

BACHELOROPPGAVE

Relasjonsbygging sitt bidrag til økt livskvalitet

"Hvordan kan sykepleier gjennom relasjonsbygging bidra til økt livskvalitet hos pasienter med schizofreni?"

av

Helene Alden Saltskår
Kandidatnummer: 24

Building a relationship and its contribution to improve quality of life

Emnekode og navn: SK 152, Bachelor i sykepleie

Innleveringsdato: 27.05.2016

Tall ord: 6997

Veileder: Irene Sjørusen

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven *Relasjonsbygging sitt bidrag til økt livskvalitet* i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Kandidatnummer 24, Helene Alden Saltskår

JA X NEI

Sammendrag

Tittel:

Relasjonsbygging sitt bidrag til økt livskvalitet

Bakgrunn for valg av tema:

Pasienter med schizofreni lider ofte av nedsatt livskvalitet. Jeg har selv sett i praksis hva relasjonen mellom sykepleier og pasient har å si for pasientens hverdag på institusjon. Mitt møte med disse menneskene gjorde sterkt inntrykk på meg, spesielt i forhold til hvordan sykdommen påvirket dem, men også hvordan helsepersonellet kunne påvirke dagene deres.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom relasjonsbygging bidra til økt livskvalitet hos pasienter med schizofreni?

Fremgangsmåte:

I denne oppgaven har jeg brukt litteraturstudie som metode. Oppgaven er basert på pensumlitteratur, annen litteratur og fire forskningsartikler.

Oppsummering:

I oppgaven har jeg drøftet hvordan relasjonsbygging har noe å si for livskvaliteten hos pasienter med schizofreni innlagt på institusjon. Når en schizofren pasient er i psykotisk fase, kan det være utfordrende å skape en god relasjon. Forskning og teori viser at man må ta seg tid til å bli kjent, skape tillit og være bevisst på egen kommunikasjon.

Summary

Title:

Relationship building and its contribution to increased quality of life.

Background to the choice of theme:

Patients diagnosed with schizophrenia often suffer from impaired quality of life. During my practice I saw how the relation between nurses and patients matters for the patients lives at the psychiatric hospitals. To meet these people made a big impression, especially how the disease affected them, but also how the healthcare affected the patients days at the hospital.

Topic question:

How can a nurse trough relationship building contribute to increased quality of life in patients with schizophrenia?

Method:

This is a literary paper. The paper is based on required literature, self-selected literature and four research articles.

Summary:

In this paper I have discussed how relationship building matters for inpatients with schizophrenia and their quality of life, in a psychiatric clinic. When a patient diagnosed with schizophrenia is psychotic, it can be challenging to create a good relation. Research and literature shows that you have to spend time and be familiar with the patient create trust and be aware of your own communication.

Innholdsliste

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	2
1.3 Avklaring og avgrensning av problemstilling	2
1.4 Definisjon av begreper.....	2
1.5 Oppgavens oppbygging	3
2.0 METODE	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkord og databaser.....	4
2.3 Fremgangsmåte og valg av teori.....	4
2.4 Kildekritikk.....	5
2.4.1 Forskningsartikler	5
2.4.2 Annen litteratur	5
3.0 TEORIDEL	5
3.1 Schizofreni	6
3.2 Livskvalitet	6
3.3 Relasjonsbygging	7
3.4 Kommunikasjon.....	9
3.5 Joyce Travelbee sitt teoretiske perspektiv	10
3.6 Presentasjon av forskningsartikler	11
4.0 DRØFTING	12
4.1 Relasjonsbygging som redskap til økt livskvalitet	12
4.2 Et tillitsforhold sin betydning ved relasjonsbygging	14
4.3 Kommunikasjonsutfordringer ved relasjonsbygging	15
5.0 KONKLUSJON	18
6.0 LITTERATURLISTE	19

1.0 Innledning

Schizofreni er en alvorlig diagnose innen psykiatrifeltet, og kategoriseres som en egen gruppe innenfor psykotiske tilstander. Rundt 1 prosent av befolkningen rammes av schizofreni, der det vanligvis starter i en alder mellom 15 og 25 år. Vrangforestillinger, hallusinasjoner og desorganisering er eksempler på typiske symptomer ved en slik tilstand (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2015, s. 317-319). Hva som er årsakene til schizofreni, er enda ikke klarlagt. Forskning tyder likevel på at arvelige faktorer henger sammen med sykdomstilstanden, i tillegg til at miljøet har betydning for hvordan arveligheten slår ut (Folkehelseinstituttet, 2009).

Symptomene fikk meg til å tenke på hvordan det er å leve slik og hvordan en livskvalitet pasientene selv mener er god, kan bli opprettholdt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vinteren 2016 var jeg i psykiatripraksis på en psykiatrisk akuttpost. Der møtte jeg flere mennesker med schizofreni, noe som vekket min interesse for nettopp denne diagnosen. Mitt møte med disse menneskene gjorde også sterkt inntrykk på meg, spesielt i forhold til hvordan sykdommen påvirket dem, men også hvordan helsepersonellet kunne påvirke dagene deres. Ting kunne fort bli utfordrende for begge parter, spesielt i forhold til kommunikasjon. Schizofreni er en lidelse som for noen får et kronisk forløp (Skårderud et al., 2015, s. 319). Derfor er det interessant og viktig å finne ut hva en sykepleier gjennom relasjonsbygging kan bidra med for å gjøre livet litt lettere for dem, og videre bedre livskvaliteten til mennesker med denne diagnosen.

Sykepleiere er en betydningsfull del av behandlingstilbudet som pasientene møter, og er en vesentlig faktor i bedringsprosessen (Hummelvoll, 2012, s. 48). Sett fra et sykepleiefaglig perspektiv har temaet dermed stor sykepleiefaglig relevans. I lys av et samfunnsperspektiv, kan min oppgave knyttes til Helsedirektoratet (2013) sin *Nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*, som blant annet tar for seg psykososiale tiltak ved psykoselidelser. St. prp. nr. 63 (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*, ble satt i verk for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. I denne planen er begrepet livskvalitet benyttet som en del av målsettingene for psykisk helsevern. Det kan dermed stilles visse krav til kompetanse ved handlinger i møte med denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom relasjonsbygging bidra til økt livskvalitet hos pasienter med schizofreni?

1.3 Avklaring og avgrensning av problemstilling

Ut i fra min problemstilling er fokuset i oppgaven lagt på hvordan sykepleier handler for å skape en god relasjon, og hvordan dette spiller en rolle for pasientens livskvalitet.

Livskvalitetsbegrepet har ulik betydning avhengig av konteksten det benyttes i. Siden livskvalitet er et vidt begrep, vil jeg konsentrere meg om livskvalitet som psykisk velvære, følelsen av å ha det godt (Hanestad & Wahl, 2003). Ytre forhold som økonomi, jobb, boforhold og materiell velstand, inngår dermed ikke i min bruk av begrepet.

Videre blir oppgaven avgrenset til pasienter med schizofreni i akutfase på en psykiatrisk akuttpost, der det er her sykepleiere har mest kontakt med mennesker som har denne diagnosen. Med akutfase mener jeg når pasienten er psykotisk og nylig er innlagt i avdeling. Jeg vil også ta utgangspunkt i at pasienten er tvangsinnlagt. Tvunget psykisk helsevern vil si at pasienten blir innlagt uten at pasienten selv har gitt samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999). Aldersgruppen jeg vil fokusere på er voksne pasienter mellom 18 og 25 år, fordi schizofreni oftest opptrer i denne alderen. Det er vanlig i noe litteratur å dele schizofreni inn i diagnostiske undergrupper, men jeg vil se på diagnosen som helhet og velger derfor å ikke gjøre dette i min oppgave. Det er også mange elementer som inngår i behandling, som for eksempel individuell psykoterapi, familiearbeid og medikamentell behandling (Skårderud et al., 2015, s. 330). Jeg velger i denne sammenheng å kun ta for meg sykepleier sin oppgave i forhold til å bedre livskvalitet, uten å fokusere på medikamenter. Pårørende er en svært viktig samarbeidspartner ved behandling (Skårderud et al., 2015, s. 310). Grunnet oppgavens omfang, velger jeg å ikke fokusere på pårørende som en del av behandlingen til pasienten.

Jeg vil undersøke temaet ved å bruke teori og forskning som sier noe om relasjoner og kommunikasjon, men også hvordan sykepleier kan påvirke pasienters livskvalitet og hva pasienter selv mener er viktig. Gjennom oppgaven vil jeg omtale personen med schizofreni som *pasient* eller *han*, og helsepersonellet som *sykepleier* eller *hun*.

1.4 Definisjon av begreper

Jeg har valgt å definere noen flere begreper jeg mener er sentrale innenfor min problemstilling, bortsett fra schizofreni som allerede har blitt nevnt. Alle begrepene vil også

bli tatt opp igjen i teoridelen.

Psykose er definert som å leve i en annen og endret virkelighet, det oppstår en realitetsbrist. Noen psykoser er kortvarige og forbigående, mens andre kan ha et langvarig forløp. Psykose kan føre til sterkt fall i sosial funksjon hos personen som blir rammet (Skårderud et al., 2015, s. 302-303).

Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, enkeltindividets opplevelse av å ha det godt (Hanestad & Wahl, 2003). Verdens helseorganisasjon definerer livskvalitet som en subjektiv evaluering ved kulturelle, sosiale og miljømessige forhold (Sitert i Hanestad & Wahl, 2003).

Relasjon betegner at en gjenstand står i forbindelse med en annen. Et forhold eller en forbindelse mellom mennesker, er eksempler på relasjoner (Eide & Eide, 2007, s. 17).

Kommunikasjon betyr å gjøre noe felles. En personlig samtale kan være et eksempel på kommunikasjon. Et kommunikasjonsforhold må ha minst to parter (Eide & Eide, 2007, s. 17).

1.5 Oppgavens oppbygging

I oppgaven skal jeg videre si noe om metoden jeg har brukt, og presentere fremgangsmåten ved søkeprosessen av forskningsartikler og annen litteratur. Videre vil jeg legge fram teori og presentasjon av forskningsartikler, og til slutt drøfte og oppsummere teoridelen knyttet til min problemstilling.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Forsberg og Wengström forklarer dette som en type studie som går ut på at man gjør en gjennomgang av forskning som allerede fins, og som analyserer og kritisk vurderer denne litteraturen (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Man bør i hovedsak benytte primærkilder, den opprinnelige kilden, fordi sekundærkilder er andre forfattere sin tolkning av den opprinnelige teksten. Dette gjør at man sikrer seg å ikke legge fram andres feiltolkninger eller unøyaktigheter i sin egen oppgave (Dalland, 2012, s. 86-87).

Jeg har brukt fagbøker, tidsskrift og forskningsartikler. Studiedesign jeg undersøkte var kvalitative studier. Kvalitative metoder går ut på å fange opp mening og opplevelser som ikke lar seg måles eller tallfestes. Formålet er å formidle forståelse og få frem det som er spesielt. Dette ved å gå i dybden, fra intervjuobjektene perspektiv (Dalland, 2012, s. 112-113).

2.2 Søkeord og databaser

Jeg har utført et systematisk litteratursøk i min søkeprosess. I søket etter forskningsartikler brukte jeg både norske og engelske ord, for å få mest mulig ut av søkene mine. Jeg brukte Svemed+ for å finne relevante, engelske ord jeg kunne bruke i søkene. Ordene jeg brukte var schizofreni/schizophrenia, livskvalitet/quality of life, kommunikasjon/communication, relasjon/relation, inpatient og qualitative research. Disse ordene kombinerte jeg på ulike måter (vedlegg 1). Av databaser har jeg brukt Academic Search Elite (la også til databasene Medline og Cinahl) og Oria. Artikkel 1, 2 og 3 fant jeg gjennom søk i databaser. Artikkel 4 fant jeg ved å lese overskrifter ved anbefalte artikler som dukket opp som forslag når jeg hadde funnet artikkel 3. Søkene ble i starten avgrenset til tidsperioden 2006-2016, slik at ingen av artiklene som dukket opp var eldre enn 10 år. Etter hvert utvidet jeg søket til 2003-2016, for å se om det dukket opp et større utvalg artikler, og det gjorde det. Søkeprosessen ble utført 04.04.16 – 23.04.16.

2.3 Fremgangsmåte og valg av teori

Av litteratur har jeg brukt primærkilder i størst mulig grad, men siden det er mye forskning på schizofreni, har jeg også benyttet sekundærkilder for å gi et overblikk på fagfeltet. For å finne relevant litteratur, startet jeg med å gå gjennom pensumlisten manuelt for blant annet psykiatri og grunnleggende sykepleie. Her fant jeg flere bøker som er aktuelle for mitt tema. *"Psykiatriboken"* av Skårderud et al. (2015) og *"Helt – ikke stykkevis og delt"* av Hummelvoll (2012), er to bøker som jeg har valgt å bruke. Begge bøkene omhandler psykiske lidelser og psykiatrisk sykepleie. Kommunikasjon er et sentralt tema.

I tillegg har jeg funnet litt andre bøker etter å ha søkt på "BIBSYS", og fått tips og anbefalinger fra andre. Den første er boken *"I morgen var jeg alltid en løve"* av Arnhild Lauveng (2005), der forfatteren selv har vært innlagt på ulike psykiatriske avdelinger i årevis grunnet schizofreni, og vi får høre hennes historie. Teoretikeren Joyce Travelbee er opptatt av blant annet pasient-sykepleier-forholdet og kommunikasjon. Jeg vil derfor også bruke

hennes synspunkter, fra boken hennes "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" (2001). En bok av Liv Strand (2008) som heter "Fra kaos mot samling, mestring og helhet", tar for seg pasienter i dårlig psykotisk fase, som er typisk for schizofrene pasienter som er innlagt i institusjon, og dermed interessant å bruke i forhold til mitt tema. Tone Rustøen (2006) har skrevet boken "Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?". Boken sier noe om hvordan sykepleier generelt kan styrke livskvalitet i møte med pasienter, og grunnet relevans, velger jeg å ta utgangspunkt i denne vedrørende livskvalitetsbegrepet gjennom oppgaven.

2.4 Kildekritikk

2.4.1 Forskningsartikler

Databasene jeg brukte i søkeprosessen etter forskningsartikler, har blitt anbefalt av høgskolen, og jeg ser dermed på disse som pålitelige kilder. Jeg ønsket at studiene presenterte funn og resultat som relevante og pålitelige. I søkeprosessen har jeg valgt forskningsartikler etter kriteriene i kunnskapssenterets anbefalinger (Kunnskapssenteret, 2012). Noen av mine forskningsartikler er eldre enn 10 år. Jeg har likevel valgt å bruke dem, fordi jeg mener de får fram viktige synspunkter. I flere av forskningsartiklene har informantene schizofreni som diagnose, noe som spiller en viktig rolle ved å få det så spesifikt som mulig i retning min problemstilling. Ellers i artiklene jeg har brukt var pasientene enten innlagt på psykiatrisk klinikk, eller hadde vært det, noe som stemmer overens med min avgrensning.

2.4.2 Annen litteratur

I store deler av oppgaven har jeg brukt pensumbøker som er valgt ut av min høgskole, og jeg ser på dette som en stor fordel. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker, fordi boken hennes er sentral i arbeid med sykepleier-pasient-forhold. Noen av bøkene er over 10 år gamle, men grunnet like stor relevans den dag i dag, velger jeg derfor å likevel bruke dem. Dette gjelder for eksempel bøkene "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" av Travelbee (2001) og "I morgen var jeg alltid en løve" av Lauveng (2005). Sistnevnte mener jeg er ypperlig å ha med i denne oppgaven, der man får synspunkter fra både pasient og fagperson på samme tid.

3.0 Teoridel

I denne delen tar jeg for meg teori som legger grunnlag for drøftingen. Først kommer jeg inn

på hvordan en person med schizofreni kan ha det, deretter tar jeg for meg begrepene livskvalitet, relasjonsbygging og kommunikasjon. Til slutt legger jeg fram Joyce Travelbee sitt teoretiske perspektiv, og mine forskningsartikler.

3.1 Schizofreni

Ordet schizofreni betyr opprinnelig et "fragmentert sinn" (Johannessen, 2011, s. 28). Som nevnt tidligere er diagnosen schizofreni en egen gruppe innenfor psykotiske tilstander, og den mest alvorligste innenfor disse gruppene (Skårderud et al., 2015, s. 317). Når psykosen står på, vil det av den psykotiske oppleves som om det er "virkeligheten" som har blitt slik, og ikke at psykosen er en egen indre fantasiverden. Sosial fungering og atferd blir preget av dette, og det skaper gjerne stor avstand til andre mennesker (Strand, 2008, s. 32). Det å oppfatte virkeligheten, kommunisere og forholde seg til andre mennesker, er svekket. Dette virker inn på personens evne til å møte de kravene som livet stiller, og livskvalitet står dermed i fare for å bli redusert. Hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, forvirring og vrangforestillinger er vanlige psykotiske symptom. Både angst, usikkerhet og ensomhet er andre symptomer som psykosen i tillegg kan være preget av. Symptomene har ofte en faktisk mening, og vil for den enkelte kunne antyde hva som er sentralt i det pasienten har problemer med eller er opptatt av (Hummelvoll, 2012, s. 337-338). Hallusinasjonene kan berøre både hørsel-, lukt-, syn- og berøringssansen til pasienten (Johannessen, 2011, s. 31). Skårderud et al. (2015) forteller at bisarre vrangforestillinger er oftest knyttet til de pasientene som har schizofreni. Ensomheten forklares videre med at den psykotiske personen innbiller seg og er redd for ting som ingen andre kan bekrefte, eller som andre anser som fantasier. Man blir behandlet som om man er gal, og folk trekker seg unna. For noen pasienter kan det oppstå utfordringer knyttet til samtaler og kontakt med andre mennesker. Dette kan være på grunn av kognitive vansker, som et flertall av mennesker med schizofreni har, men som ofte ikke blir tatt opp eller forstått av helsepersonell. Tenkning, læring og å ta inn og bearbeide informasjon, er eksempler på evner som kan bli nedsatt (Helsedirektoratet, 2013).

3.2 Livskvalitet

Siden målet i oppgaven er å vise hvordan sykepleier gjennom relasjonsbygging kan bidra til økt livskvalitet hos schizofrene pasienter, er det hensiktsmessig å definere dette tydelig. Hva ligger egentlig i dette begrepet?

Tone Rustøen (2006) forklarer at Siri Næss, en norsk psykolog, har arbeidet lenge med begrepet livskvalitet i Norge. Næss bruker ordene livskvalitet og "å ha det godt" om hverandre, og legger vekt på følelsesmessige opplevelser knyttet til livskvalitetsbegrepet. I dette ligger det at det er personens tanker og følelser som avgjør om livskvaliteten er god eller ikke, og at livskvalitet må ses på som psykologisk og subjektiv, ikke materielt og objektivt. Hun mener fire punkt til sammen utgjør at en person har det godt og har høy livskvalitet. Det første punktet er å være *aktiv*, og med dette mener hun det å ha livslyst, interesser og engasjement som en selv opplever som meningsfullt. Punkt to viser til det å ha *samhørighet*. Dette vil si å ha kontakt, vennskap, lojalitet og å ha fellesskapsfølelse. *Selvfølelse* er punkt tre. Selvsikkerhet, føle seg vel som menneske, følelse av å mestre og av å være nyttig, er eksempler på elementer som går inn under dette punktet. Punkt 4 forklarer Næss at handler om å ha en *grunnstemning av glede*. Å ikke være avstengt for den ytre verden. Ha en grunnstemning av trygghet, harmoni, glede, lyst og velvære, i tillegg til en fravær av uro, bekymring og angst (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-19).

Videre legger Rustøen (2006) fram andres definisjoner på begrepet livskvalitet. Deriblant Hildegaard Peplau, også kalt "den psykiatriske sykepleies mor". Hun hevder at livskvalitet står synonymt med velvære, inkludert alle aspekt ved denne tilværelsen. Livskvalitet er individets egen oppfatning, nært knyttet til behov, der andre spiller en sentral rolle i å hjelpe pasienter til å møte disse behovene. Peplau fremhever at livskvalitet er en individuell opplevelse som er avhengig av tid og situasjon (Peplau sitert i Rustøen, 2006, s. 34). Videre trekkes det fram at forskning på livskvalitet, er opptatt av positive følelsesmessige og kognitive reaksjoner, og ikke på at noe er galt eller negativt (Rustøen, 2006, s. 27).

Antonovsky beskriver god livskvalitet som en sterk "opplevelse av sammenheng" i livet. En slik opplevelse mener han karakteriseres ved at man forstår hva som skjer i ens liv, at man kan påvirke dette, og viktigst, at tilværelsen er meningsfull. Dersom en relasjon består av nærhet, forutsigbarhet, empati, en lyttende holdning, tillit og trygghet, kan dette bidra til alle de tre delene av en opplevelse av sammenheng (Antonovsky sitert i Hummelvoll, 2012, s. 397).

3.3 Relasjonsbygging

En relasjon er som tidligere nevnt, en forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2007, s. 17). En god relasjon mellom sykepleier og pasient er en forutsetning for god utredning,

behandling og oppfølging. Relasjonen bør være preget av sykepleiers empati, engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme (Helsedirektoratet, 2013). Liv Strand, en spesialist i psykiatrisk sykepleie, mener kontinuitet og regelmessighet er selve rammen for at sykepleier-pasient-forholdet skal få sjansen til å bli etablert og å utvikle seg. Hun framhever at det er lite sannsynlig at man oppnår en slik allianse uten å tilby kontakt og regelmessighet, bevise gjennom handling at alle tilbud er gyldig, ha en tålmodig utholdenhet, møte opp og være tilgjengelig igjen og igjen (Strand, 2008, s. 78). Det å oppnå en allianse med en schizofren pasient er ofte vanskelig, grunnet stor mistillit til verden rundt. Johan Cullberg mener dette er fordi disse menneskene ofte har vokst opp med en mangel av kontinuitet, og dermed lukket seg i selvforsvar (Cullberg sitert i Strand, 2008, s. 78).

Å opprette tillit til andre mennesker, er en av hovedmålsettingene i arbeid med psykotiske mennesker. Gjennom en tålmodig, empatisk væremåte med pasienten, og en lytting til hans forståelse av sin egen situasjon der og da, er det behandleren kan bidra med for å fremme utvikling av tillit (Skårderud et al., 2015, s. 87). Både tillit og trygghet kjennetegner en langsiktig relasjon. I en tillitsfull relasjon er samtale selve grunnpilaren, og det handler om å overgi seg til den andre, ved å vise frem både styrker og svakheter i seg selv, i visshet om at den andre ikke vil utnytte dette. Tillit innebærer at man betyr noe for hverandre, og må dermed være noe som deles av begge parter (Hummelvoll, 2012, s. 396-397).

Hummelvoll (2012) forteller at i møte med psykotiske pasienter bør man være opptatt av det særegne i det å være psykotisk, og hvordan de ulike pasientene kan møtes i sin individuelle situasjon. Han deler relasjonsarbeidet mellom sykepleier og pasient opp i fire ulike faser. Den siste fasen (avslutningsfasen) er etter psykotisk periode, så jeg velger derfor å ikke ha denne med.

Forberedelsesfasen er før det første møtet mellom sykepleier og pasient har funnet sted. Pasienten har det ikke bra, og kjenner behov for å søke hjelp for å løse sine problemer. Fordommer mot psykiatriske pasienter er gjerne til stedet, og pasienten vil komme til det første møtet med mange og noen uklare forventninger. Sykepleiere bør forberede seg til den første fasen ved å analysere sin egen oppfatning av psykiske lidelser og menneskene bak lidelsen (Hummelvoll, 2012, s. 434).

Orienteringsfasen foregår under det første møtet. Dette møtet er avgjørende, og har

vesentlig betydning for videre samarbeid. I denne fasen er meningen å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønstre. Hensikten er å skape en atmosfære av tillit, forståelse og åpen kommunikasjon (Hummelvoll, 2012, s. 435). Hovedoppgaven for sykepleier i samtale med den psykotiske pasient, er å gjennom spørsmål stimulere pasienten til å fortelle sin historie (Hummelvoll, 2012, s. 354).

Arbeidsfasen tar sikte på å bearbeide pasientens selvoppfatning, og videre arbeide med situasjonsforståelse slik at valgmuligheter og konsekvenser av valg blir satt i fokus. Dette er en slags realitetsorientering, som er et sentralt prinsipp i arbeid med psykotiske pasienter. Sykepleier informerer da om "virkeligheten" for å hjelpe pasienten til å forstå og bearbeide situasjonen han er i. Pasientens verden er usikker, han kan føle seg misforstått og i tillegg oppfatte mennesker rundt som truende. Det å hjelpe pasienten til å gjenopprette tilliten til språket og til andre mennesker, er en sentral oppgave (Hummelvoll, 2012, s. 363).

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Kjernen i kommunikasjon er å anerkjenne den andre, det å være aktivt lyttende, åpen og samtidig direkte (Eide & Eide, 2007, s. 12 & s. 17). Rollen som lytter er grunnleggende for hva man reflekterer tilbake til pasienten, og man kan lettere sette ham i stand til å forstå og vurdere sin livssituasjon på godt og vondt (Hummelvoll, 2012, s. 365). For å få til en god kommunikasjon, er det noen aspekter som står sentralt i forhold til lytting, nemlig verbale- og nonverbale ferdigheter. Det verbale kan være å stille spørsmål som utdyper det personen snakker om, og oppmuntringer som viser at man er til stedet og følger med. Det nonverbale derimot kan vise til øyekontakt, kroppsholdning og fysisk berøring. Aktiv lytting er en del av en hjelpende kommunikasjon. Gode kommunikasjonsferdigheter hjelper sykepleier til å forstå pasienten, men også å forstå selve relasjonen. I tillegg kan sykepleier da yte bedre hjelp, støtte og stimulere pasientens utvikling (Eide & Eide, 2007, s. 21-24). Anton Aggernæs mener det er viktig å lytte til pasientens egne opplevelser og erfaringer, i tillegg å bruke kommunikasjonskunnskaper i møte med pasienten (Aggernæs sitert i Rustøen, 2006, s. 79).

Å kommunisere med en person med schizofreni kan være utfordrende. De lar seg lettere distrahere enn folk flest, og har ofte manglende blikkontakt og evne til å sende og motta informasjon i samtale med andre mennesker. Personer med schizofreni bruker ofte lenger tid på å bearbeide det som blir sagt. Mange nonverbale tegn, som å nikke bekreftende når

man følger med, kan for eksempel hemmes, eller først inntreffe på et senere tidspunkt. Noen formidler lite gjennom ord, mens andre derimot kan ha en uvant bruk av ord som gjør det vanskelig å forstå dem. Raskt skifte fra det ene temaet til det andre uten noe tilsynelatende mål for samtalen, ses ofte hos schizofrene pasienter (Hummelvoll, 2012, s. 350 & 366). Andre typiske vansker kan være å holde tråden i en samtale. Det å følge med i en samtale når flere personer snakker til hverandre, kan fort bli svært utfordrende, grunnet konsentrasjonsvansker og nedsatt arbeidshukommelse (Helsedirektoratet, 2013).

En empatisk evne og forståelse er viktig i forhold til å bygge en langsiktig relasjon. Empati er evne til innlevelse som gir sykepleier mulighet til å oppfatte hva pasienten føler, melde tilbake at følelsen er oppfattet, at den er forsøkt forstått og tatt hensyn til. Denne forståelsen må videre kommuniseres tilbake, enten verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Sistnevnte er spesielt viktig, forståelse uten å handle ut fra forståelsen, har ingen verdi (Eide & Eide, 2007, s. 37). En slik holdning skaper grunnlag for betydningsfulle møter (Hummelvoll, 2012, s. 422).

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkeltes menneske liv og iboende verdighet, og sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter (Norsk sykepleierforbund, 2011). De norske yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kan dermed knyttes til kommunikasjon, og dens innvirkning i forhold til pasienten. Sykepleier bidrar til å beskytte pasienten mot skade, og i tillegg hjelpe han til å ivareta egen helse og bruke egne ressurser. Dette er verdier som bare lar seg virkeliggjøre gjennom god kommunikasjon med pasienten (Eide & Eide, 2007, s. 19).

3.5 Joyce Travelbee sitt teoretiske perspektiv

I følge Joyce Travelbee er sykepleie en prosess med fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s. 5). Én eller flere erfaringer eller opplevelser som deles mellom dem, kaller hun et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 41). Dette forholdet mener hun etableres etter at de har gjennomgått fire sammenhengende faser: *det innledende møtet*, *framvekst av identiteter*, *empati* og til slutt *sympati* og *medfølelse* (Travelbee, 2001, s. 172). Likevel poengterer hun at effektiv kommunikasjon kan fullt mulig foregå uten å etablere et slikt forhold. Følelser som likegyldighet eller manglende interesser, kommuniseres like effektivt som empati, omtanke og interesse (Travelbee, 2001, s. 147).

Det er vesentlig at man vet hvordan egen atferd virker inn på andre. Hun mener sykepleiere kan bruke seg selv terapeutisk, å gjøre bevisst bruk av egen personlighet og egne kunnskaper og deretter forsøke å etablere et forhold og strukturere sykepleierintervensjoner. Dette krever at sykepleier har selvinnsikt, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd og evne til å tolke egen og andres atferd (Travelbee, 2001, s. 44-45). Sykepleier trenger også å vite *når* hun skal kommunisere med pasienten, og *hva* som skal kommuniseres i de ulike sykepleiesituasjonene. Ved å kjenne pasienten som individ, vil hun trolig lettere vite når hun bør snakke eller tie, når hun bør oppfordre pasient til å snakke og når han får fred (Travelbee, 2001, s. 139-141).

3.6 Presentasjon av forskningsartikler

1. **"Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study"** (Pitkänen, Hätonen, Kuosmanen & Välimäki, 2008).

Dette er en kvalitativ studie hvor 35 innlagte pasienter med schizofreni eller annen psykisk lidelse, ble intervjuet. Intervjuene skulle belyse hvordan pasientene syns sykepleiere på psykiatriske klinikker kan støtte deres livskvalitet gjennom intervensjoner. Studien viste at ulike sykepleierintervensjoner er med på å fremme livskvalitet hos pasienter med ulike psykiske lidelser innlagt på psykiatrisk klinikk. Den ene intervensjonskategorien, gikk ut på at sykepleierne diskuterte med dem, viste interesse, ga dem informasjon og oppmuntret dem (Vedlegg 2).

2. **"What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being"** (Gunnmo & Bergman, 2011)

I denne kvalitative studien ble 7 tidligere innlagte pasienter med schizofreni intervjuet, for å undersøke deres mening om hva de trengte for å øke graden av velvære i dagliglivet og hvordan de taklet kampen om et normalt liv. Et trygt og kjent forhold til helsepersonellet, samt å bli sett og hørt var blant de sentrale faktorene som spilte en rolle for velvære (Vedlegg 2).

3. **"Communication between people with schizophrenia and their medical professionals"** (Schneider et al., 2004)

Dette er en kvalitativ studie som innebærer dybdeintervju av 11 mennesker med schizofreni. Studien skulle belyse kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med schizofreni,

og hvordan disse pasientene ønsker å bli behandlet av hjelpeapparatet. I tillegg hvilken rolle kommunikasjon spiller for sykdommen hos disse menneskene. Studien konkluderer blant annet med at god kommunikasjon har mye å si for at pasientene skal bli bedre og videre klare å gjenoppbygge livene sine (Vedlegg 2).

4. "Patients' experiences of being helped in an inpatient setting" (Koivisto, Janhonen & Vaisanen, 2004)

I denne kvalitative studien ble det utført intervjuer av en gruppe pasienter med psykoselidelse, innlagt på psykiatrisk klinikk. Studien beskriver disse pasientenes opplevelser av sykepleierne, i forhold til deres væremåte i rollen som sykepleier. Å føle seg trygg, respektert og forstått av sykepleierne var blant sentrale faktorer som ble trukket fram som viktige forhold. I denne studien mente pasientene at de også trengte mer kontakt med sykepleierne, for å restrukturere deres indre verden. Det å vite at sykepleierne var i nærheten til en hver tid, og å bli informert om ting som skjedde/skulle skje, ble lagt fram som betryggende og beroligende (Vedlegg 2).

4.0 Drøfting

Jeg vil videre diskutere relasjonsbygging som redskap til økt livskvalitet, viktigheten av et tillit-forhold mellom sykepleier og pasient i relasjonsarbeidet og til slutt kommunikasjonsutfordringer ved relasjonsbygging.

4.1 Relasjonsbygging som redskap til økt livskvalitet

På en psykiatrisk akuttpost er sykepleierne hele tiden i nærheten av pasientene, og har gode muligheter til å påvirke deres livskvalitet. De fleste opplever en psykose som skremmende og kaotisk (Helsedirektoratet, 2013). En slik tilstand går dermed fort utover pasientens velvære, og videre pasientens livskvalitet. Helsedirektoratet (2013) fremhever at for å oppnå en god behandling for pasienten, spiller relasjonen mellom sykepleier og pasient en stor rolle for dette arbeidet. Empati, engasjement og formidling av interesse, er blant det som bør prege en god relasjon. Videre kommer det fram at gode og støttende samtaler og relasjoner, kan bidra til å bremse den psykotiske prosessen. I artikkelen til Pitkänen et al. (2008) viser de til at det er viktig at sykepleier snakker med den schizofrene pasienten, viser interesse, gir dem informasjon og oppmuntring. Dette er i følge dem, en del av ulike sykepleieintervensjoner som er med på å fremme livskvalitet hos pasienter på institusjon.

I et relasjonsarbeid ønsker sykepleier gjennom samtale å samle informasjon for å vurdere situasjon, tilstand og hjelpebehov hos den psykotiske pasienten. Dette kan knyttes til Hummelvolls (2012) *orienteringsfase* og Travelbee (2001) sitt *innledende møte*, som begge er faser der man skal bli kjent med pasienten som individ. Videre mener Hummelvoll (2012) at en pasient med schizofreni i psykotisk fase, kan ha en del sider ved sin væremåte som kan skape misforståelser og hindre relasjonsbygging. De lar seg lettere distrahere, skifter raskt tema, har manglende blikkontakt og vanskeligheter med å sende og motta informasjon. Dersom noe virker uklart i det pasienten formidler, er det viktig at sykepleier ikke later som hun forstår når hun ikke gjør det. Det kan derfor være nødvendig av henne å ta seg god tid i samtale med pasienten, lytte aktivt og spørre etter ytterligere forklaringer dersom ting er uklart. Strand (2008) er også opptatt av at hos dårlige schizofrene pasienter, kan det være svært vanskelig å oppnå en allianse. Kontinuitet og regelmessighet mener hun er to nødvendigheter for å utvikle et sykepleier-pasient-forhold, og man må være tilgjengelig igjen og igjen. Kovivisto et al. (2004) sier i sin artikkel at bare det at sykepleierne var i nærheten og tilgjengelige, følte svært betryggende for pasientene. Da jeg selv var i praksis, opplevde jeg ofte at pasienter som var psykotiske, ble mer rolig og framsto tryggere når jeg eller sykepleierne satt oss ned med dem og bare var til stedet og hadde fokus på nonverbal kommunikasjon. Det å føle seg trygg og å ha en fravær av uro kan virke positivt inn på pasientens livskvalitet (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 18-19).

Når man skal jobbe med en psykotisk pasient, ligger det en utfordring i å bli kjent med hans virkelighetsoppfatning. Det blir vesentlig å lete etter en personlig mening i symptomene til pasienten, sett i lys av hans livssituasjon og livsverden (Hummelvoll, 2012, s. 337). Lauveng (2005) mener på samme måte at symptomene som pasienten har, skapes ut ifra hans egne interesser og liv. Hun satt selv pris på når sykepleiere delte følelser med henne. Det å si at man ikke ser det samme, men at man gjerne hadde blitt redd selv, kan være et eksempel på dette. Man setter seg dermed inn i pasientens situasjon, viser empati. Når pasienten sier han ser et dyr i institusjonens korridor, kan det være fordi pasienten er opptatt av dyr. Lauveng mener symptomene på denne måten blir et språklig uttrykk. Når jeg selv var i praksis, opplevde jeg en pasient som til tider så slanger på gulvet. Jeg var hele tiden i nærheten, og pratet med pasienten for å prøve å unngå at han skulle føle seg redd. Han sa etter hvert at han ikke følte seg redd. Kanskje dette var fordi han selv var interessert i dyr?

Hummelvoll (2012) mener tålmodighet og å vise interesse, kan være nøkkelord som viser veien til kontakt, og videre en felles forståelse. Travelbee (2001) viser til at sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk. Med det mener hun blant annet å etablere et forhold og å bli kjent med pasienten som individ. Ved å kjenne pasienten som individ, kan det trolig være lettere å forstå hans virkelighetsoppfatning, og videre finne ut hva som er sentralt i pasientens problemer. Å ha et kjent forhold til helsepersonellet var en av faktorene som ga de schizofrene pasientene velvære og følelsen av å ha et normalt liv (Gunnmo & Bergman, 2011). Når pasienten har de samme sykepleierne rundt seg og blir kjent med dem, blir dette en slags kontinuitet og regelmessighet, som Strand (2008) mener er selve rammen for utvikling av sykepleier-pasient-forholdet. Dette kan også knyttes til Næss sine fire punkter som til sammen utgjør høy livskvalitet. Det ene er samhörighet, og handler om kontakt og nære forhold til andre mennesker (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 18). En annen studie framhevet at når sykepleierne viste interesse og diskuterte personlige ting som familieliv og følelser med pasientene, var dette et bidrag til økt livskvalitet hos pasienter med schizofreni (Pitkänen et al., 2008).

4.2 Et tillitsforhold sin betydning ved relasjonsbygging

Pasienter med schizofreni lider ofte av nedsatt livskvalitet (Pitkänen et al., 2008). For å i det heletatt kunne være med på å bidra til å bedre livskvaliteten gjennom relasjonsbygging, kan det først og fremst være viktig at sykepleier-pasient-forholdet er basert på gjensidig tillit. For å få til en god allianse med et annet menneske, må man skape tillit og føle tillit (Skårderud et al. 2015). Som Strand (2008) sier har schizofrene pasienter ofte en stor mistillit til verden rundt, som gjør nettopp dette svært utfordrende for sykepleier. Dersom sykepleier gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon viser at hun er til å stole på, har tilstedeværelse og interesse for pasienten, kan dette skape trygghet og tillit (Eide & Eide, 2007, s. 21-24). Hummelvoll (2012) mener at dersom pasienten skal kunne åpne seg, må sykepleier arbeide bevisst for å utvikle et tillitsforhold, der han fremhever at samtalen er selve grunnpilaren i utvikling av en tillitsfull relasjon. Tillitsbegrepet kan også knyttes til hans orienteringsfase i et relasjonsarbeid, som blant annet belyser at hensikten er å skape tillit under det første møtet. Antonovski knytter tillitsbegrepet til å være en del av en god relasjon, en opplevelse av sammenheng, og videre en god livskvalitet (Antonovsky sitert i Hummelvoll, 2012, s. 397). I Kovivisto et al. (2004) sin studie, var pasientene blant annet opptatt av at sykepleierne var til å stole på. Dette opplevdes som betryggende og beroligende. Trygghet og tillit er to faktorer som henger sammen. Å føle seg trygg og ha fravær av uro, er elementer som kan

være med på å gjøre pasientens livskvalitet god (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-18).

Det er viktig å ha i tankene at den schizofrene pasienten er i en sårbar situasjon. Å tilegne seg tillit til noen man ikke kjenner, kan ta tid. Mennesker som er rammet av psykiske lidelser har ofte en sterkt utviklet beskyttelse i form av for eksempel reservasjon og skepsis. Den tilliten man som sykepleier trenger for å kunne hjelpe pasienten, er dermed ikke noe man kan forvente, men som må utvikle seg i pasientens eget tempo. Orienteringsfasen, som bl. annet handler om å skape tillit, kan dermed bli lang (Hummelvoll, 2012). Skårderud et al. (2015) legger vekt på tålmodighet, empatisk væremåte og lytting som sentralt i bidraget for å fremme utvikling av tillit. Strand (2008) mener sykepleier kan forstå pasienten bedre, dersom hun kjenner etter hvordan hun selv opplever møtet og egne følelser. Det å ha en viss ydmykhet og en grunntone av respektfull lytting i møte med andre mennesker, er egenskaper som fremmer tillit. At sykepleierne lyttet og tilbragte tid sammen med pasientene, var et av funnene av gode opplevelser i Kovivisto et al. (2004) sin studie. At det er samsvar mellom det sykepleier sier og det hun gjør, kan på samme måte skape tillit hos pasienten. Det å legge vekt på å holde ord og avtaler blir her sentralt. For at ord skal bli noe pasienten kan forholde seg til, er det viktig at ikke sykepleier lover mer enn hun kan stå inne for (Hummelvoll, 2012, s. 363). Sier du til en pasient at du kommer tilbake om 10 minutter, så gjør du det, og ikke etter 20 minutter. Dette handler også om at pasienten kan stole på det sykepleieren sier og gjør.

4.3 Kommunikasjonsutfordringer ved relasjonsbygging

Kommunikasjon vil jeg si er en stor utfordring i forhold til relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Én ting er det å føre en samtale, men hvordan man som person kommuniserer med andre mennesker er mer komplisert. Travelbee (2001) fremhever at når sykepleier kjenner pasienten som individ, vil hun lettere vite *når* hun skal kommunisere, og *hva* som skal kommuniseres. Følelser som manglende interesse, kommuniseres like lett som følelsen av empati. Det man som sykepleier kommuniserer til pasienten, er dermed avgjørende for om sykepleier er i stand til å bli kjent med pasienten. I følge Skårderud et al. (2015) er det viktig at sykepleier skaper kontaktsituasjoner hvor gode samspillrelasjoner kan utvikle seg. Gjensidig respekt, vilje til å forstå den andre, tillit og åpenhjertighet, er det dette samspillet bør være preget av. Hummelvoll (2012) fremhever at kontaktetablering forutsetter at begge parter i samhandlingen har evne til å oppfatte den andre og situasjonen rundt, og videre variere og tilpasse kommunikasjonsmåtene deretter. Samtalerapi er en

del av behandlingstilbudet til pasienter med schizofreni. Slike samtaler kan være med på å øke selvfølelsen, styrke forståelsen og gjøre det lettere for pasienten å leve med sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2009). Folkehelseinstituttet (2009) hadde intervjuer av mennesker med schizofreni. Den ene personen sa at gjennom samtaleterapi, lærte han å leve med sårbarheten, ting ble mye lettere og det var etter hvert greit å være schizofren. At livet generelt er lettere, kan igjen kobles opp mot å ha god livskvalitet.

I en akutt, psykotisk tilstand er pasienten ofte ute av stand til å fortelle helsepersonellet på en forståelig måte, hvilke tanker og følelser han selv har (Skårderud et al., 2015, s. 312-313). Ved samtale med en schizofren pasient, er varsomhet et nøkkelord, grunnet muligens svekket konsentrasjon og bekymringsfulle tanker hos pasienten. Det kan dermed for noen være vanskelig å delta på samtaler med andre (Hummelvoll, 2012, s. 350- 353). Helsedirektoratet (2013) støtter også dette, ved å si at det kan være svært utfordrende for den schizofrene å holde tråden i en samtale, grunnet konsentrasjonsvansker og nedsatt arbeidshukommelse. I studien til Kovivist et al. (2004) kom det derimot fram at informantene opplevde diskusjoner med sykepleier, individuelt eller i grupper, som hjelpende. Dette fordi noen lyttet og tilbragte tid sammen med dem. For å kunne komme nær pasientens forestillingsverden, er lytting et avgjørende element. Ved å være en god lytter, kan man få pasienten i stand til å forstå og vurdere sin livssituasjon (Hummelvoll, 2012, s. 364-365). Anton Aggernæs framhever at det å lytte til pasientens egne opplevelser og erfaringer, og å bruke kommunikasjonskunnskaper i møte med pasienten, er av stor betydning for å få kartlagt og styrket pasientens livskvalitet. Dette med fokus på kronisk syke pasienter generelt, men tilstanden kan også være kronisk for en pasient med schizofreni (Aggernæs sitert i Rustøen, 2006, s. 79). I praksis hadde jeg en lang samtale med en pasient med schizofreni, der han i etterkant sa at samtalen vår gjorde han glad og at han synes det var godt å bli lyttet til. Følelsen av glede, kan vise til en grad av god livskvalitet (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 17-18).

Hummelvoll (2012) mener pasienten må få tilbake tilliten til språket. Det er viktig at de ordene sykepleier formidler i verbal kommunikasjon, står i samsvar med det kroppslige språket man uttrykker. Med vår kroppslige holdning signaliseres blant annet ønske om nærhet, avstand, imøtekommenhet eller fiendtlighet. Dette kan knyttes til Hummelvoll sin arbeidsfase, å gjenopprette tilliten til språket er her en sentral oppgave. Dersom sykepleier egentlig ikke er interessert i å hjelpe pasienten, kan dette signaliseres ut ifra hennes

kroppslige væremåte. Sykepleier bør dermed ha dette i tankene, både hvordan hun blir forstått av pasienten, men også hva pasienten selv uttrykker med sine ord og sin kroppslige holdning. Kovivisto et al. (2004) påpeker at for pasientene var det en trygghet å vite at sykepleierne forsto dem. Følelsen av trygghet kan knyttes til det å ha god livskvalitet (Næss sitert i Rustøen, 2006, s. 18). At sykepleierne viste interesse for pasientene, var derimot en av faktorene som bidro til å fremme livskvalitet i studien til Pitkänen et al. (2008).

Kognitive vansker kan for mange schizofrene pasienter, bli et "usynlig handikap". Vanskene blir ofte ikke tatt opp eller forstått, til tross for store konsekvenser for fungeringen i hverdagen. Dette kan føre til kritikk og urealistiske krav til pasienten pga. vanskene, og blir videre en ekstra belastning for han. Det er dermed viktig med grundig informasjon av sykepleier, også ved denne delen av lidelsen (Helsedirektoratet, 2013). Gunnmo og Bergman (2011) fant sammenheng ved å motta informasjon og følelsen av velvære.. Å bli informert om sin egen psykiske lidelse var blant faktorene som ble fremhevet som viktig for velvære. Peplau mener velvære står synonymt med livskvalitetsbegrepet (Peplau sitert i Rustøen, 2006, s. 34). En annen studie bekrefter disse funnene ved å vise til at det å få støtte og informasjon i forhold til en schizofreni-diagnose, blir sett på som viktig i samhandlingen mellom hjelpeapparatet og pasient. Artikkelen konkluderer med at god kommunikasjon har mye å si for at den schizofrene pasienten skal føle seg bedre, og videre klare å gjenoppbygge livet sitt (Schneider et al., 2004).

Som Hummelvoll (2012) sier så kreves det empati for å kunne være der på best mulig måte, å være seg selv, ekte og nær. En slik holdning kan ha mye å si for pasientens opplevelse av sykepleieren. Empati er en av de fire fasene til Travelbee (2001) som er knyttet til et menneske-til-menneske-forhold. For å oppnå gjensidig forståelse og god kontakt, er empati en nødvendighet vektlegger Eide og Eide (2007). Forskning tyder på at det å føle seg respektert og forstått av sykepleierne på en institusjon, er viktige elementer som pasientene foretrekker ved sykepleiernes væremåte og som gir dem en god opplevelse som pasient (Kovivisto et al., 2004). Schneider et al. (2004) viser i sine funn at når pasientene ble behandlet med verdighet og respekt, ble det lettere å akseptere sin egen diagnose og se løsninger for å takle situasjonen. Sykepleiernes væremåte kan dermed spille en stor rolle i forhold til pasienters "følelse av å ha det godt", pasienters livskvalitet. Pitkänen et al. (2008) fant ut det at sykepleierne viste empati, var én av faktorene som pasientene i studien mente

bidro til økt livskvalitet.

5.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudiet var å undersøke hvordan sykepleier gjennom relasjonsbygging kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter med schizofreni. Hovedfunn viser at å ha tilstedeværelse, vise interesse og bli kjent er sentralt i arbeid mot relasjonsbygging og økt livskvalitet hos pasienten. Å gjøre seg fortjent til pasientens tillit kan være en lang prosess, men veldig viktig fordi relasjonen mellom sykepleier og pasient har mye å si for pasientens behandling og følelse av velvære på en institusjon. Egenskaper som empati og å være en god lytter, er vesentlig i møte med den schizofrene pasient. Forskning viser at sykepleiernes kommunikasjonskunnskaper og væremåte, har mye å si for den innlagte pasientens opplevelse. Å bli forstått, respektert, sett og hørt, er viktige momenter for bidraget til følelsen av å ha det godt og til økt livskvalitet.

Som Hummelvoll (2012) sier så ser man klart at personer med schizofreni, er like forskjellige som andre mennesker, der sykepleie og behandling må individualiseres om den skal nå frem. To mennesker på jorden er ulike, på samme måte som at to mennesker med schizofreni er ulike og har ulike erfaringer knyttet til sin diagnose. Livskvalitetsbegrepet blir i samme grad svært individuelt, der Næss viser til den *subjektive* opplevelsen ved følelsen av å ha det godt (Næss sitert i Rustøen, 2006). Vi er alle ulike mennesker, har ulike opplevelser og krever dermed ulik behandling.

6.0 Litteraturliste

- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gunmo, P. & Bergman, H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International journal of qualitative studies on helth and well-being*. 6(1): 10.3402/qhw.v6i1.5412. doi: 10.3402/qhw.v6i1.5412
- Hanestad, B. R. & Wahl, A. K. (2003). Til nytte eller fånytte – livskvalitet som mål for behandling, pleie og omsorg. *Sykepleien*, 91 (15):34-36. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0036
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet 14.04.2016, fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Johannesen, J. O. (2011). Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (s. 28-42). Stavanger: Hertervig Akademisk.
- Kovivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. (2004). Patients' experiences of being helped in an inpatient setting. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 1, 268–275. Hentet 23.04.2016 fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2850.2003.00705.x/epdf>
- Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 16.05.2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- Norsk folkehelseinstitutt. (2009). *Livet med schizofreni: Erfaringer fra mennesker med diagnosen*. Hentet 06.04.2016 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/52fdb0a1b6.pdf>

- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 25.04.2016 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pitkänen, A., Hätonen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International journal of nursing studies*, 45 (2008) 1598–1606. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003)
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet 28.04.2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern>
- Rustøen, T. (2006). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schneider, B., Scissons, H., Arney, L., Benson, G., Derry, J., Lucas, K., . . . & Sunderland, M. (2004). Communication between people with schizofrenia and their medical professionals. *Qualitative health research*, 14(4):562-77. doi: [10.1177/1049732303262423](https://doi.org/10.1177/1049732303262423)
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2015). *Psykiatriboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strand, L. (2008). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet. Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- St. prp. nr. 63 (1997-1998). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet 27.04.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1&q=>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1:

Søkebase	Søkeord	Tilpasse trefflisten	Artikkel	Forfatter	År	Treff
Academic Search Elite	Schizophrenia AND quality of life AND qualitative research	Språk: Engelsk Årstall: 2006- 2016	<i>Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards</i>	Pitkänen, A., Hätonen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M.	2008	18
Academic Search Elite	Schizophrenia AND quality of life AND qualitative research		<i>"What do individuals with schizofrenia need to increase their well-being".</i>	Gunmo, P. & Bergman, H. F.	2011	
Academic Search Elite	Schizophrenia AND quality of life AND qualitative research	Språk: Engelsk Årstall: 2003- 2016	<i>"Quality of life in schizofrenia</i>	Gee, L., Pearce, E. & Jackson, M.	2003	19
Academic Search Elite	Schizophrenia AND communication AND help		<i>"Communication between people with schizofrenia and their medical professionals".</i>	Schneider et al.	2004	81
Oria	Schizofreni AND livskvalitet	Årstall: 2006- 2016	<i>"Livet med schizofreni. Erfaringer fra mennesker med diagnosen" (Hefte)</i>	Norsk Folkehelseinstitutt	2009	65

Academic Search Elite	Forslag til relevant litteratur etter funn av artikkel 3		"Patients' experiences of being helped in an inpatient setting"	Koivisto, K., Janhonen, S. & Vaisanen, L.	2004	
-----------------------	--	--	---	---	------	--

Vedlegg 2:

Metode			Resultater	
Tittel/forfatter(e), årstall	Studiedesign	Innhold	Funn	Konklusjon
<p><i>"Patients' description of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study"</i></p> <p>Pitkänen, A., Hätonen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. (2008).</p>	Kvalitativ studie	35 innlagte pasienter med bl. annet schizofreni, ble intervjuet om hvordan de syns sykepleiere på psykiatriske klinikker kan fremme deres livskvalitet gjennom ulike intervensjoner.	<p>Fem hovedkategorier innenfor intervensjoner ble identifisert til å ha innvirkning på livskvaliteten til pasientene, i følge pasientene selv:</p> <p>Myndiggjøring, sosiale intervensjoner, intervensjoner som gikk på å aktivisere dem, sikkerhetsintervensjoner og intervensjoner som omhandlet fysisk helse.</p>	<p>Sykepleieintervensjoner er med på å fremme livskvalitet hos pasienter med ulike psykiske lidelser innlagt på psykiatrisk klinikk.</p> <p>Mer forskning er nødvendig for å undersøke effektiviteten av slike intervensjoner.</p>

<p><i>"What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being"</i></p> <p>Gunmo, P. & Bergman, H. F. (2011)</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>7 tidligere innlagt pasienter med schizofreni, og deres mening om hva de trenger for å øke graden av velvære i dagliglivet, og hvordan de takler kampen om et normalt liv.</p>	<p>Det var fem faktorer som ble framhevet som viktig for å gi dem velvære og et normalt liv: Å motta informasjon om sykdommen, å ha et trygt og kjent forhold til helsepersonellet, sosial kontakt, å ha en meningsfull jobb og til slutt å få hjelp til praktiske ting i hjemmet når de dårlige fasene av sykdommen oppstår.</p>	<p>Pasientene var opptatt av faktorer som var viktige for hverdagslivet, og ikke kun under selve psykosen. Det var nytt at forholdet til helsepersonellet og viktigheten av å bli sett og hørt, var en viktig nødvendighet for psykotiske pasienter.</p>
<p><i>"Communication between people with schizophrenia and their medical professionals"</i></p> <p>Schneider et al. (2004)</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med schizofreni, og hvordan disse pasientene ønsker å bli behandlet av hjelpeapparatet. I tillegg hvilken rolle kommunikasjon spiller for sykdommen hos disse menneskene.</p>	<p>Viktige faktorer ved samhandling med hjelpeapparatet: å få en klar diagnose, å få informasjon om medisinenes bivirkninger, å få informasjon og støtte i forhold til sykdommen, å få god behandling og opplevelse ved psykiatriske klinikker, legenes oppførsel.</p>	<p>God kommunikasjon har mye å si for at pasientene skal bli bedre og videre klare å gjenoppbygge livene sine.</p>

<p>“Patients’ experiences of being helped in an inpatient setting”</p> <p>Kovivisto, K., Janhonen, S. & Väisänen, L. (2004)</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>I denne kvalitative studien var det intervjuer av en gruppe pasienter med psykoselidelse, innlagt på psykiatrisk klinikk. Studien beskriver disse pasientenes opplevelser av sykepleiere på psykiatrisk klinikk, i forhold til deres væremåte i rollen som sykepleier.</p>	<p>Å beholde sin integritet, føle seg trygg, respektert og forstått av sykepleierne var blant sentrale faktorer som ble trukket fram som viktige forhold. Pasientene mente at de også trengte mer kontakt med sykepleierne, for å restrukturere deres indre verden. Det å vite at de var i nærheten, de var til å stole på og å bli informert om ting som skjedde/skulle skje, ble lagt fram som betryggende og beroligende. Diskusjoner med sykepleier individuelt eller i grupper ble opplevd som hjelpende, fordi noen lyttet og tilbragte tid sammen med dem.</p>	<p>Pasientene beskrev hjelpen de fikk som tilrettelagt, men ustrukturert. Hjelpen de fikk ble delt inn i 2 hovedkategorier: Beskyttelse fra sårbarhet og restrukturere seg selv til å takle dagliglivet.</p>
---	--------------------------	---	---	--