



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H 000

Bachelor i Sykepleie

Kull Høst 2009

*”Hvordan kan vi som sykepleiere skape en god relasjon med et
gjensidig tillitsforhold,
i møte med pasienter som har psykose?”*

Kandidatnummer: 287

27. April 2012



Uten Du intet Jeg.

E.G Geijer (1842, i Cullberg 2005, s.17.)

INNHold

1.0	INNLEDNING	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven	3
1.2	Presentasjon av problemstilling	3
1.3	Avgrensing av oppgaven	4
1.4	Oppgavens disposisjon	4
2.0	METODE	5
2.1	Kvantitativ og kvalitativ metode	5
2.2	Litteraturstudie som metode	5
2.3	Styrker og svakheter med metoden	6
2.4	Etiske overveielser	6
2.5	Litteratursøk og valg av litteratur	6
2.6	Presentasjon av artikkler	7
2.7	Kildekritikk	8
3.0	EKSEMPEL FRA PRAKSIS	10
4.0	TEORETISK REFERANSERAMME	11
4.1	Psykose	11
4.2	Kontaktetablerende fase på en akuttpost – utfordringer	12
4.3	Tillit- Relasjon mellom Sykepleier og pasient	13
4.4	Kommunikasjon	15
4.5	Kari Martinsen	16
5.0	DRØFTING	18
5.1	Pasientens første møte med akuttpsykiatrisk avdeling	18
5.2	Å forstå	19
5.3	Kommunikasjon med pasienter med psykose	21
5.4	Å være tilstede	23
6.0	AVSLUTTNING	25
7.0	LITTERATURLISTE	26

1.0 INNLEDNING

Litteratur (Cullberg, 2005., Hummelvoll, 2004., Thingnæs og Johannessen, 2010., Dusseldorp, Goossene, Achterberg, 2011.) viser at gode relasjoner bygget på gjensidig tillit kan ha stor betydning for utfallet av behandlingen og er nødvendig for å kunne hjelpe pasienter med psykose. Samtidig viser forskning at pasientens relasjon til sykepleier og pasient er preget av misstillit i større grad enn tillit (Hem, Heggen, Ruyter 2008).

Antall ord i oppgaven: 9867

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven.

I psykiatripraksis syns jeg det var en stor utfordring å danne gode relasjoner med pasienter som har psykose, fordi behovene hos denne pasient gruppen opplevdes som utrolig varierende og krevende. Ofte forstod de ikke at de var syke og hadde behov for hjelp. Mange vært skeptiske ovenfor personalet på avdelingen, medikamenter og institusjon i sin helhet og avvist forsøk på kontakt.

Jeg har på bakgrunn av disse erfaringene valgt å fordype meg i temaet som handler om hvordan vi kan bygge relasjoner basert på gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient, samhandlingen med psykotiske pasienter. Jeg ønsker å finne mer ut av hva det kreves av sykepleieren for å skape en god relasjon hos denne pasientgruppen fordi det oppleves for meg som en utfordrende pasientgruppe. Jeg har også et sterkt ønske om å tilegne meg en større bevissthet og utvikle min egen måte å tilnærme meg mennesker i krise på.

Tillit og relasjonsbygging er i tillegg et tema jeg mener kan relateres til alle mellommenneskelige forhold på svært individuelle og ulike måter, men med mange felles trekk. I arbeidet med denne hovedoppgaven før endt grunnutdanning i sykepleie, kan jeg knytte til meg kunnskap og forståelse gjennom teori og forskning. Målet er at denne økte kompetansen vil kunne tenkes å komme til nytte i fremtidige sykepleier-pasient relasjoner, som jeg snart skal stå i som ferdig utdannet sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling er som følger:

Hvordan kan vi som sykepleiere skape en god relasjon med et gjensidig tillitsforhold i møte med pasienter som har psykose.

1.3 Avgrensning av problemstilling

På grunn av oppgavens begrensinger i henhold til tid og størrelse finner jeg det nødvendig å avgrense oppgavens omfang ytterligere enn hva som fremgår av problemformuleringen. Jeg kommer ikke til å omtale barn eller ungdom med psykose selv om dette er en svært viktig pasientgruppe. Jeg vil ikke skrive om spesifikke diagnoser for psykose. Pårørendes rolle i samarbeidet med pasienter med psykose utelater jeg også, selv om disse kan være en svært viktig når man skal danne et forhold basert på tillit og trygghet (Thingnæs og Johannessen, 2010). Den forestilte pasientgruppen er i alderen 18 år og eldre. Den tenkte situasjon sykepleieren møter disse pasientene i, er på avdeling for akuttpsykiatri i institusjon, lukket avdeling. Selv om behandlingsopplegget, det være seg medikamenter, terapiformer, hjelpetiltak og liknende, er svært viktig har jeg valgt å ikke utdype disse. Jeg legger vekt på hva vi som sykepleiere kan gjøre og være for å skape en god relasjon tuftet på et gjensidig tillitsforhold. Siden kommunikasjon et grunnleggende element i relasjoner vil dette være en naturlig del av oppgaven (Eide og Eide, 2004).

1.4 Oppgavens oppbygging

I innledningen har jeg skrevet om bakgrunnen til oppgaven og det valgte temaet. Jeg har presentert problemstillingen samt avgrenset den og oppgavens omfang. I metoddelen har jeg skrevet om valg av metode, hvilken litteratur jeg har benyttet og kritikk av denne. Jeg har valgt å skrive litt om etiske overveielser jeg har reflektert over i arbeidet med denne oppgaven. Videre presenterer jeg et opplevd møte med en alvorlig psykotisk pasient fra praksis. Jeg synes eksemplet viser hvor vanskelig det kan være for pasienten å være psykotisk og hvor utfordrende og krevende det kan være for sykepleieren å hjelpe. Den viser også at det finnes mange måter å kommunisere på.

I teoridelen skriver jeg om psykose som begrep, kort om hva det innebærer for pasienten og oss som møter denne gruppen. Jeg har med teori og forskning om sykepleier-pasient relasjonen og skriver litt om den kontaktetablerende fasen i akuttpsykiatrien og hvordan dette kan påvirke relasjonsbyggingen og tilliten, da dette er sentralt i min oppgave. Jeg presenterer også min sykepleieteoretiske referanseramme.

Videre drøfter jeg teori og forskning opp mot praksiseksemplet og andre erfaringer fra praksis. I avslutningen skal jeg forsøke å svare kort på problemstillingen min og gjøre noen refleksjoner over den læringsprosessen jeg har vært gjennom.

Jeg har av praktiske årsaker valgt å omtale pasienten som "hun" i oppgaven.

2.0 METODE

Metode blir ifølge Dalland (2007) omtalt som en måte å gå frem på for å innhente eller å etterprøve kunnskap. Metoden er derfor ikke et mål i seg selv men et hjelpemiddel. Når man benytter seg av en metode går man systematiske frem for å gjøre oppdagelser. Dette gjør at vi bruker våre sanser på en mer skjerpet måte enn vi gjør i hverdagslige situasjoner hvor vi henter inn fakta eller data. Vi kan samle data på mange ulike måter men den metoden som blir valgt vil avgjøre i mer eller mindre grad hva man ønsker og utforske (Halvorsen, 2003).

2.1 Kvantitativ og Kvalitativ metode.

I samfunnsvitenskapen skilles det i hovedsak mellom kvantitative og kvalitative metoder. Dalland (2007) sier at begge disse metodene har hensikt i å gi oss økt forståelse av samfunnet vi lever i og hvordan vi handler og samhandler som individer, grupper og institusjoner. Til tross for disse metodenes felles mål er de ganske så forskjellige. Den kvantitative metoden former informasjon om til enheter som er målbare slik at vi får muligheten til å utføre regneoperasjoner, til eksempel prosentandeler, mens den kvalitative metoden tar sikte på å hente inn opplevelser og meninger, som ikke kan måles eller formes om til tall(Dalland, 2007).

2.2 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av den kvalitative metoden som har sine røtter innen hermeneutikken. Den hermeneutiske tradisjon tar sikte på å fortolke og gi mening det vi utforsker (Aadland, 2004) og er ikke i hovedsak ute etter å avdekke årsakssammenhenger. Den ønsker heller å fortolke og forstå, for eksempel en handling, ved å se nærmere på hvilke intensjoner som lå bak(Halvorsen, 2003). Jeg anser den kvalitative metoden er mest relevant i forhold til problemstillingen jeg har valgt da den tar for seg noe som er svært vanskelig å finne en fasit på eller gjøre om til målbare enheter. Den kvalitative metoden gir meg fleksibilitet ved at jeg ikke låser meg fast til en spesiell metode for å samle data (Halvorsen, 2003). Jeg har valgt å benytte meg av litteraturstudie for å belyse min problemstilling. Jeg har forståelse for at det kan rettes kritikk mot denne metoden fordi det er svært vanskelig å etterprøve svarene eller funnene man får ved kvalitativ fremgangsmåte (Dalland, 2007).

En litteraturstudie går ut på at man benytter seg av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler og andre skriftlige kilder som for eksempel tidsskrifter. Man søker etter relevant litteratur til problemstillingen. Ved å gjøre dette vil jeg få en viss oversikt over emnet jeg har valgt å skrive om. Et litteratursøk kan gjøres usystematisk og systematisk. Det usystematiske søket kan være menneskelige kilder eller tilfeldig valgt stoff fra litteraturlister. Når man søker systematisk

benytter man seg av en eller flere relevante databaser som inneholder forskning, artikler og lignende. Man søker på emneord, hele setninger alt etter hva problemstillingen ønsker å belyse. Man vurderer søkeresultatet for hvor mange referanser man får og om de er relevante, ut fra dette kan man snevre inn eller utvide søket (Halvorsen, 2003). Jeg har valgt å gjøre et strukturert søk i utvalgte databaser fordi jeg opplever dette som mest oversiktlig og håndterbart.

2.3 Styrker og svakheter med metoden

Det å benytte seg av forskning som allerede foreligger innen temaet er en styrke i oppgaven. Det gir meg mulighet til å innhente god kunnskap på kort tid. For at dette skal være en styrke er det viktig at jeg er kritisk til den valgte litteraturen og forskningen. Fordi tolkingen av litteraturen og forskningen skjer gjennom flere ledd kan det føre til at noe av forskningen blir feiltolket i forhold til primærkilden (Dalland, 2007).

2.4 Etiske overveielser

Etikk er i følge Brinchmann(2008) teori om moral. Det vil si regler eller retningslinjer for det som er rett og galt. Når man skriver en bacheloroppgave er det en del etiske aspekter man må forholde seg til. I startfasen med planleggingen av bachelorarbeidet var det viktig for meg å tenke på hvem som kunne ha nytte av det jeg har skrevet. Siden jeg benytter meg av andres arbeid det være seg artikler, forskning eller bøker er det viktig at jeg henviser til rett kilde på riktig måte (Dalland, 2007). Dette for at jeg skal vedkjenne meg litteraturen jeg har brukt og at andre skal ha mulighet for å finne frem til den litteraturen jeg har benyttet meg av. Jeg anser det som viktig at man er konsekvent i valg av måte å henise på fordi det skal være lett for den som leser å forholde seg til teksten og kildene. Jeg har valgt å benytte meg av APA-standard via høyskolen i Stord når jeg henviser i teksten. Det er også viktig for meg at jeg fremstiller litteraturen og forskningen som blir benyttet mest mulig korrekt. Sitater er gjengitt med sidetall i henvisningen. Siden jeg har benyttet meg av et eksempel fra praksis har jeg anonymisert innholdet så godt jeg kan for å verne om pasient og institusjon. Oppgaven inneholder heller ikke sammenstilling av personregistre, i henhold til bacheloroppgavens rammebetingelser.

2.5 Litteratursøk og valg av litteratur

I starten med denne bacheloroppgaven søkte jeg bredt etter litteratur, utover pensum, i både artikkel- og bokform. Jeg har benyttet meg av bøker funnet i bibliotekets søkebase BIBSYS Ask og anbefalinger av andre som har skrevet bacheloroppgaver. Søkordene har vært, «psykose», «tillit», «relasjonsbygging psykiatri» «Omsorg» sammen eller hver for seg. Ved søk på «psykose» kom jeg frem til bøker skrevet av blant annet Johan Cullberg som jeg har valgt å benytte meg av. Cullberg er

en svensk professor i psykiatri som har skrevet en del anerkjente lærebøker. Jeg har brukt 2. utgaven av «*Psykososer: et integrert perspektiv*» som kom i 2005 og «*Mennesker i Krise og utvikling*» 1994. Jeg har benyttet meg av «*Mestringsbok ved Psykose*» Thingnæs og Johannessen(2010), henholdsvis klinisk sosionom og sjefslege ved Psykiatrisk Divisjon ved Stavanger Universitetssykehus. Jeg har benyttet meg av Kari Martinsens «*Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien*» (2003a) og «*Fenomenologi og omsorg*» (2003b).

I søket etter forskningsartikler benyttet meg av søkebasen Scopus fra universitetets bibliotek. Søkeordene mine var «*psychosis AND communication*». Jeg vil ikke benytte meg av artikler som er eldre enn ti år derfor snevret jeg søket inn fra publikasjoner år 2002 til dagens dato. Jeg fikk 706 treff. Innen de treffene jeg fikk begrenset jeg utvalget til å gjelde artikler fra år 2008 til dagens dato. Jeg valgte også å ta bort de som ikke var knyttet til temaet «*nursing*» og søkte på nytt innen treffene med ordet «*trust*» og fikk 3 treff. Jeg utelot en artikkel som i stor grad handlet om potensiell psykose og forebyggende arbeid. Fordi jeg følte dette ble litt utenfor min oppgave. En ble utelatt fordi den handlet om psykose hos nybakte mødre. Jeg valgte en av de tre artiklene som gjestod etter at søket var snevret inn.

PubMed er en annen søkebase jeg har brukt. I arbeidet oppdaget at dersom jeg går inn på søkebasen via helsebiblioteket som er en annen søkebase tilgjengelig fra skolen, får jeg flere av søkeresultatene i fulltekst enn dersom jeg går direkte inn på PubMed. Jeg søkte på nøyaktig samme søkeord som i Scopus, men fikk ikke resultater. Søkeordene ble derfor «*psychosis AND nurse-patient relation*». Jeg begrenset søket til fulltext de siste 5 årene og fikk 10 treff. Når jeg hadde lest artiklene valgte jeg ut de som var mest relevant for min oppgave og sto igjen med 3.

2.6 Presentasjon av artiklene

Til sammen valgte jeg ut 4 kvalitative artikler. Den ene er ”Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals’ experience in communicating and interacting with patients” av Lorem og Hem (2012). Studien utforsker hvordan mental sykdom blir oppfattet av helsearbeidere og baserer seg på 11 dybdeintervjuer av helsearbeidere, sykepleiere, psykiatere og psykologer. Funnene viste tre kritiske holdninger om forståelsen av psykosen. Den første var å vite at man ikke forsår, men forvent at det er noe å forstå. Denne kollapsen av forståelse burde knyttes til en forventning om mening som oppfordrer til videre dialog. Den andre var at grunnlaget for forståelsen er i hverdagslig aktiviteter og emosjonell menneskelig kontakt. Når verbal kommunikasjon svikter er den gjenværende kommunikasjon anerkjent som genuin personlig kontakt. Den tredje var basert på beskrivelser om hvordan reetablering av forståelsen søkes, tar

forståelse form under praktiske interaksjonen og dialoger.

”Creating trust in an acute psychiatric ward” (2008) av Hem, Heggen og Ruyter har etnografisk design som utforsker hvordan blant annet idealet tillit utfordrer psykiatriske sykepleiere. Data ble samlet gjennom 30 uker med notater fra observasjon tilsvarende 213 timer og transkriberte intervjuer med fem pasienter og seks sykepleiere. De fant at akuttavdelingene i psykiatrien og sykepleie-pasient relasjonen var preget av mistillit heller enn tillit.

Dusseldorp, Goossens og Achterberg (2011) sin studie tar for seg sykepleiers bidrag i pleien til pasienter med førstegangpsykose. Det er en litteraturoversikt (review) basert på 27 artikler. Fem tema kom til syne gjennom studien; utviklingen av et terapeutisk forhold, forebygging av tilbakefall, forsterking av den sosiale funksjon, simulering av medisinsk tilføyelighet og støtte av familiemedlemmer.

Salzmann-Erikson, Lützén, Ivarsson og Eriksson (2011) sin etnografiske studie tar utgangspunkt i notater fra observasjon i praksis og dybde intervjuer med personell i akuttavdelinger i psykiatrien. Målet var å beskrive sykepleierens uttrykk for kulturell bevissthet i den psykiatriske intensive avdelingen. Disse seks rammene for sykepleien kom til syne i studien; sørge for overvåking, berolige, å være tilstede, utveksle informasjon, opprettholde sikkerheten og redusere (begrensinger i blant annet miljø, inntrykk og minimering av selve begrensingene i miljøet for å gjøre oppholdet så humant som mulig).

2.7 Kildekritikk

Jeg synes det har vært utfordrende å finne relevant forskning. Det var vanskelig å finne gode søkeord og kombinasjon av disse, samt å gå gjennom alle artiklene. Jeg har forsøkt å være så kritisk som mulig til den forskningen og de artiklene jeg har valgt. Når jeg valgte artiklene har jeg sett på hvor de er blitt publisert og om publikasjonsstedet er anerkjent. Jeg har etter beste evne undersøkt forfatterens faglige bakgrunn, tidligere publikasjoner og undersøkt dataenes reliabilitet. Forskningsartiklene jeg har benyttet meg av er ikke eldre enn 5 år, fordi jeg ønsker å benytte meg av så ny forskning som mulig. Bøkene jeg i stor grad har benyttet meg av har derimot vært noe eldre, fordi det har vært noe begrenset utvalg på biblioteket. Likevel anser jeg disse å inneholde mye relevant stoff på tross av årstall, med tanke på forfatterens faglige bakgrunn. Selv om jeg har vært kritisk til den litteratur jeg har valgt har jeg forståelse for at noe kan være feilaktig. Det kan være at

forskningen for eksempel ikke har blitt gjort innen gjeldene retningslinjer.

Jeg har så langt det har latt seg gjøre benytte meg av primærlitteratur, blant annet fordi jeg har vært bekymret for at min forståelse og presentasjon av stoffet skulle bli feilaktig fremstilt dersom det gikk gjennom mange ledd. Likevel har det vært en utfordring fordi mye av pensumlitteraturen er sekundærlitteratur som allerede er bearbeidet og presentert av andre enn forfatteren selv. Jeg er også klar over at mine erfaringer fra praksis og tidligere arbeid kan ha gitt meg en forforståelse som kan ha begrenset eller påvirket oppgaven på andre måter.

3.0 EKSEMPEL FRA PRAKSIS

Mitt første møte med pasienten var på skjermet avdeling, to uker etter innleggelse. I mellomtiden hadde jeg hørt personalet prate om hvor vanskelig det var å få pasienten til å ta medisiner, hun ville ikke svelge tablettene eller skjønnte ikke hvordan. De fortalte at pasienten kunne bli nærgående og utagerende, blant annet nappe en i håret. Hun sov lite og var generelt svært urolig og vandret mye. Jeg var litt engstelig for hvem som skulle møte meg på andre siden av døren, men så for meg at jeg kunne lære mye av å stå i situasjon. Jeg leste nøye gjennom pasientens journal og merket meg hva interessene til pasienten var, for at det skulle bli lettere å prate sammen. Den som møtte meg var en vakker ung dame med et tomt blikk. Pasienten satt i stolen og stirret ut mot ingen ting, dypt forbi den lyse murveggen knapt to meter fremfor seg. Jeg satte meg ned på huk fremfor pasienten og presenterte meg rolig og lavmælt. Det virket ikke som pasienten ensat at jeg var der. Jeg satte meg i stolen som stod på andre siden av veggen vendt mot pasienten. Etter et minutts tid gjør pasienten skremt et hopp og går med raske skritt gjennom hallen, oppholdsrommet, soverommet, badet og tilbake, mens jeg sitter i stolen. Det blir mumlet høyt og lavt ord jeg knapt klarer tyde, borg, flammer, lava, ut, satan. Pasienten gjør små lavmælte hyl, mens hun røsker i dørhåndtak som er låste og ser ned på bakken med redsel i øynene. Jeg kan se og føle på fortvilelsen til pasienten. Jeg kaller rolig på pasienten med navn to ganger. Jeg er usikker på hva jeg skal gjøre, skal jeg bare være tilstede eller skal jeg gå etter pasienten, prøve å leie pasienten med meg til stolen eller sette oss på senga? Pasienten stopper plutselig opp midt på gulvet i rommet ved siden og ser intenst på meg. For første gang gjennom døråpningen møtes blikket vårt. Jeg tenker fort en støttende tanke til meg selv at hjelpen er like i nærheten hvis det skulle oppstå noe jeg ikke kunne takle alene. Jeg presenterer meg på nytt rolig og lavmælt mens jeg smiler og spør om pasienten har lyst til å sette seg i stolen. Jeg strekker ut hånden min til pasienten. "He.....ei" får jeg tilbake. Pasienten går sakte mot dørkarmen, smyger seg litt langs veggen og setter seg ned i stolen ovenfor meg. Jeg smiler og sier at det var hyggelig å treffe henne. Pasienten ser engstelig ut og rynker på panna. Hun nærmer seg mot meg sakte og klyper meg lett i armen. Jeg spør om hun vil kjenne litt på armen min. Pasienten nærmer seg håret mitt og jeg blir engstelig, men det synes ikke. Hun kjenner og napper forsiktig i håret mitt et lite øyeblikk. Det gjør ikke vondt. Jeg sier ingen ting men bare smiler. «Satan» sier pasienten nervøst og setter seg raskt tilbake i stolen. Jeg synes nesten det ser ut som om fortvilelsen skal tilta igjen. Jeg tar rolig hendene til pasienten og lar vedkommende kjenne på mine hender for så å hjelpe pasienten å kjenne på sine egne. Jeg nynner på en kjent vise fordi jeg vet at vedkommende er glad i visesang. Pasienten synger nå halvveis forståelig med på nynningen min, og går over til å synge og nynne tornerose. Siste uke i praksis møter jeg pasienten igjen etter en helg. Pasienten møter meg i døren på avdelingen med åpne armer, smiler og sier "Rosen min".

4.0 TEORETISK REFERANSERAMME

4.1 Psykose

Kringlen (2011) sier psykose er et samlebegrep som brukes ved flere alvorlige sinnslidelser med gitte symptomer. Symptomene kan være til eksempel redusert kontaktevne, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, paranoide ideer og hallusinasjoner. Han sier også at psykose er et sammenbrudd av individets rasjonelle og emosjonelle mestring av situasjon. Cullberg (2005) sier at en psykose er betinget av tilstedeværelsen av en vrangforestilling. En vrangforestilling vil si at virkeligheten er helt tydelig avvikende og ikke deles av andre. En hallusinasjon kan oppleves gjennom hørsel eller syn uavhengig om personen har en forstyrret virkelighetsoppfatning (Cullberg, 2005). Det betyr at pasienten for eksempel kan høre en ringelyd uten at telefonen ringer. Hallusinasjoner kan forekomme dersom man har en somatisk sykdom ved til eksempel øye- og ørelidelser (Kringlen, 2011). Atferdsavvik ser man i mange andre anledninger enn ved psykose. Pasienter med psykose kan ha for eksempel vrangforestillinger uten så store atferdsavvik at det er spesielt synlig for menneskene de omgir seg med. Et delirium går ut på at mennesket ikke klarer orientere seg for tid, rom eller person. Dette er vanligst ved organiske forstyrrelser som kan skyldes blant annet toksisk påvirkning, nedsatt blodforsyning, feber etc. Pasienter med psykose har vanligvis ikke problemer med å orientere seg, selv om denne tilstanden kan oppstå ved noen akutte psykoser (Cullberg, 2005).

Når man møter pasienter med psykose vil man i mange tilfeller høre og se at pasienten har en annen oppfatning av virkeligheten enn det en selv har. De kan ofte føle seg forfulgt eller overvåket, høre indre og ytre stemmer, ha tankekaos, være preget av angst og uro, lite søvn og blant annet følge seg fremmedgjort i den ellers vante verden. Mange av disse symptomene kan gjøre det slik at pasienten ikke makter å ta seg av seg selv og fungerer dårlig sosialt. Hverdagslige ting kan bli en stor utfordring dersom man har en strøm av tanker og stemmer som forteller en ting. Eller at man er så fremmedgjort i hverdagen at det å skulle lage seg mat mister fokus, fordi du konsentrer deg om grunnleggende ting som hvordan smørekniven fungerer. Disse opplevelsene kan skape angst i pasienten som gjør at de blir svært usikre på seg selv, fordi forståelsen av selvet og verden blir innskrenket (Hummelvoll, 2004).

Vanligvis skiller man mellom positive og negative symptomer når man snakker om psykosebegrepet. De positive symptomene som ofte er relatert til schizofreni er blant annet hallusinasjoner, vrangforestillinger, uvanlige affekter og forstyrret adferd. Dette kan for eksempel være storhets- og forfølgelsesideer som at du er Gud eller at menneskene rundt overvåker deg. De blir kalt positive fordi de oppfattes å være utenom det som er normale erfaringer. De negative symptomene er mangelsymptomer og oppleves blant annet som tap av konsentrasjon, manglende lystfølelse, nedsatt

vilje og interesse. Man kan følge seg tom for energi, slapp, trøtt på grunn av lite søvn og nedsatt motivasjon. Livet kan føles som et slit fordi man ikke makter dagliglivet. Disse symptomene er fenomener de aller fleste av oss erfarer en eller annen gang i løpet av livet. Likevel, de negative symptomene kan ofte bli misoppfattet ved at man tror at dette har med personens karakter eller adferd å gjøre. Virkeligheten er at pasienten ikke klarer å stå opp eller gå i dusjen fordi hun kjemper med disse symptomene. (Hummelvoll, 2004., Kringlen, 2011).

Pasienter med psykose har ofte ikke sykdomsinnsikt når de er psykotiske, noe som gjør at de ikke alltid forstår at de trenger behandling på grunn av sykdommen. Innsikt kan være vanskelig å definere og er noe som kan se ut å variere med tid. Pasienten kan den ene dagen virke innse eller forstå at deres til eksempel paranoide ideer ikke er riktige, mens neste dag være overbevist om at de blir forfulgt (Kringlen, 2011). Hummelvoll (2004) sier at innsiktsbegrepet vanligvis omfatter blant annet forståelse og erkjennelse av sine egne problemer.

4.2 Kontaktetablerende fase på en akuttpost -utfordringer

I følge Hem, Heggen og Ruyter (2008) er de psykiatriske akuttavdelingene preget av misstro i større grad enn tillit. Deres empiriske materiale viser også at forholdet mellom pasienter med psykose og sykepleier er dominert av gjensidig mistillit heller enn gjensidig tillit. Studien deres viste at fagfeltet var i stor grad preget av kontroll og at dette ble klart for dem gjennom alle sikkerhets tiltak på den akuttpsykiatriske avdelingen (Hem et al., 2008).

Når en pasient først får kontakt med psykiatrien eller lege kan symptomene på psykose ha vært manifestert i mennesket i mange år (Cullberg, 2005., Thingnæs og Johannessen, 2010). Ofte blir pasienter lagt inn under tvang på akuttavdelinger. Mange av disse pasientene kan få en slags sjokkopplevelse av innleggelsen som kan være tilstede lenge etter at de er blitt friske. Det oppleves som et sjokk fordi de ofte blir satt i en tvungen situasjon hvor de føler seg helt forsvarsløse (Cullberg, 2005).

Cullberg (1994) skriver at enhver innleggelse på sykehus fører til integritetskrenkning og oppgivelse av egen autonomi i varierende grad. Når man blir innlagt ved sykehus eller andre institusjoner mister pasienten ved alle tilfeller noen av de mange tingene som skaper en følelse av personlig og sosial identitet. Du har for eksempel med deg bare et lite utvalg av de klærne du bruker til vanlig og man har som regel særdeles få eiendeler av personlig art med seg. Grunnleggende ting som matvaner kan vær svært annerledes. Man blir utsatt for nye rutiner og regler på avdelingen, man må også forholde seg til en rekke nye mennesker. Dette er i følge Cullberg noe som kan utløse

en traumatisk krise hos pasienten. Man kan ikke generalisere og si at dette gjelder for alle. Vi er individer og for noen akutt syke kan det føles som en befrielse å bli innlagt på sykehus hvor man kan få pleie, hjelp og omtanke (Cullberg, 1994).

Inntrykkene som møter pasienten på akuttavdelingen er mange og Cullberg (2005) knytter en forverring i psykosen til denne typen innleggelse. Han skriver at de som blir innlagt møter medpasienter som oppfyller alt det de har tenkt at gale mennesker er og frykten for at man er syk selv får næring. Noen opplever det å ta medikamenter mer eller mindre frivillig eller under tvang som fornedrende. De kan oppleve at medikamentene kan skade eller forgifte dem og at dette blir bekreftet gjennom plagsomme bivirkninger som gjør at de blir mer mistenksomme og motvillige til å ta medikamenter i fremtiden. For å beskytte seg mot alt dette kan pasienten løsrive seg enda mer fra virkeligheten og kontakten med den. Dette kan resultere i en akutt forverring av psykosen (Cullberg, 2005).

I den kontaktetablerende fasen, uavhengig om man er i en akuttavdeling eller ikke, er det viktig at man skaper en arbeidsallianse som bygger på tillit og trygghet for at man skal kunne ha en vellykket behandling av psykose (Thingnæs og Johannessen, 2010). En arbeidsallianse omtales som en viktig kommunikatív oppgave som har som mål at pasient og hjelper arbeider for samme felles mål. Viktige momenter i dannelsen av et allianseforhold er at man lytter til pasienten, viser med handlinger og ord at man er pålitelig og møter pasienten med respekt. Ved å holde avtaler, se til at rutiner blir fulgt og blant annet gi hjelp og støtte etter krav og avtale med pasienten, skaper man ofte trygghet og tillit (Eide og Eide, 2007).

4.3 Tillit - Relasjonen mellom sykepleier og pasient

Tillit er et grunnleggende behov i oss mennesker, slik bærebjelkene er i et hus og den er en forutsetning når man skal danne gode relasjoner (Thingnæs og Johannessen, 2010). Som nevnt i oppgavens innledning er det essensielt for å kunne hjelpe at man har en relasjon bygget på tillit (Cullberg, 2005., Dusseldorp et al. 2011., Fjørtoft, 2006., Hummelvoll, 2004., Thingnæs og Johannessen, 2010). Det viser seg faktisk at noen sykepleiere oppfatter det slik at det terapeutiske forholdet mellom dem og pasienten er hjørnesteinen i arbeidet med pasienter som har psykose (Dusseldorp et al., 2011).

Det å kunne stole på at det noen forteller oss er sant og at de er til å stole, på er viktig og avgjørende for vår utvikling som menneske (Arnfinn Stigen 1991, sitert i Hummelvoll 2004, s. 86). Tillit er ikke noe som kommer uten videre med tittelen sykepleier, men er noe man må vise seg verdig og

arbeide for (Blix & Breivik, 2006).

Hos pasienter med psykose som mangler sykdomsinnsikt og ikke forstår hvorfor de trenger hjelp, kan det være svært utfordrende å danne et slikt tillitsforhold. Det er ofte et tidkrevende og møysommelig arbeid som tar tid å bygge opp men som kan rives ned og ødelegges på et øyeblikk. (Fjørtoft, 2006). Det kan være fordi de kan ha et intenst behov for kontakt og forståelse, men likevel frykte nære relasjoner (Loreo og Hem, 2011). Dersom man jobber med interesse og tålmodighet for å forstå virkelighetsoppfatning til pasienter med psykose, vil man kunne få ta delaktighet i pasientens virkelighet. Det er ikke alltid lett å danne seg et bilde av pasientens virkelighet, men ofte kan man forstå mye gjennom å observere pasientens væremåte. Det kan være pasientens språk, handlinger har foretar seg eller holdninger han har. Dette kan bidra til kontakt og økt forståelse av pasientens psykose (Hummelvoll, 2004).

Erik. E Erikson (1950, sitert i Eide og Eide 2007, s. 58) mener at grunnleggende tillit er at man har tillit til at omgivelsene er trygge og gode, og at mennesker er hjelpende dersom man skulle trenge det. En del pasienter man møter har fått sin grunnleggende tillit svekket eller kanskje til og med ødelagt gjennom hendelser i livet. Det kan være ødelagte relasjoner eller andre livshendelser som oppleves traumatiske (Hummelvoll, 2004). Dersom den grunnleggende tilliten er svekket er det svært viktig at vi som sykepleiere og annet helsepersonell gir pasienten muligheten til å oppleve en situasjonsbetinget tillit. Dette kan bidra til at pasienten opplever styrke og håp i en ellers så krisepreget situasjon (Eide og Eide, 2007., Dusseldorp et al., 2011).

Når man har etablert et forhold basert på tillit kan avhengighetsproblemet melde seg. Dette er en naturlig del av prosessen pasienter med psykose må gjennomgå for å nå trygghet til å kunne gå ut av behandlingssituasjon med en større funksjonsdyktighet og sikkerhet. Det er viktig at sykepleieren aksepterer en viss grad av avhengighet samtidig som at man balanserer behovet for nærhet med nok avstand for ikke å gjøre pasienten avhengig av sykepleieren eller institusjon (Hummelvoll, 2004).

4.4 Kommunikasjon

Enkelt kan kommunikasjon defineres som en meningsutveksling bestående av ulike type signaler og tegn, som skapes gjennom et gjensidig utvekslings- og påvirkningsforhold mellom to eller flere parter. (Eide og Eide, 2007).

Kommunikasjon er en prosess som er dynamisk i stadig endring og nødvendig når man samhandler med mennesker. Uten den skaper man ikke fellesskap i mellommenneskelige relasjoner. For at man skal kunne skape kontakt og opprette relasjoner forutsetter det at man har evnen til å oppfatte den andre og den situasjon man skaper sammen, på samme tid som man mestrer å tilpasse kommunikasjonen deretter (Hummelvoll, 2004). Vi er også pålagt ved lov å sørge for at pasienter blant annet får informasjon som gir nødvendig innsikt i helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pasientrettighetsloven, 1999). Dette understreker hvor viktig det er at kommunikasjonen er tilpasset pasienten slik at pasienten forstår det vi forsøker å formidle.

Kommunikasjon er et komplekst samspill mellom det non-verbale og verbale, hvor man må respondere på det den andre formidler ved å forholde seg til helheten (Eide og Eide, 2007). Vi kommuniserer blant annet gjennom ord, måten vi kler oss på, kroppsholdning, mimikk, stemme bruk og berøring. Den verbale kommunikasjon skjer gjennom ord og den non-verbale kommunikasjon gjennom mimikk, berøring, tonefall og lignende. Det er sjelden ord kommer alene og de er ofte ikke entydige. De er gjerne ladede og gir ofte assosiasjoner som vekker følelser i oss. Følelsene kan komme til uttrykk gjennom mimikk, måten vi beveger oss på, puster eller for eksempel tonen i stemmen. De non-verbale tegnene og symbolene er heller ikke alltid entydige. Enten man kommuniserer verbalt eller non-verbalt er tegnene og symbolene ofte sammensatte og nødvendig å tolke. Vår fortolkning av den andres signaler kan skape grunnlaget for relasjonen, gjennom for eksempel at man får tillit eller misstillit til hverandre (Eide og Eide, 2007).

Den profesjonelle kommunikasjon i sykepleie har et helsefaglig formål. Selv om man spesialiserer seg innen retninger i sykepleie og jobber med vidt forskjellige pasientgrupper er det overordnede formålet likt. Vi som sykepleiere har en fundamental plikt til blant annet "*å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse*" (ICN i NSF, 2011, s 5). Eide og Eide (2007) skriver at det som muligens er det viktigste kjennetegnet ved kommunikasjon i helseprofesjonene, er at den er ment å hjelpe pasienten. Den hjelpende eller profesjonelle kommunikasjonen er preget av at den er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, samt at informasjon blir formidlet på en måte som gjør at problemer kan bli løst og at pasienten mestrer situasjonen så godt som det lar seg gjøre. Den skal være pasient-

rettet tuftet på etiske verdier som å respektere pasientens rett til selvbestemmelse, likeverd og hensyn til pasientens beste. Ved å hjelpe pasienten til å beholde mest mulig makt og kontroll i situasjon, samt stimulere til delaktighet i de beslutninger som angår pasienten lar vi pasienten så langt det er mulig være autonom. Dette kalles empowerment og komme til uttrykk gjennom holdninger i den praktiske kommunikasjon ved å la pasienten blant annet ta del i beslutninger som angår pasienten selv (Eide og Eide, 2007). Hummelvoll (2004) skriver at selv om pasienten er psykotisk har de sine fulle menneskelige rettigheter. Selv om de har mistet evnen til å ivareta disse, har de dem like fullt.

4.5 Kari Martinsen – Omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (sitert i Kirkevold, 2000) er en norsk sykepleier med spesialutdanning innen psykiatri. Hun har magistergrad i filosofi og ble i 1986 dr.philos i historie. Hennes forfatterskap er omfattende og hun har skrevet og publisert en rekke bøker, artikler og hefter der omsorg og etikk er et sentralt tema i sykepleien.

Kari Martinsen (2003a) har et kollektivistisk menneskesyn og mener at det menneskelige fellesskapet er i sentrum og at relasjoner står sentralt. Martinsen er samfunnskritisk og ønsker pleien vekk fra det individsentrette som den er preget av i dagens samfunn, fordi dette bryter med tanken om at vi mennesker er en del av en større helhet. Dette menneskesynet kan man kalle holistisk. Holisme er en helhetslære som tar utgangspunkt i at helheten er større enn summen av delene. Man kan ikke betrakte mennesket alene som en kropp med bankene hjerte, lunger og så videre, men som en helhet med tanker, engstelse, glede, sårbarhet, ånd og alle andre fenomener som ellers hører til i våre liv. Når vi skal nærme oss menneske ut fra den holistiske tilnærmingen kan vi ikke forholde oss nøytralt til dem, men vi må la oss berøre og være likeverdige subjekter som har et felles mål om pasientens beste (Odland, 2008). Kari Martinsen (2003a) bruker ikke betegnelsen holisme eller helhetlig sykepleie men sier at man som sykepleier må forsøke å ta pasientens hele situasjon i betraktning og at dette ikke er det samme som å se pasienten som en ferdig boks. Martinsen sier også at berørtheten er en grunnstemning i livet og at vi mennesker ikke kan konstateres nøytrale uten å bli berørt.

Omsorgen er et grunnleggende behov i livene våre fordi vi er avhengige av hverandre på ulike måter og på ulike nivåer (Alvsvåg, 2010). Martinsen (2003a) mener at omsorgen i sykepleie må og er en forutsetning for utøvelsen av den og at den kommer til syne gjennom hva vi gjør og hva vi er, men at de to ikke kan skilles. Vi viser omsorg dersom vi handler til andres beste, ut fra den gitte situasjon (Austgard, 2010). Kari Martinsen (2003b, s.38) sier at «*Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i*

hverandre, uttrykt i aktelsens språk.» Dersom vi viser aktelse for livet vil omsorgen komme til uttrykk gjennom aktelsens språk. Aktelse er i følge Escolas bokmålsordbok (Taule, 2001) det samme som å vise respekt. Kari Martinsen (2003b) sier at vår sansing gjør oss tilbakeholden, i respekt for livet slik at kropp og ånd kan gå inn i en vekselvirkning som er vennlig. Dersom vi bruker vår makt til å la det vi ikke har makt over får rom, gir vi livsrom(Martinsen 2003b). Slik jeg forstår det, gir det å være tilbakeholden den viktige andre eller annet mulighet til og tre frem gjennom vår bevissthet. Martinsen skriver at sykepleie er en form for tilbakeholden aktivitet. Den er passiv men i alle høyeste grad aktiv. Man skal gi rom til å ta i mot og la seg berøre kroppslig og emosjonelt på samme tid som man klarer å forme det berørte til et forståelig uttrykk(Martinsen 2003b).

Martinsen (2003b)sier at tilliten er elementær. Den er utleverende og man må våge seg frem for å bli møtt. Der den ene utleverer seg har den andre makt.

5.0 DRØFTING

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen min opp mot litteratur benyttet i teoridelen av oppgaven og de forskningsartikler jeg har funnet i mitt litteratursøk. Jeg vil knytte litteraturen jeg har benyttet meg av opp til praksiseksemplet som er presentert og til andre erfaringer fra samme praksis.

5.1 Pasientens første møte med akuttpsykiatrisk avdeling.

Tidligere i oppgaven nevnte jeg at Hem, Heggen & Ruyter (2008) finner at akuttavdelingene er preget av misstillit heller enn tillit. Dette kommer til syne gjennom blant annet alle sikkerhetstiltak på avdelingen. Det å bli tvangsinnlagt er en handling jeg mener kan uttrykke mistillit i seg selv, nettopp fordi man handler mot pasientens ønsker. I min psykiatripraksis gikk personalet med store alarmer hengende, godt synlig fra bukselinningen. Jeg tenkte ikke umiddelbart over hvilke signaler dette sendte til pasientene og mellom personalet. Da jeg ble kjent på avdelingen ble lettere å reflektere over praksis og jeg opplevde alarmer som en stadig påminnelse om at en alvorlig situasjon kunne oppstå. Likevel var den nødvendig for at man skulle kunne hjelpe til dersom det skulle oppstå en farlig situasjon. Det kan godt tenkes at noen av pasientene også opplevde den synlige alarmer som en påminnelse om at her kan det oppstå alvorlige situasjoner, men det kan også tenkes at noen følte en trygghet i at den var der.

Tidligere har jeg nevnt at det å bli innlagt på sykehus medfører store omveltninger i pasientens liv. Slik jeg ser det vil det være særlig spesielt på en akuttavdeling fordi miljøet pasienten blir nødt til å forholde seg til er i mye større grad er kontrollert enn det vante hverdagslivet (Hem et al. 2008). Hvis man forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon kan man forestille seg til en viss grad hvor skummelt og frustrerende dette kan oppleves. Pasienter med psykose er ofte uten sykdoms innsikt eller forståelse for hvorfor man skal legges inn. Som tvangsinnlagt på en akuttavdeling blir man møtt med gjennomgang av bagasje og private eiendeler, låste dører, et personale som går med synlige alarmer og man må forholde seg til nye regler og mennesker. Dette kan tenkes gjøre det ekstra utfordrende å skape en trygg og tillitsfull atmosfære som videre skal bli til et forhold med gjensidig tillit. Jeg mener at dersom man får tvangsinnlagte pasienter på avdelingen er det viktig å vite om og reflektere over at denne situasjon kan påvirke forholdet man skal danne sammen.

I min psykiatripraksis ved akuttavdeling opplevde jeg det som spesielt utfordrende å danne gode forhold med pasientene, blant annet på grunn av alle de nevnte sikkerhetstiltakene. Jeg opplevde at personalet ønsket å vise pasientene som var innlagt tillit. Pasientene ble blant annet tilbudt tur ut

med personalet minst to ganger om dagen, dersom det ble vurdert som forsvarlig med tanke på om pasienten kom til eksempel å rømme eller om hun kom til å takle inntrykkene. Kari Martinsen (2003a, s.60) sier at *"Tillit skaper tillit hos den man viser tilit."* og at blant annet tillit skaper rom som man føler seg trygge i (Martinsen, 2003a). I praksiseksemplet viste jeg pasienten tillit da jeg lot henne ta på armen og håret mitt, uten å avvise måten hun søkte kontakt på. Jeg opplevde at jeg fikk tillit tilbake ved at hun lot meg få ta hendene hennes. Noen av personalet som hadde vært hos pasienten hadde avvist pasientens tilnærming mot dem og begrunnet det med at hun måtte ha grenser. Jeg kan selvsagt ta feil fordi jeg ikke var sammen med dem i situasjon, men jeg opplevde det slik at disse grensene som ble gitt av enkelte i personalet var en måte å skjerme seg selv på. Martinsen sier at man kan fort reagere med elementer av avvising når situasjonene med pasienten oppleves som vanskelig. Likevel er det her vi virkelig må anstrenge oss for å forstå pasientens hele situasjon (Martinsen, 2003a).

Det var til tider svært utrolig på avdelingen og noen av pasientene var alvorlig syke. Noen var innlagt på tvang og forstod ikke hvorfor de var der, ofte var disse svært mistenksomme til personalet på avdelingen og behandlingen generelt. Salzmann-Erikson et al. (2011) sier at analysen han foretok i sin studie viste at sykepleiekulturen ved akuttavdelingen tok sikte på å skape en balanse mellom personalet og pasientene. Sykepleierne mente man kunne oppnå denne balansen ved blant annet å være til stede, opprettholde sikkerheten og observere. Dette opplevde de som sentrale elementer i tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient.

5.2 Å forstå

Å forstå en pasients psykose vil være svært utfordrende. En informant sier om forståelse *"...being able to put yourself into the other person's shoes so that the other person feels understood"* (sitert i Lorem & Hem, 2012, s.116). Funnene i studien viser at sykepleierens evne til å forstå pasienters psykose var begrenset, men at de så langt det var mulig forsøkte å søke forståelse og erkjenne at det alltid var noe å lære av situasjonen pasienten var i (Lorem & Hem, 2012). Da jeg møtte pasienten som er beskrevet i praksiseksemplet var det vanskelig for meg å forstå hva hun gikk gjennom. Det var vanskelig å vite hvordan jeg skulle kommunisere med henne eller om jeg i det hele tatt skulle det. Ved å studere pasienten gjennom hennes handlinger, mimikk, ord, toneleie og måten hun bevegde seg på lærte jeg mye av situasjonen og om henne. Gjennom det jeg studerte indikerte mye på at hun var svært urolig og redd, eller kanskje frustrert og at disse sterke følelsene svinget mye.

Jeg opplevde det i noen tilfeller som vanskelig å hjelpe henne fordi hun ofte gav inntrykk av at hun var redd for å slippe meg for nærme samtidig som hun uttrykte et stort behov for å ha meg rundt seg

ved at hun søkte kroppslig- og blikkontakt. Jeg forstod ikke alltid det hun sa til meg men jeg ville vise pasienten at jeg var interessert og at jeg forsøkte å forstå. Dette gjorde jeg ved å lytte aktivt, gjenta det hun hadde sagt og spørre litt rundt det. Ved å representere en positiv kraft som lytter vil man kunne hjelpe den andre til å uttrykke tanker, opplevelser eller følelser. Lytting mener jeg er en aktiv tilstand som krever av oss som sykepleiere at vi er tilstedeværende og åpne Hummelvoll (2004).

Når jeg hadde fortjent meg tilliten til andre pasienter med psykose og vi kunne prate om det meste fikk jeg ofte spørsmål som ”virker jeg psykotisk på deg” eller ”er jeg virkelig psykotisk?”. Dette oppfattet jeg som et uttrykk for å ha et stort behov for å bli forstått. Artikkelen til Lorem & Hem(2012) fant at en av de viktige holdningene for å forstå psykosen var å vite at man ikke forstår, men forvente at der er noe å forstå. Og at dette sammenbruddet av forståelsen er vanlig, men at den bør kombineres med en forventning om mening som oppmuntrer til videre dialog. Dersom man ikke tror det er noe å forstå mener jeg at kommunikasjon alle rede har feilet før man kanskje har begynt.

Chadwick (2009) sier at dersom man møter pasienten i samtalen eller tilstedeværelsen med å være forutinntatt og med en agenda om at *dette skal vi få til og klare i dag* kan det føre til at man hindrer relasjonsbyggingen i denne fasen. Å anta at bedringen eller pasienten skal endre seg i en bestemt retning er ikke godt for prosessen. Det kan være urealistisk og kreve av andre at de skal endre seg eller oppføre seg på andre måter enn det de gjør. Dette vil ikke være en pasientorientert tilnærming fordi denne endringen ligger utenfor vår kontroll (Chadwick, 2009). Før jeg gikk inn til pasienten i praksiseksemplet fikk jeg beskjed om at jeg gjerne måtte sette grenser for henne og meg selv og ikke la henne klype eller nappe meg i håret. Jeg merket at det var vanskelig å gå inn i situasjonen med disse forestillingene og forventningene om hva som kom til å møte meg på andre siden av døren. Jeg gikk inn på avdelingen med en følelse av at jeg måtte passe på meg selv og jeg var svært lite, om ikke noe, pasientorientert slik Chadwick (2009) sier man må være. Da jeg traff henne fikk jeg en kjapp påminnelse om at dette var et helt vanlig menneske som var kommet i en dyp krise. Det var noen sin datter eller kanskje søster. Jeg lurte fælt på hva hun så rundt seg, hvordan verden hennes så ut, hva hun tenkte og følte, og hvem jeg var midt i dette. Jeg forsøkte så godt jeg kunne, å sette meg inn i pasientens situasjon. I noen grad klarte jeg å fjerne meg fra forestillingene om hvordan hun var og undringene mine gjorde at fokuset flyttet seg noe fra meg til henne. Jeg ville gjerne forstå. Selv om det kanskje var umulig å forstå hva, kunne jeg i alle fall forstå at det var noe å forstå slik som studien til Lorem og Hem(2012) viser til. Ved å bruke sansene mine og være tilbakeholden, slik Kari Martinsen (2003b) sier, ble jeg berørt og gav pasienten livsrom.

Chadwick (2009) referer ikke til forutinntatt som noe som bare blokkerer relasjonsbyggingen. Han sier at noen antagelser kan være til hjelp for relasjon, han kaller disse positive antagelser. Blant annet at vi må tenke at det ikke finnes tilfeller uten håp eller miste tilliten til at pasientene kan bli bedre og få et meningsfylt liv. Forskning viser til at ett sykepleier-pasient forhold som baserer seg på gjensidig tillit og støtte er essensielt i fornyelsen av pasienters håp (Dusseldorp, Goossens, og Achterberg, 2011). Jeg tror at dersom man ikke bevarer håpet i pasienten og seg selv som hjelper, vil det kunne være vanskelig å finne mening i arbeidet man gjør. Dersom man ikke har mening kan det tenkes at man ikke setter seg mål og uten mål kan det tenkes at man ikke har fremgang i bedringen, noe som kan resultere i at pasienten blir utsatt for unødning lidelse.

5.3 Kommunikasjon med pasienter som har psykose

For at man skal kunne kommunisere godt er det som jeg tidligere har nevnt viktig å tilpasse språket etter pasienten slik at man i så stor grad som mulig gjør det mulig for pasienten å forstå (Hummelvoll, 2004) Det er også av betydning at man finner et felles språk for å oppnå en likeverdig og pasientsentrert relasjon (Chadwick, 2009). Språket ble mye mer enn de ordene vi bruker, da jeg skulle kommunisere med pasienten fra praksiseksemplet. Det var utfordrende fordi det hun kommuniserte verbalt var vanskelig for meg å sette i sammenheng og forstå. Jeg ble utfordret på å ta i bruk kreativiteten og sansene mine. På tross av at denne utfordringen følte nesten umulig opplevde jeg at jeg fikk en viss kontakt med henne. Gjennom min måte å være på kunne jeg signalisere ro gjennom å bevege meg sakte, bruke et behagelig toneleie eller sitte i en tilgjengelig stilling. Når jeg sier at jeg var tilgjengelig tenker jeg på at jeg ikke har armene krysset fremfor meg eller at jeg for eksempel vender meg fra pasienten. Det kan tenkes å bli oppfattet av pasienten som om jeg er i forsvarsposisjon eller ønsker avstand. Heller henvender jeg meg mot henne ved å være smilende og la armene hvile tilfeldig og avslappet i fanget. Når jeg henvendte meg til pasienten verbalt gjorde jeg det med en lav og myk fremtoning. Slik jeg forstår det i følge Kari Martinsen (2003a)forstår jeg det slik at jeg har handlet sanselig. Jeg er åpen og fantasifull for å kunne se flere sider hos pasienten, jeg forholder meg ikke nøytral men lar meg bevege av pasienten og situasjon. På denne måte blir pasienten mer synlig for meg og jeg kan klare å tolke det pasienten formidler til et forståelig uttrykk. Det at jeg tok hendene hennes følte naturlig siden hun allerede hadde berørt meg. Det kan selvsagt være at jeg ikke tolket henne rett, men pasienten smilte og lukket øynene da jeg holdt henne hennes. Det tolker jeg som at det gjorde godt for pasienten.

Pasientens måte å tilnærme seg meg på, oppfattet jeg ikke som et forsøk på å teste grenser, men mer som nysgjerrighet eller kanskje et forsøk på å skape kontakt. Det å la henne kjenne på armen min og håret mitt følte jeg krevde mot av meg til å vise henne tillit fordi jeg ikke følte meg helt trygg på om

hun kom til å gjøre meg vondt. Ved å vise tillit til andre er vi også nødt til å utlevere oss (Løgstrup sitert i Martinsen, 2003b s.86). Dette fordi vi legger noe av oss selv igjen i den andre ved for eksempel å henvende oss verbalt eller rekke ut hånden til noen for å hilse. Den andre kan velge å svare eller ikke, eller avvise forsøket på å håndhilse ved ikke å rekke ut sin egen hånd. Dersom man overser eller avviser noen som tar kontakt kan dette føre til misstillit fordi man har en forventning om å få respons (Eide og Eide, 2007., Martinsen, 2003b). Hvis dette var hennes måte å vise meg tillit ved å søke kontakt og jeg hadde avvist hennes forsøk med å sette grenser og irettesatt eller oversett henne, er det ikke sikkert vi hadde fått den relasjon vi til slutt fikk fordi det ligger en stor sårbarhet i det å utlevere seg og bli avvist. Dette viser at det er slik Martinsen (2003b) sier om at alle relasjoner og kommunikasjon er et maktforhold som det ligger en stor sårbarhet i. Likevel er det viktig å poengtere at man ikke behøver være ettergivende eller være enige med pasienten. Å misbruke tilliten er ikke det samme som å være uenig, men heller det å overse og overhøre (Martinsen, 2003b).

Da jeg møtte pasienten ble jeg berørt, først fordi jeg ikke viste hva jeg skulle gjøre. Jeg hadde meg i fokus. Ved etter hvert å fjerne meg litt fra tanken om hva jeg skulle gjøre, lot jeg meg i større grad bli berørt og jeg så mer av henne. Jeg forstår det slik at Kari Martinsen(2003b) mener vi blir berørte av de mennesker vi møter, men også av det vi omgir oss med. Det kan være farger, en solnedgang eller et dyr, noe som gjør et inntrykk på oss slik at i blir berørt gjennom sanser og kropp. Hun sier også at pasienten eller medmennesket bare kan tre frem for sykepleieren dersom hun sanser tilbakeholdent, er åpen og lar seg berøre. Jeg opplever at det krever mye av en sykepleier å la den andre tre frem. Blant annet at man utfordrer sine egne holdninger, erkjenner at man ikke kan kontrollere for eksempel bedringen. Jeg kan ikke ta bort fysisk eller psykisk smerte for pasienten, dette må hun bære selv. Likevel kan jeg i min stilling og gjennom det jeg har lært som student i faget, styrke pasienten i sin situasjon til å bære dette, gjennom blant annet å være tilstede, lyttende og vise interesse(Martinsen, 2003b).

Hummelvoll (2004) sier at ingen pasienter er psykotiske hele tiden og som tidligere sagt varierer psykosen og innsikten med tid. Jeg opplevde det som vanskelig å vite når pasienten fra praksiseksemplet var psykotisk eller ikke. Likevel opplevde jeg å få mer kontakt og respons da pasienten i mindre grad var preget av de positive symptomene, som jeg har nevnt tidligere (Hummelvoll, 2004., Kringlen, 2011.). Jeg erfarte det som verdifullt å benytte meg av de øyeblikkene da pasienten virket som "klarest" til å kommunisere og bygge videre på relasjonen, fordi dette gjorde at det var lettere å opprettholde kontakten med pasienten da de var preget av de positive symptomene. Dette mener jeg kan vise til at sykepleieren blir utfordret på å bruke blant

annet sansene sine sammen med fagkunnskapen om blant annet psykosens dynamikk og kommunikasjon, for å vite når og hvordan man skal henvende seg til pasienten.

5.4 Å være til stede

For å kunne møte pasienten der han er i sin lidelse eller sykdom forutsetter det at man etablerer kontakt med pasienten. Slik jeg forstår det i følge flere kilder (Cullberg, 2005., Hummelvoll, 2004., Thingnæs og Johannessen, 2010., Dusseldorp, Goossene, Achterberg, 2011.) er kvaliteten på relasjon mellom sykepleier og pasient en avgjørende del av helingsprosessen.

Fra praksis har jeg sett at det varierer veldig hvor lenge pasienter er på en akutt avdeling, alt fra et døgn til flere uker. Siden tiden en pasient er inne på en akuttavdeling ofte er kortere enn på rehabilitering og lignende, vil man måtte benytte tiden godt og gjøre mange observasjoner på kort tid. Dette mener jeg viser til hvor viktig det er at vi er tilstede i avdelingen. Dersom vi i for stor grad oppholder oss på kontoret eller på basen, vil vi gå glipp av disse mange og viktige observasjonene som vi gjør gjennom de daglige aktivitetene. Det kan for eksempel være å observere pasienten når man samarbeider om dekking av bord, i spise situasjon, når man spiller bordtennis sammen, spasere en tur eller bare sitte sammen å prate om de hverdagslige tingene. Man kan tilegne seg mange kunnskaper om pasientens fysiske og psykiske tilstand samt ressurser, gjennom å se hvordan de takler disse situasjonene. Hem et al.(2008) sier at det i hverdagssituasjoner oppstår unike muligheter og utfordringer som krever at man som sykepleier er villig og har mot og styrke til å bli involvert for å kunne finne løsninger. Det å være interessert og vise at man ønsker kontakt med pasientene mener jeg er et godt grunnlag for å opprette en positiv kontakt med pasienten. Forskning viser også blant annet at sykepleierne på en akuttavdeling mente det var viktig å være tilstede og alltid tilgjengelig (Salzmann-Erikson, Lützn, Ivarsson & Eriksson, 2011). Dette som et bidrag til å danne et tillitsforhold men også for å bevare roen på en avdeling som ofte kan bli preget av uro. Det var også viktig for å kunne tilegne seg kunnskap om pasientens mentale helse og om det forekommer forandringer i den.

Salzmann-Erikson et.al (2011) fant at informantene brukte forskjellige måter (det de kaller) å *overvåke* pasientene på. Blant annet overvåket de pasientene ved å lytte til, se på, holde seg i nærheten av eller på avstand og prate med dem. Når denne overvåkningen pågikk observerte personalet blant annet pasientenes kroppslige og verbale uttrykk, evne til sosial omgang, funksjonsevne, konsentrasjonsevne, bekymringer, bivirkninger av medikamenter og humør. Jeg mener det er viktig å observere pasienten fordi man kan innhente viktig informasjon, men det er også viktig at sykepleieren veksler mellom å være synlig og ikke synlig. Jeg har selv erfart at mange

pasienter ikke ønsker kontakt med personalet når de først blir innlagt, fordi de har vært skeptiske ovenfor personalet, dette blir også nevnt i Salzman-Erikson et al. (2011). Det er viktig å respektere pasientens ønsker så langt som det lar seg gjøre og la pasienten være autonom. Likevel mener jeg sykepleieren må forsøke å fremstå som tilgjengelig og kontaktsøkende, men kanskje på en tilbakeholden måte, fordi dette kan vise pasienten at man er interessert. Interesse mener jeg man kan vise gjennom enkle handlinger. Jeg pleide å banke på døren til pasienten, for eksempel spørre om det var noe de trengte eller om det var noe jeg kunne gjøre for dem. Av og til opplevde jeg å få kontakt ganske så fort og at gapet mellom misstilliten og tilliten ble mindre. Andre ganger måtte jeg virkelig arbeide for å få kontakt, ved å være tålmodig og tåle avvisningen. At man jobber iherdig med interesse for pasienten har jeg tidligere vist til at kan gi sykepleieren større innsikt og forståelse for pasientens psykose, men det kan også oppfattes av pasienten som et forsøk på å oppnå tillit (Fjørtoft, 2006).

På den andre siden ser jeg at det er viktig at man trekker seg litt tilbake til kontoret for å utveksle informasjon. Helst når situasjonen på avdelingen er rolig og anledningen byr seg. Ikke bare for å ha en balanse mellom nærhet og avstand i forholdet, som nevnt tidligere (Hummelvoll, 2004) men fordi det er viktig å informere hverandre om pasientens situasjon og hvordan man tilnærmer seg dem. Slik kan man oppnå en følelse av kontinuitet og stabilitet for pasienten. Fjørtoft (2006) sier at opplevelsen av kontinuitet kan danne et grunnlag for arbeidsalliansen. Jeg opplevde utvekslingen av informasjon som svært meningsfylt og at det bidro til tillit til avdelingen og personalet. Jeg lærte mye både av sosionomer, sykepleiere, psykiatriske sykepleiere, leger og psykiater under disse samtalene. Som en tverrfaglig gruppe la man observasjoner sammen med fagkunnskap og erfaringer og ble enige om det man mente best mulig kunne hjelpe pasienten. Salzman-Erikson et al. (2011) fant at å utveksle informasjon fortløpende gjennom dagen var viktig for staben. De utvekslet informasjon om pasientens oppførsel, forbedringer og forverringer og egen opplevelse av pasients situasjon. Dette gjorde de fordi de ønsket å lære av hverandre. Jeg ser også at det vil være nytting å utveksle informasjon i en avdeling som er i stadig endring med nye pasienter og varierte sykdommer.

6.0 AVSLUTNING

Hensikten med oppgaven har vært å tilegne meg mer kunnskap om hvordan sykepleieren kan skape et gjensidig tillitsforhold til pasienter med psykose. Gjennom artiklene jeg har funnet og litteraturen jeg har benyttet meg i prosessen med oppgaven viser det seg at tid og tålmodighet er viktige element i prosessen med å danne et forhold med gjensidig tillit, men at dette kan være utfordrende i akuttavdelinger. Å jobbe med pasienter som har psykose er utfordrer sykepleierens egenskaper til å være empatisk og hjelpe pasienten å gi mening til deres persepsjoner. Pasienten trenger menneskelig kontakt som et tillitsfull, stabil og som gir håp slik Lorem og Hem (2009) også viser til i sin studie. Man må som sykepleier være tilstede, interessert, jobbe iherdig selv om man blir avvist og at det er spesielt viktig å forsøke forstå pasienten når situasjon er vanskelig. For å kunne hjelpe må man la seg berøre og ikke være nøytral. Det krever mot og vilje til å utlevere seg selv. Litteraturen og forskningen jeg har benyttet meg av viser at kommunikasjon er et særdeles viktig element i dannelsen av en relasjon og at kommunikasjon må være tilpasset pasientens situasjon. Fordi kommunikasjon skjer både verbalt og non-verbalt er det viktig at sykepleieren reflekterer over sin egen væremåte og sine holdninger i møte med psykotiske pasienter. Det er viktig for pasienten å bli forstått og at man har en holding om at det er noe å forstå selv om man ikke kan forstå hva. Dette krever at sykepleieren ser hele mennesket og situasjon hun er i, at man har god kunnskap om relasjon, kommunikasjon og psykosens dynamikk. Det er viktig at man er pasientsentrert og lar omsorgen få utspring fra pasientens situasjon og behov for hjelp.

Det har vært utfordrende, spennende, lærerikt og givende å jobbe med denne oppgaven. Kari Martinsens arbeider har gjort meg mer bevisst og trygg på hvordan jeg ønsker å bli som sykepleier gjennom holdninger og væremåte. Det har vært spennende å lære seg mer om begrepet psykose, kommunikasjon og hvordan man kan danne gode relasjoner. Jeg har blitt mer bevist på at relasjon er ikke noe som kommer av seg selv, men noe vi må gjøre oss fortjent til og jobbe for. Det står også sterkere hos meg hvor forskjellige vi er og at en god relasjon for noen inneholder elementer som ikke nødvendigvis oppleves som godt for andre.

7.0 LITTERATURLISTE

Pensumlitteratur:

Aadland, E. (2004). *Og eg ser på deg: vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Blix, E. S., Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

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

Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i Relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fjørtoft, A. (2006). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Odland, L. (2008). Menneskesyn. I: Brinchmann, B, S (Ed.), *Etikk i sykepleien* (2. utg.). (s.23-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) [pasientrettighetsloven] av 1. januar 2001*. Hentet 5. april 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Selvvalgt litteratur:

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg- med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I: Knutstad, U (Ed.), *Sentrale begreper i kliniske sykepleie: Sykepleieboken 2* (s.417-449). Oslo: Akribe AS
Antall sider: 33
- Austgard, K.I.B. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis: å tenke med Kari Martinsen i sykepleien* (2. utg.) Oslo:J. W. Cappelens Forlag A
Antall sider: 3
- Chadwick, P. (2009). Personbasert kognitiv terapi ved psykoser. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
Antall sider: 20
- Cullberg, J. (1994). *Mennesker i Krise og utvikling: en psykodynamisk og spesialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
Antall sider: 5
- Cullberg, J. (2005). *Psykoser: et integrert perspektiv* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
Antall sider:31
- Dusseldorp, L. V., Goossens, P. & Achterberg, T. V. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*. 32. 2-19. doi: 10.3109/01612840.523136
Antall sider: 17
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo:J.W. Cappelens Forlag AS.
Antall sider: 21
- Hem, M. H., Heggen, K., & Ruyter, K. W. (2008). Creating trust in an acute psychiatric ward. *Nursing ethics*, 15(6), 777-788. doi: 10.1177/0969733008090525
Antall sider: 11
- Lorem, G. F. & Hem, M. H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: A qualitative study of health-care professionals' experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*. 21. 114-122. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00773.x
Antall sider: 9

Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup: om etikk og sanselighet i sykepleien* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
Antall sider: 60

Martinsen, K. (2003b). *Fenomenologi og omsorg* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS
Antall sider: 59

Salzmann-Erikson, M., Lützné, K., Ivarsson, A. & Eriksson, H. (2011). Achieving Equilibrium within a Culture of Stability- Cultural knowing in Nursing Care on Psychiatric Intensive Care Units. *Issues in Mental Health Nursing*. 32. 255-265. doi: 10.3109.016112840.2010.549603
Antall sider: 10

Taule, R. (2001). *Escolas ordbok: bokmål*. Oslo:Escola Forlag AS
Antall sider: 2

Thingnæs, G., Johannessen, J, O. (2010). *Mestringsbok ved psykose*. Stavanger: Hertvigs Akademisk
Antall sider:25

Kirkevold, M. (2000). Utviklingstrekk i Kari Martinsens forfatterskap. I:Alvsvåg, H., Gjengedal, E. (ed.). *Omsorgstenkning:en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. (s.193-206). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
Antall sider: 13

Antall sider selvvalgt pensum: 319