasient. På denne måten opplever pasientene god kvalitet på pleien. Når pasientene blir hørt, sett og blir møtt med empati føler pasientene seg trygge samtidig som det kan hjelpe å fjerne skam og stigmatisering. Pasientenes medbestemmelse er viktig, slik at de kan være med å påvirke sin pleie på best mulig måte. Samtale med sykepleiere som viser genuin interesse for pasienten skaper trygghet, tillitt og en god relasjon. Mye av det de forskjellige artiklene har konkludert med burde kanskje vært en selvfølge. Hvis vi skal tenke oss at vi som ikke lider av en psykisk sykdom blir innlagt på en hvilken som helst avdeling er disse funnene de har kommet frem til noe vi hadde forventet å oppleve. Når man blir innlagt på et sykehus forventer man å bli hørt og å få medvirke til egen pleie. Derfor setter jeg spørsmål ved hvorfor det ikke er en selvfølge i pleien til psykisk syke? Kan det være fordi det er en gruppe i samfunnet som stiller svakere enn andre psykisk friske? Det er ikke godt å si, men ut fra funnene i artiklene, og den biografiske litteraturen har det kommet klart frem at relasjonen er viktig og avgjørende for at pasientene i psykiatrien (kanskje spesielt pasienter med schizofreni, da deres sykdomsbilde er så komplisert og stort) skal oppleve god og trygg pleie, slik at de kan bli fortrest mulig frisk.

Lauveng (2005) understreker viktigheten av at sykepleierne og andre pleiere skal ha egenskapen til å se pasienten som den faktisk er, og godta det. At sykepleierne har egenskapen til å vise at de faktisk er mennesker samtidig som de er fagfolk, og at de aksepterer at pasienten er et menneske på lik linje som dem selv. Dette kan for eksempel komme til uttrykk gjennom å snakke om dagligdagse ting, spille spill, gå turer osv. Enkelt og greit være med pasienten og gjøre ting du ville gjort med en hvem som helst annen person. Selvfølgelig i de periodene pasienten er frisk nok til dette. Når pasienter selv understreker viktigheten av dette må det ligge noe sant i det. Tross alt er det pasientene som blir ressursene her, i og med at de kan snakke av erfaring. Uansett hvor mye teori vi ser på er det kanskje viktigst å ta hensyn til erfaringer og faktiske opplevelser. Det er ikke alltid teori og praksis går hånd i hånd, selv om teorien absolutt sier mye av det samme som pasientene understreker.

Slik jeg oppfatter det har teorien rett i mye av det som blir sagt, men etter mitt syn burde teorien vært åpen for en ny innfallsvinkel. En innfallsvinkel der man faktisk godtar at schizofrenidiagnosen er subjektiv og ikke objektiv. En pasient som lever med schizofreni er en person på lik linje som alle andre, men deres liv og virkelighetsoppfattelse er annerledes.

5.0 Avslutning

Målet med denne studien var å besvare følgende problemstilling; *Hvordan kan sykepleiere skape relasjon til pasienter som lever med en schizofrenidiagnose, og hva salgs betydning har relasjonen for pasientens opplevelse av egen sykdom?* Grunnen til at jeg ønsket å besvare nettopp denne problemstillingen er fordi jeg har et inntrykk av at pasienter med schizofreni kan oppleve mye stigmatisering og ha en vanskelig hverdag. Jeg har hatt inntrykk av at begrepet og diagnosen schizofreni ofte blir opplevd som en dødsdom.

Relasjonsbygging til pasienter med schizofreni er og virker utfordrende og vanskelig, og derfor er det også desto viktigere å holde fokus på akkurat dette området. Det er ikke alltid like lett å gi så mye av seg selv, man må til en hver tid være åpen, lyttende, vise tillit og respekt ovenfor pasienten. Samtidig står begrepet empati sentralt, og av og til er også humor viktig. Det å se pasienten som et menneske på lik linje med en selv er kanskje noe av det viktigste innen relasjonsbygging. Det som kan være mest utfordrende når man skal danne en relasjon med pasienter med schizofreni er at det ikke finnes en fasit. Ingen pasienter er like, og alle reagerer ulikt og har ulikt behov. Derfor er det viktig å bruke god tid på å gjøre seg godt kjent med hver pasient. Samtidig er det viktig at vi som sykepleiere er åpne for nye innfallsvinkler. Refleksjon over eget arbeid er viktig, og man må hele veien analysere om det man gjør er rett. Det å være åpen for om pasienten gjør ting fordi de ikke vil, eller om de faktisk ikke kan.

Relasjonen har betydning for pasientens opplevelse av egen sykdom. Lauveng (2005 & 2006) understreker akkurat dette i sine bøker. Selv om hun ikke bruker ordet relasjon direkte, skriver hun allikevel om relasjonen. Hun understreker flere plasser viktigheten av at relasjonen er til stede og er god. En god relasjon kan gjøre sykdomsbildet lysere. Selv om det ikke gjør pasienten frisk der og da, danner det et lyspunkt i en ellers grå og tung hverdag. Det blir en liten fargeklatt i svart/hvitt bildet. Ved hjelp av slike lyspunkt kan pasientene sakte, men sikkert bruke tid på å bli friskere ved hjelp av sykepleiere og annet personale. Dersom relasjonen skulle være dårlig kan dette være med på å forverre sykdomsbildet, og pasientene velger å trekke seg vekk fordi de føler seg i veien, ikke hørt osv. Den triste og grå hverdagen kan dermed bli enda tyngre å leve i. Det at pasienter som selv har erfaringer å dele om det å være pasient i psykiatrien mener jeg det er desto viktigere at vi som helsepersonell prøver å gjøre noe med det de beskriver i sin litteratur. At vi tar tak i positive og negative sider for å

prøve å forbedre sykepleien til denne pasientgruppen. Denne pasientgruppen er minst like viktig som andre pasientgrupper på sykehus/sykehjem/hjemmesykepleie.

6.0 Litteraturliste

Dalland, O., (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Hummelvoll, J. K. (2012) *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk lidelse* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannesen, J. O. (2011). Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I: B.R. Rund (Red.) *Schizofreni* (28-42). Hertervig Akademisk.

Jægtnes, T. E. V. (2005). *En reise i egen sykdom: et vindu mot en psykiatrisk pasients hverdag*. Hertevig Forlag.

Katakura, N., Yamamoto-Mitani, N., & Ishigaki, K. (2010). Home-visit nurses' attitudes for providing effective assistance to clients with schizophrenia. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 19(2), 102-109. doi:10.1111/j.1447-0349.2009.00641.x

Lauveng, A. (2005) *I morgen var jeg alltid en løve*. J.W Cappelen Forlag AS.

Lauveng, A. (2006) *Unyttig som en rose*. J.W. Cappelens Forlag AS.

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår: psykisk helsearbeid I kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Lilja, L., & Hellzén, O. (2008). Former patients' experience of psychiatric care: a qualitative investigation. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 17(4), 279-286. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00544.x

Pounds, K. (2010). Client-nurse interaction with individuals with schizophrenia: a descriptive pilot study. *Issues In Mental Health Nursing*, 31(12), 770-774.

doi:10.3109/01612840.2010.518337

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller briste: Kommunikasjon og relasjon I arbeid med mennesker* (3. utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Schibbye, A. L. L. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Universitetsforlaget.

Schröder, A., Ahlström, G., & Larsson, B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn - kropp – samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Topor, A. (2007). En annen profesjonalitet. I: M. Borg & A. Topor. *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

van Meijel, B., Megens, Y., Koekkoek, B., de Vogel, W., Kruitwagen, C., & Grypdonck, M. (2009). Effective interaction with patients with schizophrenia: qualitative evaluation of the interaction skills training programme. *Perspectives In Psychiatric Care*, 45(4), 254-261. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00228.x

WHO (u.å.). *Psychosis, including schizophrenia*. Hentet 10. Januar 2013 fra

<http://www.emro.who.int/health-topics/schizophrenia/>