



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 398

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9664

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 93

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Rett person å snakke med, til rett tid?

Being the right person to talk to

Kandidatnummer: 398

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / institutt for helse- og omsorgsvitenskap / Sykepleie Bergen

Dato for innlevering: 24.05.19

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

Innholdsfortegnelse

Abstract.....	Side 3
Innledning.....	Side 4
Et menneske jeg ble kjent med.....	Side 5
Episode 1: En misforstått atferd.....	Side 8
Episode 2: En dårlig tilnærming?.....	Side 9
Møte dem «hvor de er».....	Side 10
Hva er egentlig schizofreni?.....	Side 12
Hildes symptomer.....	Side 14
Å møte henne «hvor hun var».....	Side 18
Menneske-til-menneske-forhold.....	Side 20
Andre utfordringer i samarbeid og relasjonsbygging.....	Side 23
Er realitetsorientering så lurt?.....	Side 26
En bedre forståelse?.....	Side 28
En åtte ukers praksis, og veien videre.....	Side 29
Referanser.....	Side 31

Abstract

This bachelor is about the challenges of communication between the person diagnosed with schizophrenia and me, a student nurse, in my third and final year. I met the patient in a DPS (an open psychiatric ward) and reflects upon two concrete communicative situations regarding the same patient, one conducted with veteran psychiatric nurse, the other with a person who just started working there. My focus is about how the person diagnosed with schizophrenia responded communicatively in the two settings. I then analyze my own communication experiences with the same patient, using the thoughts of Joyce Travelbee and relevant theory. This bachelor shows that the use of empathy and a working “human-to-human-relationship” will benefit persons diagnosed with schizophrenia. On another level, this is also a story of personal growth of myself who experienced firsthand the power of the “human-to-human-relationship”.

Innledning

Jeg så for meg en boligblokk som en av pasientene beskrev. I boligblokken var alle leilighetene like. Lik størrelse, samme utforming. Men likevel hadde hvert menneske i de forskjellige leilighetene helt ulike historier. I boligblokken hennes hadde hun riktignok naboer, men det var ikke alle hun fikk en relasjon til i løpet av tiden hun bodde der. Kanskje det var fordi hun i den perioden begynte å utvikle sykdommen og hadde mer enn nok med seg selv? Sånn var det naturligvis også. Det gikk ikke an å bygge relasjoner med alle. På bakgrunn av sykdommen og alt hun har vært gjennom kan det tenkes at hun fikk utfordringer i forhold til relasjonsbygging i fremtiden.

Jeg gikk nedover korridoren den første dagen i min åtte ukers praksisperiode på psykosepost på distriktpsikiatrisk avdeling. Jeg forstod det slik at det var rom til åtte pasienter. Åtte forskjellige måter å møte mennesker på, jeg undret hvordan. Hva skulle jeg ta hensyn til? Jeg ante ikke hva jeg gikk til. Utenfor hver "leilighet" stod det et navn, åtte mennesker med diagnoser i psykospekteret. Jeg fikk beskjed av min kontaktsykepleier å banke på døren til en pasient jeg har valgt å kalle "Hilde" for å meddele at det var middag. Det var første gang jeg snakket med henne. Jeg visste lite om psykiske lidelser og schizofreni, og jeg visste ikke hvordan jeg skulle gå frem da jeg skulle bli kjent med henne. Hva var det hun egentlig trengte?

Teksten du skal lese handler om de erfaringene jeg fikk i løpet av de åtte ukene på avdelingen, med Hilde som hovedfokus, og hvilke utfordringer vi kunne møte på under relasjonsbyggingen. Hvilke erfaringer fikk jeg av henne og sykdommen? Hadde kommunikasjon noe å si? Måten hun ble møtt på av forskjellige helsearbeidere dannet derfor grunnlaget for denne oppgaven, og like viktig, hvordan møtte jeg henne?

Jeg tar med meg sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee for å sette ord på mellommenneskelige relasjoner i sykepleie. Jeg vil også trekke inn teori om schizofreni, og hvordan kommunikasjon kan styrke eller svekke relasjonen. Jeg har anvendt tre artikler som støtter opp teoriene. Bli med meg inn i avdelingen jeg banket på en dag i slutten av september i fjor.

Et menneske jeg ble kjent med

Jeg har visst lenge at jeg skulle skrive en bacheloroppgave, til og med før jeg begynte på sykepleien. Plutselig satt jeg her, snart nyfødt sykepleier med oppgaven i fanget. Jeg har et ønske om å lære mer om hvordan kommunikasjon i relasjoner kan bidra til at jeg kan gi bedre sykepleie til mennesker med schizofreni. I løpet av tre år har jeg deltatt på det jeg vil kalle et forkurs, en liten smakebit av det helhetlig sykepleie handler om. Vi hadde undervisning om bachelorskriving og ulike måter å skrive oppgaven på. Prosjektrapport eller litteraturstudie virket for meg helt uakseptabelt, vanskelig og kjedelig. Ifølge Bech-Karlsen (2003) er essay en sjanger der man stiller spørsmål, utforsker, reflekterer og kommenterer et emne. Man kan samtidig assosiere og trekke inn egne synspunkter og personlige erfaringer for å kaste lys over en sak. Målet med teksten er dermed å få deg som leser til å reflektere, samtidig som jeg som forfatter uttrykker mine tanker. Det er nettopp det jeg nå har muligheten til å gjøre.

Som tredje års student var jeg først preget av en skummel blandingsfølelse. Praksisstedet lå stille og fredelig på utsiden av storbyen, med rolige og grønne omgivelser. Jeg visste ikke hva som ventet meg på innsiden. Jeg hadde aldri jobbet med psykiske lidelser og utfordringer. Det var flere tanker som passerte hode mitt idet vi gikk inn døren. Mine første tanker var: *“Hvordan kommuniserer man med mennesker med schizofreni. Tenk om jeg sier noe feil? Hva om det jeg sier gjør deres situasjon verre?”* Heldigvis ble jeg møtt av en herlig gruppe mennesker, en slags trygghet og varm imøtekommelse. Naturligvis var personalet forskjellige også, noen var mer høylytt en andre, noen var rolige og andre mer kunnskapsrike. Her var det godt å være pasient tenkte jeg. Jeg var kanskje rolig på utsiden, men på innsiden løp tankene rundt. På posten var det et helt spekter av pasienter, fra yngre til eldre mennesker med schizofreni. Hvordan skulle jeg gå frem? Flaks for meg, fikk jeg en klok praksisveileder som sa noe så viktig som, *«tenk om det er din egen søster som har lidelsen, ville du da behandlet og snakket med henne annerledes?»* En ny tankerekke og en ny måte å møte mennesker på, samtidig som Joyce Travelbee (2001, s. 57) mente at *“Mennesker er mer forskjellige enn de er like”*. Jeg er til dels enig, samtidig kan man også si at sykepleier og pasient deler veldig mye av det

samme. Kanskje samme interesse innen musikk, film, mote og fotball som kan gjøre det lettere å se på pasienten som et likeverdig menneske.

Se for deg en student med mange nye inntrykk. Flere kaotiske tanker som prøvede å forstå ulike budskap som kom haglende fra alle kanter. Kontaktsykepleieren min og jeg hadde tidligere i uken tatt en runde rundt i avdelingen for å bli kjent på området. Vi hilste på noen av pasientene og satt oss ned for en samtale. Han informerte at det hele tiden kom nye pasienter inn. Vi kunne aldri forutsi hvem neste pasient var. I mitt tilfelle ble neste pasient et menneske jeg ble kjent med.

Hilde ble diagnostisert med diagnosen schizofreni da hun var 20 år gammel. Fra og med 18 års alderen bød sykdommen på en tung vending mot et alvorlig sykdomsforløp. Hun husket ikke hva som hadde utløst symptomene, men hun visste at hun ikke kom til å klare å få det bedre på egenhånd. Hilde hadde alltid vært en dame uten nære relasjoner og vanket mye alene. Hun droppet ut av skolen og distanserte seg fra venner og familie. Rusmiljøet ble hennes trygghet, mennesker i samme situasjon, utelatt fra samfunnet. Hun bodde i en nedslitt boligblokk omringet av mange mennesker med rusproblematikk. Vinteren og mørket nærmet seg, samtidig som rus og misbruk begynte å få større innvirkning på livet hennes. I den perioden begynte hun å høre stemmer, se ting ingen andre kunne se. Hun følte seg overvåket.

Hun var noen år eldre enn meg, likevel var livshistorien hennes betraktelig annerledes enn min. For noen år tilbake fikk hun "hjelp" av en psykolog hun kallet *"fryktelig, urettferdig og utnyttende"*. Han hadde møtt henne da hun var på sitt svakeste, da hun gjennomgikk sin første psykose. Stemmehearing og vrangforestillinger var og er hennes mest plagsomme symptomer. Psykologen hadde ikke tatt henne på alvor. Han spilte med på hennes vrangforestillinger, noe som ikke var til hjelp. Kunne ikke det gjøre vondt verre? Hun fortalte at psykologen hadde ristet på hodet og oppfordret henne til å få hjelp, uten å si hvor eller hvordan. Der ble hun stående mellom to verdener uten å vite hvilken vei hun skulle følge. For en underlig måte å hjelpe et menneske på.

På avdelingen kom hun stadig inn og hentet kaffe. Hun var også å se til måltider og forsøkte å være sosial. Jeg merket at symptomene på diagnosen kom frem på forskjellige måter. Min første tanke var at jeg ønsket at Hilde og de andre pasientene skulle bli vant med at jeg var tilstede. Jeg ønsket ikke å stille mange spørsmål som kunne oppfattes invaderende, iallfall ikke i fellesstuen hvor flere var til stede. Etterhvert som ukene gikk begynte Hilde selv å forklare om sine egne erfaringer rundt symptomene, erfaringer jeg ønsker å ta i bruk videre som sykepleier.

Jeg kunne stadig se at Hilde hadde tankene et helt annet sted. Hun ble med jevne mellomrom fjern i blikket. Brukte lang tid på å svare på spørsmål og ut av ingenting kunne hun finne på å le uten noe å le av som jeg kunne se. På en side la jeg merke til flere preg av lidelsen. Hun gikk stort sett i samme klær, dusjet ikke så ofte, trakk seg ofte ut av sosiale sammenkomster og klarte ikke holde følge i alle samtaler. På den andre siden kunne hun fint prate om interesser, hobbyer og musikk uten at hun koblet ut. Etterhvert ble hun flinkere til å gi beskjed om når stemmene i hodet var for pågående slik at hun følte hun måtte konsentrere seg om dem. Det respekterte jeg selvfølgelig. Hilde var ofte stille og tankefull, men etterhvert som ukene gikk fikk jeg et større innblikk i hennes livshistorie og tanker. Relasjonen mellom oss ble sterkere og dialogen gikk lettere etterhvert som jeg ble kjent med mennesket bak diagnosen. Jeg var fortsatt redd for å si noe feil, eller ikke vite hva jeg skulle svare dersom hun sa usammenhengende og «rare» ting.

Ble relasjonen bedre fordi jeg lot henne bli kjent med at jeg var der, eller fordi jeg tilpasset meg hennes kroppsspråk og samtaleemne? Noen perioder var de positive symptomene fremtredende og jeg merket at jeg ikke visste helt hvordan jeg skulle møte henne. Åpnet hun seg opp til meg på bakgrunn av trygghet? Kunne tilliten bli brutt dersom jeg virket usikker?

I løpet av de åtte ukene i praksis var jeg riktignok ikke den eneste som snakket og var med Hilde. Det var forskjellige episoder i fellesmiljøet jeg observerte og fremdeles undrer meg over. Det var spesielt to episoder som fikk meg til å tenke på hvordan kommunikasjon kan hemme eller fremme relasjon mellom mennesker.

Episode 1. En misforstått atferd

Helt i starten forholdt jeg meg for det meste til kontaktsykepleieren min. Jeg observerte hvordan han jobbet, kommuniserte og møtte de ulike pasientene i forhold til de andre helsearbeiderne. Jeg la merke til måten han ordla seg, kroppsspråket og den omsorgen han viste og uttrykte. Det var tydelig at han allerede hadde utviklet gode relasjoner med pasientene. Gjentatte ganger spurte de om å få snakke med han på rommet, og at de oppsøkte han når de lurte på noe eller hadde noe å meddele. Jeg undret hva holdningene hans hadde å si for relasjonsbyggingen.

Hildes atferd hadde forandret seg ganske raskt. Fra å være tydelig preget av stemmer som fikk henne til å smile og le, så ble hun stille. Personalet merket at hun ikke svarte på spørsmål fra dem, forandret klesstil og gikk med hetten over hodet og capsen på når hun var inne. Hun var mimikkfattig. Blikket var fiksert bort fra personalet. Flere mente at hun rett og slett var sur. Andre trodde at de hadde sagt noe galt til henne og at hun var lei seg på grunn av det. Kontaktsykepleieren min tok initiativ til en samtale med pasienten på et samtalerom. Han startet med å speile pasienten ved å forklare hvordan hun framsto i avdelingen og forandringen som hadde skjedd. Hilde fikk også informasjon om de forskjellige tolkningene personalet hadde. Hun var stille under samtalen. Da hun fikk spørsmål om stemmer klarte hun å si at det var stemmene som hadde forandret seg. De truet, devaluerte og mobbet henne slik at hun ikke klarte å snakke med personalet. Kontaktsykepleiers oppgave var da å støtte pasienten på at hun hadde det tøft, samt informere personalgruppa på at atferden var en direkte konsekvens av hennes hallusinasjoner. Hun kunne se "sur" ut, men hadde fokus på egne tanker. Hvordan personalet leste Hildes væremåte ble dermed feiltolket.

Væremåten til den schizofrene kan av og til skape misforståelser og hindre relasjonsbygging og sosial inkludering. Pasientene kan også ifølge Frese 1993 (referert i Hummelvoll, 2012, s. 365) bli lett distraheret og unngår dermed øyekontakt og sosiale settinger. Da kan personalet rundt henne oppfatte henne som uinteressert eller uoppmerksom. Noen pasienter bruker også lengre tid på å svare på spørsmål fordi de bearbeider det som blir sagt.

Med å møte henne med medmenneskelig nysgjerrighet og et omsorgsfullt kroppsspråk, viste kontaktsykepleieren min at han ville henne det beste. Noe som førte til at hun åpnet seg opp. Han var opptatt av å finne ut hvor pasienten befant seg i sin situasjon ved "se" henne. Er det det som er tillitsskapende? Var det riktig av de andre i personalet og bare "synse" og tro, uten å vite? Hva burde de gjort? Dersom sykepleieren ikke viser interesse, vil pasienten oppfatte det og reagere på samme måte (Joyce Travelbee, 2001, s. 137-138). Kanskje hun følte seg oversett av de andre helsearbeiderne? Er ikke det relasjonssvekkende? Hva om man prøver en balanse mellom å være for pågående og for distansert? Om vi var for pågående kunne også det skape konsekvenser i relasjonsbyggingen.

Episode 2. En dårlig tilnærming?

En gang sto Hilde, en ekstravakt og jeg på kjøkkenet. Ekstravakten gjorde nettopp stikk motsatt av hva jeg gjorde de første ukene. Hun stilte mange spørsmål til Hilde om hvordan det var å være schizofren, hvorfor hun hadde kuttet seg, årsaken til at hun var innlagt hos oss og til slutt "*skal vi gå tur senere*"? Det var ikke snakk om å la Hilde få ordet mellom spørsmålene. Ekstravakten snakket mye og hadde et "giret" kroppsspråk med mange bevegelser. Hun hadde sin andre arbeidsdag da dette skjedde. Jeg kunne se at Hilde følte et ubehag. Hun så forfjamsset ned i gulvet og svarte "*øhm, eh*" og smilte litt i det hun gløttet opp. Uten flere ord gikk hun ut av rommet. Det gjorde vondt å se Hildes reaksjon på spørsmålene. Etter en stund returnerte Hilde, helt distansert. Det så ut som hun ikke ønsket kontakt med ekstravakten. Hva formidlet egentlig ekstravakten til Hilde gjennom kommunikasjonen? Utrygghet overfor seg selv, utilpass situasjon eller at hun ikke "leste" Hildes kroppsspråk? Ville hun være "flink"?

Hva lærte jeg av ekstravaktens måte å tilnærme seg Hilde? Det virket ikke som om ekstravakten hadde nok kunnskap om schizofreni da hun spurte ukritisk om alt ute i fellesstuen. Mine første tanker var da, er det lurt å stille sånne spørsmål slik at alle kan høre det, på et felleskjøkken? Da jeg sto på sidelinjen og observerte hendelsen tenkte jeg først at det ikke var lurt å stille så mange personlige spørsmål til en man ikke kjenner. Jeg kan ikke tro at relasjonen mellom dem var så trygg etter så kort tid. Kontaktsykepleieren min hadde tydeligvis fått til en bra relasjon, men hvordan fikk

han det til? Han fortalte stadig at han hadde et ønske om å hjelpe, og at kommunikasjon var og er et viktig redskap i den prosessen.

Kommunikasjon er et virkemiddel som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet. Kommunikasjon kan trekke mennesker nærmere eller støte dem bort, hjelpe eller såre (Hummelvoll, 2012). Kanskje hun viste interesse, men på feil måte? Måten vi kommuniserer på er ikke alltid like gjennomtenkt. Er det spesielle hensyn man må ta i forhold til kommunikasjon med mennesker som har schizofreni? Bør man ikke heller fokusere på å møte dem "hvor de er" som likeverdige mennesker?

Møte dem «hvor de er»

Ifølge studien til Coffey & Hewitt (2005) burde mennesker som jobber innen psykisk helse må utvikle kompetanse og selvbevissthet i møte med pasientene. Schizofreni som er for de fleste en gåte og en alvorlig sinnslidelse. Undringen er fremdeles stor blant fagfolk, skaper fortvilelse hos pasienter flest og en følelse av maktesløshet hos pårørende (Peleikis & Felldal, 2017, s.13). Å få en schizofrenidiagnose kan være en stor omveltning for et menneske, brutalt eller kanskje befriende. Hilde på sin side fortalte at det var en lettelse å endelig få et svar på hva som plaget henne etter å ha slitt med uforklarlige fenomener som hun ikke visste hva var.

Før jeg hadde psykiatripraksis var jeg nok preget av oppfatningen om at "psykiatrien" var et farlig fagfelt. Jeg tror fremdeles at mange tenker på samme måte som meg når jeg skulle i praksis første dagen. Jeg hadde hørt mange skrekkhistorier om blant annet at mennesker som har blitt slått ned av mennesker i psykose, at man selv blir psykisk syk av å jobbe innen psykisk helsevern og at det er farlige mennesker man bør holde seg unna. Jeg ante ikke hva jeg gikk til, men ettersom

Gyatso (1989) påpekte at.

"Forståelsen for at vi alle i bunn og grunn er mennesker som søker etter lykke og prøver å unngå lidelser, er til stor hjelp i utviklingen av en følelse av broderskap og søsterskap, en varm følelse av kjærlighet og medlidenhet for andre" (referert i Eide & Eide 2012 s. 3), fikk jeg en tankevekker.

Filosofen Immanuel Kant (1728-1804) beskrev psykose som en drøm i våken tilstand. Alt av personer, hendelser, tid og rom har ikke fotfeste i det logiske. Alt kan skje. *“I drømmen er hendelsene ute av kontroll - vi virvles med”* (Strand, 2011, s. 15). Vi har alle drømt og våknet opp, forfjanset og forvirret. Man vet kanskje ikke hvor man er eller tror et øyeblikk at det var ekte (Strand, 2011, s. 15). Kanskje det var slik Hilde oppfattet og fremdeles oppfatter å ha diagnosen? Hva om Hilde var fanget i en drøm hun ikke våknet opp av og hvordan påvirket det hennes relasjonsevne?

Søren Kierkegaards sier det slik:

“At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremst maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Det er hemmeligheden i al Hjælpekunst.. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han - men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.” (Kierkegaard, referert av Pedersen, R, 2007).

Det Søren Kierkegaard påpeker er at man skal finne pasienten der de er, bli kjent med deres tolkning av verden og begynne der. Han skriver også at for å kunne hjelpe må man ha mer kunnskap enn pasienten samtidig som vi må forstå pasientens tanker og spille på lag. Men er det ikke pasienten som har mest kunnskap om seg selv?

“Den syke har holdninger og følelser overfor sykdommen. Skal sykepleieren kunne hjelpe den syke, er det absolutt nødvendig at hun setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sin sykdom. Dette er et område som i all hovedsak har vært alvorlig forsømt av de fleste sykepleiere” (Joyce Travelbee, 2001, s. 36).

Kontaktsykepleieren min var alltid ute etter: *“Hvordan har DU det. Hva tenker DU om din situasjon? “Jeg bryr meg ikke om hva stemmene sier, hva sier DU?” Jeg vil deg vel.”* Jeg tenkte at dersom jeg som sykepleier fikk mer forståelse for lidelsen, ville jeg vært til bedre hjelp for Hilde. På den måten kunne relasjonen og samspill blitt bedre. Jeg undret om det var kunnskapsnivået som skilte kontaktsykepleieren min og noen av de andre i personalgruppen på hvordan de møtte Hilde? Hvordan påvirket mitt

kunnskapsnivå relasjonen mellom meg og henne? Hadde det noe å si når jeg uansett hadde fokus på å møte menneske bak diagnosen?

Hummelvoll (2012) påpeker at for å få en god relasjon med mennesker med schizofreni, må man prøve å bli kjent med vedkommende sin virkelighetsoppfatning. Hjelperen må være tålmodig og vise interesse for vedkommende slik at de kan få en felles forståelse. Væremåten som Hilde hadde, kan ha gitt en mulig innfallsvinkel av hennes opplevelse av seg selv og verden rundt. Likevel bør en sykepleier ikke synse, men spørre pasienten undrende hvordan de egentlig har det. Ut ifra den human-eksistensielle tilnærmingen er det viktig å se personens særegne symptomer samtidig som man skal møte dem hvor personen er. Ofte er det slik at vi møter mennesker som er både engstelige, forvirrede og som søker etter fast grunn og bekreftelse på seg selv. Psykose kan skape engstelse, usikkerhet og/eller undring hos personen selv og de som er rundt. Hilde levde og lever kanskje i perioder i en verden som er annerledes enn det folk flest opplever. Verden kan oppleves truende å leve i fordi angsten kan være fremtredende. Det kan også kjennes ensomt i og med at folk ikke forstår hva de vil formidle, og de blir møtt med realitetsorientering (s. 337-339).

For å få en bredere forståelse er det kanskje en fordel å ha kunnskaper om hva sykdommen egentlig innebærer. På den måten er det lettere å vite hvilke symptomer man skal se etter og få en bredere forståelse hvordan man bør møte pasientene «*hvor de er*».

Hva er egentlig schizofreni?

I et livsløpsperspektiv regner man med at omtrent 1% av befolkningen er rammet og 0,3 % er syke til enhver tid. Gjennomsnittlig blir 15 nye syke per 100 000 innbygger (Snoek & Engedal, 2018, s. 82). Schizofreni er en langvarig psykosesykdom med dårlige fremtidsutsikter selv om langtidsstudier påpeker at 50 % har en god prognose (Gullberg, 2005, s. 140). Sykdommen er alltid dynamisk og foranderlig, men det er dermed ikke fastslått at den skal bli stående livet ut (Peleikis & Felldal, 2017, s.17). Studier påpeker at tidlig oppdaging av symptomer og god behandling kan føre til at

færre blir alvorlig syke (Gullberg, 2005, s. 143). Men hvordan vet pasientene at de er syke dersom de ikke har sykdomsinnsikt?

Til enhver tid er det omtrent 20 000 mennesker i Norge med diagnosen schizofreni. Menn rammes gjennomsnittlig fem år før kvinner, som regel i 17-18 årsalderen. De fleste nysyke rammes som regel i 18-28 årsalderen, men alle aldre kan rammes (Snoek & Engedal, 2018, s. 83). Diagnosen kan behandles og hjelpen bør komme fra flere kanter samtidig (Peleikis & Felldal, 2017, s.21). Enkle symptomer kan ikke danne grunnlag for om det er schizofreni eller ikke. Hvordan personen fungerer i hverdagen har mye å si. Schizofreni kan igjen deles inn i forskjellige undergrupper som for eksempel hebefren, kataton og paranoid schizofreni (Snoek & Engedal, 2018, s.82-87).

Symptomene må ses i sammenheng. Varighet og innvirkning på personens liv må tas i betraktning før diagnosen kan bli satt. De fire grunnsymptomene er "de fire A'ene": Assosiasjonsforstyrrelser, autisme, affektavflatning og ambivalens. Symptomene kan deles i positive og negative symptomer. Positive: Vrangforestillinger, tankemessig desorganisering, hallusinatorisk atferd (sansebedrag), uro/agitasjon, storhetsideer, mistenksom/forfølgelsesideer og fiendtlighet. Negative: Affektmatthet, følelsesmessig tilbaketrekking, sparsom emosjonell kontakt med andre, passiv/sosial tilbaketrekking, problemer med abstrakt tenkning, mangel på spontanitet og ledighet i samtale og stereotyp tenkning (Snoek & Engedal, 2018, s. 83-86).

Årsakene bak syndromet er fremdeles uklar, men det finnes mange ulike teorier om blant annet påvirkning av miljøet, arv, fysiologiske medfødte feil og gjennomgått traume. Schizofreni kan forklares ut ifra en stress -og sårbarhetsmodell, som vil si at vedkommende er født med en sårbarhet som kan utløse sykdommen ved større belastninger senere i livet (Snoek & Engedal, 2018, s. 88). Kanskje sårbarhet for rusmidler utløste Hildes schizofreni?

Hennes psykotiske symptomer vedvarte over seks måneder, og dermed kan det antas at det er grunnen til at psykologen gav henne diagnosen schizofreni på bakgrunn av hennes sykdomsbilde. Hilde skjønnte ikke det psykologen fortalte om det han kalte prodromalfasen/varselfasen. Kanskje psykologen burde hatt et lettere og

mer forståelig språk som hun kunne forstå. Da kunne misforståelser og utrygghet vært unngått. Denne fasen skjønnte hun ikke før i etterkant av diagnostiseringen, ettersom hun fikk det forklart på en enkel måte av kontaktsykepleieren min som hun allerede hadde tillit til. Hun fikk flere symptomer etter hvert som sykdomsforløpet gikk.

Hildes symptomer

Da Hilde først ble syk hadde hun flere diffuse tegn på sykdommen. Hummelvoll (2012) og Snoek og Engedal (2017, s. 81) påpeker at psykose er preget av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller forvirring. Hun opplevde søvnforstyrrelser, depresjon, isolasjon og opplevde at angsten kom snikende. Spørsmål om hvem hun var og hennes identitet var uavklart. Hun søkte dermed trygghet i rusmiljøet. Jeg la merke til at hun fungerte dårligere sosialt enn man kunne forvente. Hun klarte ikke daglige gjøremål eller prioriteringer på grunn av stemmer og vrangforestillinger. Noen står overfor større utfordringer enn andre, men disse forandringene trenger nødvendigvis ikke være en forløper til schizofreni (Hummelvoll, 2012). Risikoen øker dersom vedkommende generelt sett har fungert dårlig og har stor belastning av psykiske lidelser i familien (Helsenorge, 2015). Hilde, som Immanuel Kant, fortalte en gang senere i forløpet at psykose kan nesten forklares som en drøm i våken tilstand. Hadde hun da fått sykdomsinnsikt?

Nyere teorier av nevrologen J.Hughlins-Jackson, beskrev symptomene som positive og negative. Han beskrev de negative symptomene som "mangelsymptomer" som innadvendthet og språkforvirring. De positive er de "produktive" symptomene som er mer psykoselignende som vrangforestillinger, hallusinasjoner og bisarr atferd (Gullberg, 2005, s. 140). Hilde beveget seg i perioder mellom positive og negative symptomer som var fremtredende på forskjellige måter. De negative symptomene kunne også komme av bivirkning av medisiner, langvarig isolering og understimulering (Gullberg, 2005, s. 141). En gang kom hun i døren til personalrommet og bare stirret ut i luften uten å si noe. En sykepleier spurte hva det var, men hun svarte ikke og gikk videre nedover gangen. Det var ikke før etterpå at hun fortalte at det var stemmene som var høylutte. Vil det da si positive symptomer med stemmehøring eller negative symptomer med innadvendthet og isolering? Har

egentlig symptomene noe å si i forhold til måten å kommunisere på ettersom Kierkegaard påpeker at man skal møte dem «hvor de er»?

Noen symptomer som kommer snikende og utvikler seg langsomt, kan gjøre det vanskelig for den det gjelder å innse at hun er syk (Joyce Travelbee, 2001, s. 90.) Selvomplevelsen av diagnosen blir mer dyptgående hos disse pasientene. Dette kan ha gått utover relasjonsevnene til Hilde (Gullberg, 2005, s.136). Schizofreni skiller seg fra de "enkler" psykosene fordi det ofte har et mer komplisert forløp med større forandringer i personligheten (Gullberg, 2005, s. 136). Jeg visste ikke hvordan Hilde var før hun isolerte seg fra venner og familie, men jeg undret om hun var nokså lik de andre på hennes alder. Grunnsymptomene til lidelsen ble betraktet som "Bleulers 4 A-er".

Hildes måte å tenke på ble påvirket, prioriteringene forandret seg som følge av assosiasjonsforstyrrelser. Grunnen til forstyrrelsene kan ha vært forandringer i logisk tenking. Hun brukte private ord og symboler og manglet sammenheng i det hun sa (Gullberg, 2005, s. 136). Dette merket jeg da jeg møtte Hilde i korridoren en tidligvakt jeg var på. Da hun passerte meg i det jeg skulle inn på vaktrommet stoppet hun meg opp. Hun begynte å snakke om tre-fire forskjellige tema i en og samme setning, hoppet frem og tilbake. Der stod jeg uten å vite hva jeg egentlig skulle svare. Hvor skulle jeg begynne, hva skulle jeg ta tak i? Jeg så mest sannsynlig forvirret ut og det ble til med at jeg nikket og smilte, prøvde å svare på det siste hun sa. Hva kunne jeg gjort i stedet for å nikke og smile? Sett i ettertid, kunne jeg sagt: *"Hilde, nå forstår jeg ikke helt hva du mener, kan vi prates litt senere etter rapporten?"* Jeg oppdaget at noen av pasientene ofte formidlet lite ord, mens andre snakket usammenhengende og brukte uvante ord. Et av hovedproblemene var derfor kommunikasjonsvansker som gjorde relasjonsbygging og samhandling vanskelig (Hummelvoll, 2012, s. 349).

Da Hilde opplevde tap av interesser og virket apatisk på grunn av de affektive forstyrrelsene, ønsket jeg å motivere henne til å vinne tilbake gleden i det hun fant meningsfullt (Gullberg, 2005, s. 136). Hun fortalte at hun egentlig var veldig glad i kunst og malerier, men hun klarte ikke finne gleden i hobbyen ettersom stemmene i hodet ble sterkere og sterkere. Etter å ha stått der noen sekunder fortalte hun at stemmene drog henne bort fra omgivelsene og at hun glemte alt annet. Det at hun

ikke klarte å ta valg blir på fagspråket kalt ambivalens (Gullberg, 2005, s. 136).

Spørsmål som: Ville hun gå på tur eller ikke, ville hun male eller ikke? Små valg ble store, grublingen ble langvarig. Jeg undres hvordan jeg kunne hjelpet henne til å ta valg lettere?

Da jeg skulle kalle henne inn til middag møtte jeg henne sittende ute på røykerommet. Sigaretten hadde allerede falt på bakken og hun satt der tom i blikket. Autisme i denne sammenhengen, vil si at hun fremstod som innadvendt og oppmerksomhetsforstyrret. Det kan ha ført til sviktende kontakt mellom oss og omgivelsene (Gullberg, 2005, s. 136). Hun tok stadig hetten over hodet og skrudde headsettet på full lyd. Da tolket jeg det som om hun ikke ønsket å snakke, eller klarte hun det bare ikke? Hun søkte ofte tilflukt ute på røykerommet eller ute i hengekøyen. Var det på grunn av hallusinasjonene, manglende relasjonsevne eller sviktende forhold mellom meg og henne av en eller annen grunn? Hva var grunnen til holdningene hennes?

Jeg skjønnte i etterkant at Hilde sannsynligvis var plaget av stemmer og prøvde å overdøve dem med musikk på ørene. Hummelvoll (2012) skriver at grovt sett kan man dele inn hjelpen i avledning/distrahering eller fokus på hallusinasjonene. Når man avleder kan man for eksempel oppfordre pasienten til daglige gjøremål for å få fokuset bort fra hallusinasjonene og samtidig etablere nye vaner. En annen form er symptommestring som går ut på at pasienten mestrer de auditive hallusinasjonene med å lese høyt, oppsummere innholdet, snakke med noen, se på tv, lytte til avslappende musikk med eller ørepropper og/eller nynne (s. 356-358). Da Hilde hørte på musikk hadde hun kanskje behov for avstand? Kanskje dette var grunnen til at hun gikk nedover gangen uten å svare?

Hildes hørselshallusinasjoner gav seg utslag i høye stemmer. Stemmene kommanderte, nedtrykte og oppmuntret henne. Hun følte også at personalet kunne kontrollere hennes tanker og følelser. Hun opplevde at identiteten forsvant gjennom hennes hallusinasjoner og vrangforestillinger. Noen ganger opplevde hun at hun fikk tvangstanker om at hun måtte kutte seg. Det var tydelig på armene hennes. Hilde kunne oppleve å bli overvåket og få vrangforestillinger om at menneskene på tv eller radio snakket til henne (Gullberg, 2005, s. 138). Hvordan kunne jeg ha trygget henne

da stemmene var på sitt verste og vrangforestillingene fikk fotfeste?

Realitetsorientering, eller?

Hos noen kan hallusinasjonene føre til angst og redsel. Jeg tenker som Hummelvoll (2012) at det er sykepleierens oppgave å forsøke å dempe angsten gjennom en trygg relasjon (Hummelvoll, 2012, s. 356). Heldigvis fikk hun mulighet til å uttrykke det hun sanset, følte og tenkte i forhold til hallusinosen til min kontaktsykepleier. Hun fortalte at hun hørte stemmer kunne både være meningsfullt og reelt, men også skremmende, smertefullt, fryktskapende og overveldende. Og det var nettopp det som gjorde at hun "virket sur" i møte med helsepersonellet. Andre ganger synes hun stemmene var en del av det sosiale nettverket og ville dermed ikke at de skulle forsvinne. Kontaktsykepleieren foreslo for Hilde å ta seg tid til stemmene når det selv passet for henne som et forsøk på å få tilbake kontrollen. Kontaktsykepleieren min sa som Hummelvoll (2012) at det var viktig å akseptere hennes opplevelser, prøve å forstå det språket av symboler og følelser som hun formidlet (Hummelvoll, 2012, s. 357). På den måten følte hun seg sett og ivaretatt. Jeg undres hvordan kontaktsykepleieren min egentlig hjalp Hilde å forholde seg til stemmene. Det var ikke alltid like enkelt å forstå hva hun mente da hun fortalte om dem. Følte hun en utrygghet når jeg ikke var sikker i mine svar? Kunne jeg kommunisert annerledes da hun var stemmepåvirket?

En annen utfordring Hilde hadde var forstyrrelser i selv-et. Det medførte at hun ikke følte sammenheng i egen identitet. Det kan også være på grunn hun ikke kjente igjen virkeligheten eller seg selv. Grensene mellom henne selv og verden rundt ble visket ut, det opplevde hun også som angstfullt (Gullberg, 2005, s. 137). Hun hadde endret hallusinatorisk selvilde som skapte uklare grenser mellom egen kropp og omverden og følte seg fremmedgjort i forhold til sin egen kropp eller deler av den (Hummelvoll, 2012, s. 361).

På en kjøretur vi hadde spurt hun om vi kjente henne igjen. Hun hadde sett seg selv i speilet og holdt seg til kinnet. Hun følte det falt av. Hvordan bør jeg svare på vrangforestillinger? Kontaktsykepleieren gav Hilde en "jeg melding". Det vil si hva han mente og opplevde. Han sa: *"Jeg opplever at du ikke snakker med meg så mye, og at du ser alvorlig ut, og da blir jeg bekymret for hvordan det går med deg. Jeg synes*

du er lik ut som i går. Jeg ser at du er Hilde". Med det formidlet han at han bærer kontinuitet, forutsigbarhet og trygghet overfor henne. Han så Hilde og brydde seg, stilte seg til disposisjon.

Andre ganger fikk Hilde fremmede tanker kom inn i ugunstige sammenhenger hvor de ikke skulle være. Det resulterte i problemer med å holde seg konsentrert i for eksempel daglige gjøremål eller samtale (Gullberg, 2005, s. 139). Det opplevde jeg under kveldsmåltidet. Hilde forsvant plutselig inn i en tankeboble, og kikket ned på skiven. Hun var overbevist om at skiven snakket til henne, og hun svarte med et språk på en måte jeg aldri hadde opplevd før. Skulle jeg svare henne eller skulle jeg være stille å late som om det var normalt? "Friske" mennesker klarer å skille ut støy fra omgivelsene, mens for en med schizofreni blir det vanskelig. De kan derfor oppleve å ikke se helheten og blir opptatt av detaljer (Gullberg, 2005, s. 138). Jeg spurte kontaktsykepleieren min hva jeg burde svare i slike situasjoner, og han fortalte at realitetsorientering da kan virker enda mer forvirrende, men at det er bedre med en undrende og interessert tilnærming. For eksempel: *"jeg ser du er litt fjern nå, hva skjer?"* Kroppsspråket formidler *"Jeg ser deg"*.

Jeg undres jeg hvordan jeg selv møtte henne i hennes hverdag med sine utfordringer i forhold til symptomer.

Å møte henne «hvor hun var»

I samtalene var jeg opptatt av å lytte, være tydelig og forutsigbar. Jeg prøvde å være mest mulig meg selv. Som Joyce Travelbee sier: *"Det er bare når en står ovenfor hverandre som menneske til menneske, noe som innebærer overskridelse av roller, at et virkelig forhold kan etableres"* (Joyce Travelbee, 2001, s. 64).

I ethvert møte mellom en sykepleier og den som hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon, både under samtaler og når det er stillhet. Når jeg fokuserte på Hildes kroppsspråk kunne jeg lettere se hvor «hun var» i sin hverdag. All interaksjon mellom partene gir en anledning til å bli kjent med mennesket og dermed etablere et menneske-til-menneske-forhold (Joyce Travelbee 2001, s. 135). Ifølge Eide og Eide (1996, s. 18) kommer begrepet kommunikasjon av det latinske ordet *"communicare"*,

som vil si “å gjøre noe felles”. Jeg opplevde at det ikke alltid var like enkelt å gjøre noe felles ettersom Hilde var stemmepåvirket og oppmerksomhetsforstyrret, men gjorde det noe med relasjonen vår?

Relasjonsbegrepet kommer av det latinske ordet “*relatio*”, og i helsefaglig sammenheng vil det si et forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 1996, s.18). Joyce Travelbee mener sykepleie er en “*mellommenneskelig prosess*” fordi det alltid direkte eller indirekte dreier seg om mennesker. Det er også en “*prosess*”. Med det mener hun at det er en erfaring, hendelse eller serier av hendelser som inntreffer mellom en sykepleier og pasienter som har behov for den hjelpen en sykepleier kan tilby (Joyce Travelbee, 2001, s. 29-30). Mennesker med schizofreni har ofte problemer med relasjonsbygging på grunn av syndromets symptomer (Berry & Shattock, 2017). I studien påpeker de også at pasienter med negative symptomer og hørselshallusinasjoner kan ha utfordringer i relasjonsbyggingen.

Vi kommuniserer med ulike tegn og signaler, verbalt og non-verbalt. Verbal kommunikasjon vil si det som ordene vi skriver eller sier. Non-verbalt vil si at vi utveksler andre signaler som kroppsspråk, bevegelser, ansiktsuttrykk, stemmebruk og berøring. Det kan være direkte eller indirekte, distansert, empatisk, kontrollert eller spontant. Det nonverbale språket spiller en stor, om ikke større del enn det verbale språket i relasjonen mellom partene. Den som er syk kommuniserer gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, manerer og gester. Det samme gjør sykepleieren. Feiltolkninger og misforståelser er ofte uunngåelige deler av kommunikasjon i relasjoner flest (Eide & Eide, 1996, s.19). I mellommenneskelig interaksjon forsterkes eller svekkes den verbale kommunikasjonen av det nonverbale. Berøring er en form for nonverbalt kroppsspråk som kan være viktig i nærhet og tilknytning (Gustin, 2016, s.281). Mennesker med schizofreni kan ha problemer med berøring, og det kan dermed føre til redsel og avstand. Det nonverbale kroppsspråket er med på å skape direkte kontakt med den andre, og danner grunnlag for tillit eller mistillit. Hvordan vi bruker det nonverbale kan også påvirke relasjonen på godt og vondt (Eide & Eide, 1996, s. 38).

Gode kommunikasjonsferdigheter kan være et middel til å forstå den andre som person for at omsorgen kan bli bedre. Kommunikasjon kan bidra til økt trygghet i vanskelige situasjoner, eller virke mot sin hensikt. Når jeg kommuniserte med Hilde forsøkte jeg å møte henne *“hvor hun var”*. Er det det hun hadde behov for?

“Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som bisitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk” (Joyce Travelbee, 2001, s. 41). Å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om evnen til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet når man skal etablere et forhold den den syke. Det krever selvinnsikt, selvforståelse, innsikt i drivkreftene bak menneskelig atferd og evnen til å tolke sin egen og andres atferd. Det er viktig å være vennlig, men det er nesten viktigere å ikke mangle kunnskap og innsikt i vitenskapelige begreper og prinsipper samt å anvende det (Joyce Travelbee, 2001, s. 44-45). Søren Kierkegaard hevder også det samme.

“En vesentlig antakelse er at sykepleierens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold” (Joyce Travelbee, 2001). Og dette forholdet blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt (Joyce Travelbee, 2001, s. 41). Kunne ikke en for pågående væremåte ha ført til avstand? Må det ikke derfor være fin balanse mellom nærhet, avstand og forståelse av sykdom og pasient i dette forholdet? Var det den balansen ekstravakten ikke forstod? Jeg tror det. Jeg var ny jeg også, så hvordan burde vi gått frem da vi skulle bygge en relasjon til henne?

Et menneske-til-menneske-forhold

Studien til Coffey og Hewitt (2005) påpekte at et terapeutisk forhold historisk sett alltid vært grunnmuren i psykisk helsehjelp. Relasjonsbygging med mennesker med psykose/schizofreni kan ta opptil seks måneder for å etableres. Videre påpekte de at teorien *“sykepleier-pasient-forhold”* kom på banen av Hildegard Peplau i 1952. Det er en teori om hvordan sykepleieren kan etablere en allianse eller et terapeutisk forhold til pasienten. Det var denne teorien Joyce Travelbee videreførte, men endret det til *“menneske-til-menneske-forhold”*. Hvor hun er mer opptatt av å se mennesket bak diagnosen.

En grunntanke Joyce Travelbee har er at det er den profesjonelle sykepleierens oppgave å etablere et *“menneske-til-menneske-forhold”* hvor partene skal forholde seg som unike menneskelige individer, ikke som *“pasient”* og *“sykepleier”*. Det er først og fremst når hvert individ oppfattes som menneske at relasjonen kan oppstå. Dette forholdet kan ikke bare oppstå av seg selv, det må en samhandling til (Joyce Travelbee, 2001, s. 171). Denne samhandlingen må riktignok tilpasses til Hildes symptombilde.

Joyce Travelbee skriver at *“En annen viktig grunntanke er at menneske-til-menneske-forhold etableres etter at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire forutgående, sammenhengende faser”*. Den første fasen begynner med det innledende møte, deretter fremvekst av identiteter, empati og deretter sympati og medfølelse. Fasene går ofte frem og tilbake i stadiene og kan ta kortere og lengre tid. Prosessen kan stoppes opp i perioder, og den kan gjenopptas (Joyce Travelbee, 2001, s. 172).

I det innledende møtet gjør begge parter seg opp en mening om hverandre. Førsteintrykket dannes. *“Sykepleierens oppgaver er å bli seg bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det unikt individuelle ved det andre mennesket, den såkalte “pasienten”* (Joyce Travelbee, 2001, s. 192). Denne fasen ligner mer på et *“sykepleier-pasient-forhold”*, hvor partene har roller som *“sykepleier”* og *“pasient”* og ikke *“menneske-til-menneske”*. Og *“det er bare mennesker som kan bygge opp forhold til hverandre, ikke kategorier eller merkelapper”* (Joyce Travelbee, 2001, s. 187-188). Heldigvis gikk jeg forbi navneskiltet til Hilde og møtte henne som menneske. Jeg undret om det var grunnen til at vi begynte å etablere en virksom relasjon.

I neste fase oppstår fremvekst av identiteter, som er evnen til å verdsette den andre som unikt menneskelig individ, sammen med evnen til å etablere tilknytning til andre. Her må man kunne *“se”* den andre. Det oppnås en rekke tanker og følelser mot den andre og man oppfatter hverandres personlighet. Det er ikke lett å sette seg inn i en situasjon som man ikke har vært i selv. Det er desto vanskeligere å tenke seg inn i et

menneske med schizofreni som har annet tankesett. Denne fasen er et mellomledd som siden fører til empatifasen (Joyce Travelbee, 2001, s. 188-189).

Empati innebærer å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres tilstand i øyeblikket. Det vil si at en tar del i den, men tenker og føler ikke som den andre. Man tar del i, samtidig som man står utenfor. Det å føle empati vil si nærhet, men at man ikke går oppi den andre (Joyce Travelbee, 2001, s. 193-215). På den måten må nærhet og avstand bli tatt i betraktning. Coffey og Hewitt (2005) påpeker at evne til å vise empati er også en av grunnsteinene til å utvikle en god allianse. Personen er i sentrum, ikke diagnosen. Dette vil styrke forholdet. For at empati skal oppstå over tid, må det være en viss tillit mellom partene. Mangel på empati kan ødelegge tillitsforholdet. Tillit er noe som ikke kommer av seg selv. Akkurat som med kommunikasjon kan empati brukes i prosessen med å komme nærmere den andre eller støte fra. En god empatisk prosess gir gjensidig forståelse og kontakt, et skritt i riktig retning.

Dersom Hilde fortalte om sine vrangforestillinger, visste jeg ikke hvordan jeg burde håndtert svarene mine. En gjensidig forståelse for det hun snakket om var ikke alltid like enkelt å oppnå, da jeg ikke alltid skjønnte hva hun mente. Særlig da jeg forsto at det hun sa ikke kunne stemme i virkeligheten. Ville da mangel på empati fra min side svekke tilliten hennes til meg? Er det andre måter jeg kunne uttrykket meg?

Travelbee mener at sympati og medfølelse overfor den andre vil forsterke forholdet. Når man setter seg inn i andres følelser og opplever medlidenhet vil man kunne vise omsorg på en helt annen måte gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon. Tillit er et resultat av sympati og medfølelse som avløses av trygghet. Trygghet er en forutsetning for tillit. Den syke har ofte vansker med å oppnå tillit og forsøker å sette sykepleieren på prøve. Når tillit og trygghet oppstår, blir menneske-til-menneske-forholdet bygd (Joyce Travelbee, 2001, s. 193-215). Hvordan oppnå empati? Hva med å spørre pasienten hvordan hun har det? Kunne realitetsorientering i møte med Hilde svekke tryggheten og tilliten?

Andre utfordringer i samarbeid og relasjonsbygging

I begynnelsen syntes jeg det var viktig å bli kjent med Hilde som personen bak sykdommen og hvordan symptomene kom til uttrykk. Jeg, som Hummelvoll (2012) påpeker, la vekt på å være varm, empatisk, "objektiv", ikke-konfronterende og tilpassningsdyktig. Derfor var det viktig å ha kunnskap om schizofreni for at samarbeidet skulle bli best mulig. Ifølge Hummelvoll (2012) vil en del pasienter teste ut om personalet er til å stole på. Personalets ærlighet og personlig integritet blir satt på prøve. Tålmodighet er nøkkelen. Grunnholdningene bør være preget av likeverd, respekt, vilje til åpenhet og ekte interesse for å prøve å forstå det pasienten viser gjennom ord og væremåte. Jeg undret om ekstravakten hadde reflektert over eget kroppsspråk før hun begynte å jobbe. Hadde hun egentlig tilstrekkelig menneskelig kompetanse?

Peleikis og Felldal (2017) skriver at å skape en terapeutisk relasjon er forutsetningen for et vellykket behandlingsopplegg. Siden symptomene ved sykdommen kan gjøre det vanskelig å forholde seg til mennesker og omverdenen, bør relasjonen bygges opp av tillit. Det kan være utfordrende å få et menneske i psykose til å stole på den hun møter. Små og ubetydelige hendelser kan bli overtolket og føre til utrygghet. Pasientene er usikre på menneskene som vil hjelpe. Tillit er ikke noe man kan bestemme seg for. Det skapes over tid. Mennesker med schizofreni har ofte en varhet for nonverbal kommunikasjon og kan ha vansker med fysisk kontakt. Man må lese kroppsspråket for å se om man nærmer pasientens komfortsone. Samarbeidet krever forpliktelse over tid. Tydelighet, forutsigbarhet, optimisme, entusiasme og ærlighet er viktige holdninger for å skape en trygg relasjon og et godt samarbeid (s. 152-154).

Informasjon jeg fikk av Hilde kunne også være med på å gjøre samarbeidet bedre. Å samle informasjon måtte jeg gjøre med varsomhet og det burde skje over tid (Hummelvoll, 2012, s. 354). Ekstravakten stilte spørsmål etter to dager på jobb og ikke med et varsomt kroppsspråk. Dette skjedde i fellesmiljøet der andre pasienter/ovedkommende kunne høre. Er det andre måter det heller kunne blitt gjort på? Hummelvoll (2012) mener også at de som søker etter informasjon må være

respektfulle, og nysgjerrige med ekte interesse. Hva med balansen jeg undret om tidligere?

Når man utforsker hva som ligger til grunn for psykosen er det lurt å stille først åpne spørsmål, deretter lukkede. Hilde må først og fremst få tid til å venne seg til at nye mennesker er i avdelingen. Hun kan ha hatt utfordringer med angst for nærkontakt og frykt for psykisk invadering. Ekstravakten burde derfor ha hatt en lyttende og anerkjennende holdning og at hun med det viste at hun var til å stole på. Hun burde forsøkt å forstå Hilde i hennes situasjon. Kontaktsykepleieren min fortalte at man måtte forstå når man kan være nær, og når man må gi pasienten rom. Hvor mye støtte trengte Hilde og hvor store utfordringer kunne hun tåle?

For å etablere et positivt samarbeid og en god relasjon burde også omsorg være en del av det å møte pasienten. Ved å vise omsorg erfarte jeg at det skapte trygghet som gjorde at Hilde kanskje følte det lettere å åpne opp sine tanker, følelser og eventuelle bekymringer. Holdningene jeg så hos min kontaktsykepleier var å møte pasientene med god sensitivitet, empati og en solid dose fagkunnskap. Han var også medmenneskelig, åpen og tilgjengelig. Han arbeidet utholdende og fleksibelt. Kanskje det var mest avgjørende at han hadde full tiltro til at Hilde skulle klare å mestre sin schizofreni og livet.

Det kan ha vært vanskelig å holde det mellommenneskelige forholdet oppe dersom vi ikke var flinke til å reflektere over egne og andres holdninger. Kontaktsykepleieren min var flink til å ikke kategorisere men individualisere menneske bak diagnosen. Han fortalte at det var viktig å lytte til eksperten, pasienten selv. En sykepleier må både ha erfaringsbasert pasient- og personalkunnskap men også forskningsbasert kunnskap i møte med schizofrene (Hummelvoll, 2012, s. 355). Personalkunnskap i denne sammenhengen kan bety å se egen og andres atferd overfor pasientene.

Hummelvoll (2012) skriver at noen ganger kan angsten påvirkes av hørselshallusinasjoner eller vrangforestillinger. Da er det viktig som sykepleier å redusere angsten med å være hos pasienten og tilby kontakt. Nærhet og avstand må tas i betraktning. Nærvær kan fremkalle angst, men samtidig bør hun ikke sitte alene med angsten. Samtidig må kommunikasjonen være enkel og klar. Etter en

angstepisode bør den bearbejdes med en person som hun er trygg på, som hun kan ventilere følelser og tanker med (Hummelvoll, 2012, s. 362-363). Noen ganger kan det være gunstig å omformulere pasientutsagn for at pasienten forstår at du forstår. Sykepleier skal også kunne brukes som en container for det pasienten har å si, og da må man være i stand til å lytte empatisk (Hummelvoll, 2012, s. 363-364). For Hilde som opplevde flere kaotiske stemmer var det viktig bruke korte setninger som ble gjentatt, med et rolig kroppsspråk som oste: *“Jeg har all verdens tid og du betyr mye for meg”*.

Det at Hilde viste at hun ikke ønsket sosial kontakt, kunne også være et negativt symptom. Sett i sammenheng med de øvrige symptomene, synes det å være en sammenheng med hallusinasjoner, som gjorde hun mindre kontaktbar og resulterte i sosial tilbaketrekning. Personalet tenke at Hilde egentlig ønsket fred, de trakk seg unna, men er det egentlig for det beste? Hilde ønsket kanskje innerst inne å bli sett og få omsorg? Kanskje trekker hun seg unna fordi hun har opplevd mye avvisning før, og vil unngå flere nederlag?

Joyce Travelbee (2001) sier noe om at det første møtet er så viktig og at bevisst kommunikasjon en sentral del av det å være sykepleier. Det er viktig å skape et tillitsforhold så fort som mulig. Kontaktsykepleieren min var med Hilde under hele oppholdet på den korte tiden. Han forsøkte å prate med henne, viste med kroppsspråket at han ikke var farlig og kom med tilbud om hjelp. Det var en prosess som krevde at vi var aktive men tålmodige og at vi utøvde en aksepterende holdning overfor Hilde i hennes situasjon. Ønskelig sett er det best at pasienten forholder seg til så få sykepleiere som mulig. Det kan trygge både sykepleieutøvelsen og Hilde. Jeg husket jeg tenkte *“hva om jeg sier noe feil”*? Jeg var redd for at feil ord til feil tid skulle svekke den tilliten og hindre den omsorgen jeg kunne gitt.

Det var og er vårt ansvar som sykepleier å legge til rette for god kommunikasjon og bedre samspill. Jeg lærte i ettertid at dersom man ikke vet hva man skal si, trenger det nødvendigvis ikke være nødvendig å si noe. Da er det bedre å være ærlig å si at *“nå vet jeg ikke hva jeg skal si”*. På andre siden holder det å vise med kroppsspråket at man lytter etter hva som blir sagt. Når man skal informere er det viktig å bruke

korte, presise setninger som repeteres om nødvendig. Målet var og er alltid å oppnå tillit.

Hilde var stadig hørselshallusinert, og jeg var usikker på om det jeg sa påvirket henne. Symptomer som tankeforstyrrelser og kognitiv svikt kan ha vært faktorer som var med på å svekke Hildes oppmerksomhet. Jeg la merke til at Hilde ofte ble lettere distraheret enn andre og unngikk ofte blikkontakt. Siden det var første uken i praksis trodde jeg først at Hilde ikke var oppmerksom eller genuint interessert i hva som ble sagt, men forsto i etterkant at hun var opptatt av sine egne tanker og hallusinasjoner. Kontaktsykepleieren min brukte rolig og kongruent kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt. Det er ikke bare ord som formidlet det, men kroppsspråket skulle stå i stil til det som blir sagt, samtidig som å ha en fin og tydelig klang i stemmen. På den måten ble budskapet kanskje lettere å oppfatte. På bakgrunn av symptomene kan Hilde også ha brukt lenger tid på å bearbeide hva som egentlig ble sagt.

Mennesker med schizofreni er ofte følsomme og påvirkes av negativt kroppsspråk, tonefall og utsagn. Jeg tenker at en sykepleier alltid må tilstrebe kongruens.

Kongruens i denne sammenhengen henviser til samsvar mellom nonverbal og verbal kommunikasjon. Dersom det ikke er det, vil pasienten mest sannsynlig feste lit til den non-verbale delen av kommunikasjonen, med økt forvirring og mistillit som resultat.

Hildes hallusinasjoner og vrangforestillinger åpnet opp et helt nytt perspektiv for meg. Hvordan det kan beskrives var og er kanskje vanskelig å sette ord på. Kanskje det er derfor det var vanskelig for Hilde å uttrykke seg?

Er realitetsorientering så lurt?

Jeg lærte at tradisjonelt sett har "realitetsorientering" har blitt tatt i bruk dersom pasienten har vrangforestillinger. Det innebærer å orientere om virkeligheten for å få Hilde til å forstå og bearbeide den situasjonen hun er i og opplever. På den måten kan det kanskje bli mindre forvirrende og mer meningsfullt (Hummelvoll, 2012, s. 357). Kontaktsykepleieren min fortalte derimot at en av bakdelene med realitetsorientering er polarisering, som vil si at pasienten blir enda mer påståelig at hun ER overvåket og at alliansen kan bli dårligere fordi man er uenig om hva som er sant. Kanskje er manglende sykdomsinnsikt fra pasientens side det største

problemet i samarbeidet og relasjonen? Manglende forståelse, sviktende interesse kan hemme samarbeidet. Noen pasienter preges også av de negative symptomene. Det er viktig at sykepleieren har forståelse, innlevelse og tålmodighet i samhandlingen. Coffey og Hewitt (2005) skriver at positiv og konstruktiv sosial støtte kan føre til at mennesker med schizofreni blir bedre til å kontrollere symptomene på sykdommen. Kanskje er det vi som sykepleiere som ikke har sykdomsinnsikt i og med at vi ikke forstår pasienten?

Ifølge Hummelvoll (2012) er utgangspunktet at vrangforestillingene er konklusjoner som pasienten kommer frem til som ikke deles av andre. Pasienten er ofte uimottakelig for korrigeringer. En tanke blir raskt en "sannhet". Mennesker med schizofreni er ofte mer årvåkne og mistenksomme. Tankene øker i hastighet. De begynner gjerne å utvikle nye og mer originale måter å tenke om ting. Mestringsevnen blir svekket og det blir ikke lett å være rasjonell og tankene blir fremmed og bekymringsfulle. Vanlig resonnering vil dermed bli vanskelig. Relasjonene til de nærmeste blir komplisert. Realitetsorientering kan da bli tatt i bruk av sykepleier. Men er realitetsorientering bra eller dårlig?

Hummelvoll (2012) mener at realitetsorientering innebærer å informere om virkeligheten ut ifra et innsiktssøkende formål. Diskusjoner eller motbevisning av pasientens tanker kan virke mot sin vilje og kan skade relasjonen og samarbeidet. For en sykepleier er det viktig å undersøke realitetene. Samtalen bør foregå med en sykepleier pasienten er trygg på. Sykepleieren må også akseptere at vrangforestillingene ikke alltid er realistiske og ta hensyn til at pasienten ofte skjevtolker informasjon fra omgivelsene. Dersom pasienten føler seg avvist, kan det skape et mellomrom mellom sykepleier og pasient. Undrende og søkende spørsmål kan være til hjelp for vedkommende. Materialet i vrangforestillingene kan også ha mening for den som lytter. Når man lytter kan man finne det som er sentralt i tema og koble forbindelser sammen (Hummelvoll, 2012, s. 359-360).

Peleikis og Felldal (2017) mener at man må gjenta det du tror pasienten mener med dine egne ord. Dette kan være virkningsfullt og kan gjøre pasienten tryggere. Man kan stille gode spørsmål, men samtidig forvente å ikke få svar. Bare å stille spørsmålet kan få pasienten til å tenke på en annen måte. Sykepleieren må også

kunne tolke og oversette det språket pasienten sier for å få en felles forståelse av situasjonen. Gjennom god kommunikasjon blir det satt ord på det som er vanskelig. Man kan finne løsninger på det som er utfordrende. Ved å gjøre det, settes det rammer rundt det som er oppløst (Peleikis & Felldal, 2017, s.152-168). Kunne det vært lurt å få Hilde til å prate om vrangforestillinger istedenfor å realitetsorientering? Faren for at hun føler seg avvist og motarbeidet ville da være mindre. Ville ikke det vært bedre for relasjonen og menneske-til-menneske-forholdet?

Hummelvoll (2012) skriver at når man snakker med et menneske med schizofreni, som med alle andre mennesker, er det viktig å prøve å få innsikt ved å vise interesse og innlevelse. Når pasient og sykepleier prater sammen og pasienten kommer med psykotiske eller paranoide utsagn er det viktig at sykepleieren forstår det pasienten sier.

På en side påpeker Farrelly og Lester (2014) at gjensidig tillit, respekt og samhandling er tre viktige faktorer for en god terapeutisk relasjon. På den andre siden vil mistillit, respektløshet og dårlig samarbeid gjøre forholdet dårligere. Som Coffey og Hewitt (2005) og Berry og Shattock (2017) mener også Farrelly og Lester (2014) at forholdet skal baseres på å sette mennesket og ikke diagnosen i sentrum. De er også enige i at aktiv lytting, tilgjengelighet, empati, kontinuitet og forståelse er viktig i samhandlingen. Dersom man gjør det motsatte, vil forholdet og tilliten kunne bli svekket. Disse holdningene og handlingene, på godt og vondt, fikk jeg se i de to episodene jeg har beskrevet.

En bedre forståelse?

Jeg tenker litt på hvordan jeg selv håndterte situasjonene. Jeg var bare i min første uke i praksis og hadde liten kompetanse innenfor psykiatrifeltet. For å få kunnskap om det praktiske synes jeg det er en fordel å ha personlige erfaringer. Når jeg reflekterer rundt mitt eget ståsted, kan jeg bruke den erfaringen til å møte nye situasjoner og løse disse på en bedre måte. Dersom jeg gav uttrykk for at jeg var usikker og redd i møte med noe jeg ikke hadde opplevd før, kunne jeg videreføre frykten over til pasienten. Kunne dette ha påvirket relasjonsbyggingen? Jeg måtte lære meg mennesket og sykdommen å kjenne, samtidig som jeg hadde mine egne

refleksjoner og erfaringer i bakhodet. Skal jeg ta i bruk noe av det jeg lærte av min kontaktsykepleier, må det være å bygge en relasjon basert på et menneske-til-menneske-forhold hvor jeg er trygg i situasjonen og trygg på meg selv. Kompetanse er viktig, og man må tørre å utforske det ukjente.

I praksis møtte jeg som sagt forskjellige mennesker blant helsepersonellet. En studie i boken til Gustin (2016, s. 127) har pasientene tidligere beskrevet at på en side fantes det eksempler på trygge pleiere som ble oppfattet som tilgjengelige og tilstedeværende. Pasientene påpekte også de som var mer ambivalente i tilknytningen og som var tilgjengelig i de gode periodene og fraværende under de dårligere periodene (Gustin, 2016, s. 127). Pasienter følte seg tryggere og hadde et bedre forhold til de sykepleierne som delte mer av seg selv. Ærlighet er spesielt viktig i dette forholdet. Det pasienten trenger er en som lytter, som er trygg å være rundt og aksepterende (Coffey & Hewitt, 2005). Det kan tenkes at Hilde hadde bedre relasjon til min kontaktsykepleier fordi han var både forutsigbar og inntonede som skapte gode vilkår for en trygg relasjon. Hilde hadde mest sannsynlig en følelse av at ekstravakten var uberegnelig i og med at de ikke hadde noe relasjon fra før.

En åtte ukers praksis, og veien videre

I dag går jeg inn i samme høy boligblokk med nye navneskilt på dørene. Jeg har fått bredere kunnskap om både diagnosen schizofreni og hvordan man bygger relasjoner til mennesker i utfordrende situasjoner. Det er lærerikt å reflektere tilbake på det som egentlig hendte i løpet av min åtte ukers praksis. Hvordan man møter og kommuniserer med dem «*hvor de er*» har mye å si for forholdet. Siden jeg i dag har fått større innsikt i schizofrenidiagnosen og relasjonsetablering, ser jeg psykiatrifeltet på en ny måte. Jeg gikk inn døren med en usikkerhet og manglende kompetanse men jeg ønsket å jobbe innen psykiatrifeltet. Jobben fikk jeg. Kompetansen jeg fikk og observasjonene jeg gjorde gjør meg bedre rustet til å banke på flere "leiligheter" og møte nye pasienter på riktige måte.

Jeg fikk beskjed av min kontaktsykepleier å banke på døren til Hilde for å meddele at det var middag. Det var første gang jeg snakket med henne. Jeg visste lite om

psykiske lidelser og schizofreni og jeg visste ikke hvordan jeg skulle gå frem da jeg skulle bli kjent med henne. Jeg visste lite den første dagen hvordan mitt forhold til Hilde kom til å utarte seg. Vi pratet både om interesser, hobbyer, hverdagslige hendelser og hennes utfordringer i forhold til schizofreni, noe jeg lærte mye av. Siste dagen jeg så henne før hun skulle ut av avdelingen fikk jeg en klem og hun sa *“det var fint å bli kjent med deg”*. Det fortalte meg litt om hvordan relasjonen vår hadde vokst i løpet av tiden.

I Norge er det mellom 0,5 til 1 prosent av befolkningen som lider av sykdommen, det vil si mellom 10 000 til 20 000 mennesker og halvparten av de trenger langvarig hjelp (Gullberg, 2005, s. 144). Det vil si at mange ulike mennesker i landet har behov for hjelp. Det ligger noe i begrepet *“menneske-til-menneske-forhold”*. Det handler om å se hverandre og møte hverandre som likeverdige mennesker og bli kjent med mennesket bak diagnosen. På bakgrunn av to hendelser kom jeg til å tenke på hvordan kommunikasjon kan enten hemme eller fremme en relasjon. Måten kontaktsykepleieren min kommuniserte både verbalt og non-verbalt var til stor inspirasjon for meg som sykepleierstudent. Kanskje var ekstravakten uheldig i situasjonen, mulig hun ikke passet inn i feltet? Jeg har ikke sett henne siden den dagen hendelsen skjedde. Pasienter generelt møter sykepleiere, leger, psykologer i håp om hjelp. Hilde på sin side har møtt mange, bygget relasjoner, noen dårlige og flere gode. Psykologen sendte henne ut på stien igjen, uten en retning å gå. Hun følte seg som en kasteball i systemet. Veien fant hun omsider på avdelingen. Kanskje det var det hun egentlig trengte, rett person å snakke med, til rett tid?

Referanser

Bech-Karlsen, J. (2003) *Gode fagtekster*. Oslo: Universitetsforlaget.

Cullberg, J. (2005). *Psykoset et integrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, H. & Eide, T. (1996). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Farely, S. & Lester, H. (2014). Therapeutic relationships between mental health service users with psychotic disorders and their clinicians: a critical interpretive synthesis. *Health and social care in the community*, 22. S. 449-460. [Internett] https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/hsc.12090?fbclid=IwAR34puQc-p4smOcDv2IkkPvIPWrXmqOz7OaDfngXY_NWeFLSwgVu7JeMwE8 [Lest 18.mai.2019]

Gustin W, L. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.

Helsenorge. (2015, 17.september). Schizofreni. [Internett] Hentet fra: <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni> [Lest 7.mai.2019]

Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Leading global nursing research*, 52, s. 561-570. [Internett] https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2005.03623.x?fbclid=IwAR1NG9o0HPkMQc5dLPnwbIKiVQ3lpeiUrAdqEz4AICWwf5-qzTitq_x2NxM [Lest 18.mai.2019]

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Pedersen, R. (2007) Kierkegaard og kunsten å hjelpe. Tidsskriftet den norske legeforening, 2007 (127) s. 209. Tilgjengelig fra:
<https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>
[Lest 27.04.19]
- Peleikis, D, E, & Felldal, S, C. (2017) *Schizofreni – til å leve med*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Shattock, L., & Berry, K. (2017). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*, (25) s. 60-85. [Internett]
https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1002/cpp.2135?fbclid=IwAR35c6wG2ju5KisYYW0cxvy98G_8yDKhI1heFW8Mn1Kr27J1HeI1IXB_j94 [Lest 19.mai.2019]
- Snoek, J., & Engedal, K. (2018) *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Strand L. (2011). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet – psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

