

SPL 3901

06 HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kandidatnr. 649

Bacheloroppgave

### **Tillit**

Hvilke faktorer er viktige for at en paranoid schizofren pasient skal etablere tillit til sykepleieren i miljøterapeutisk behandling i langtidsavdeling?



## Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for helse og omsorg. Mai 2009

Ord: 9848



## **SAMMENDRAG**

*OPPGAVE/eksamen*

*Kull: 06HBSPLH*

*Kandidat nr. 649*

*Dato: 11.05.2009*

*Forfattere: (fylles evt. ut etter sensurering!)*

---

*Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):*

*Hvilke faktorer er viktige for at en paranoid schizofren pasient skal etablere tillit til sykepleieren i miljøterapeutisk behandling i langtidsavdeling?*

*Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):*

*Which factors are important in earning trust from a Paranoid Schizophrenic patient in Milieu Therapy in Long Term Treatment?*

---

*Sammendrag*

Oppgaven formidler faktorene vi mener er viktige for å etablere tillitsforhold til en paranoid schizofren pasient i behandlingssituasjon. Faktorene prøver å formidle hvordan tillit oppnås, etableres og hvordan den kan brytes. Vi har lagt vekt på Travelbees relasjonsbygging i forhold til primærkontakt og Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser. Vi tar for oss paranoid schizofreni og tillit, samt sykepleierens væremåte, roller og mentalisering. Funnene oppgaven ga var at respekt, forståelse og kjemi er viktige faktorer for å etablere tillit.

---

*Nøkkelord*

*Paranoid schizofreni, tillit, sykepleierens væremåte, roller, Joyce Travelbee, Gundersons miljøterapi og mentalisering.*

---

*K.E.Løgstrup:*

*” Det hører vort liv til,*

*at vi normalt mødes med en naturlig tillid til hindanden.*

*Det skal særlige omstendigheter til,*

*for at vi på forhånd står over for en fremmed med mistillid.*

*På forhånd tror vi aldrig at et menneske lyver –*

*det gjør vi først efter at have grebet ham i løgn”*

*( Helland 1993, s.145).*

<b>Innholdsfortegnelse</b>		<b>Side</b>
1.0	Innledning	5
1.1	Pasienthenvisning	5
1.2	Valg og begrunnelse av tema og problemstilling	5
1.3	Avgrensning av oppgaven	6
1.4	Oppbygning av oppgaven	7
2.0	Metode	8
2.1	Valg av metode	8
2.2	Søkeord	9
2.3	Kildekritikk	10
3.0	Teori – og drøftningsdel	12
3.1	Tillit	12
3.2	Paranoid schizofreni	15
3.3	Joyce Travelbee	18
3.4	Sykepleierens væremåte	22
3.5	Roller	24
3.6	Miljøterapi	26
3.7	Mentalisering	34
4.0	Konklusjon	35
5.0	Etterord	36
6.0	Litteraturhenvisning	37

## 1.0 Innledning

### 1.1 Pasienthistorie

I psykiatripraksis fikk vi erfaring med paranoid schizofrene pasienter, og samarbeidet og utfordringene knyttet til denne pasientgruppen. Vi har valgt å kalle pasienten Kari. Kari er midt i 30-årene og har diagnosen paranoid schizofreni. Hun ble nylig innlagt på langtidsavdeling på frivillig grunnlag. Kari er svært mistenksom i forhold til alt og alle. Sykdommen hennes gjør at hun for å beskytte seg selv kontinuerlig må være på vakt for farer hun mener andre utsetter henne for. Farer kan i hennes verden være alt fra matforgiftning og bortføring, til annet misbruk av hennes person, som for eksempel utlevering av informasjon. Dette gjør Kari, som mange andre paranoid schizofrene, til et menneske det er svært vanskelig å komme inn på, bli kjent med og få tillit fra. Små hendelser kan for henne utgjøre avgjørende bevis for at noen ikke er til å stole på. Kari har sykdomsinnsikt i gode perioder. Symptombilde preges av hallusinasjoner og vrangforestillinger, men hun regnes som godt medisinert på nyere antipsykotika. Ola er sykepleier, og utnevnt som Karis primærkontakt i avdelingen. Målet med behandlingen er at Kari skal skrives ut til eget hjem, med oppfølging fra sykehuset.

### 1.2 Valg og begrunnelse av tema og problemstilling

Problemstillingen lyder som følger:

*Hvilke faktorer er viktige for at en paranoid schizofren pasient skal etablere tillit til sykepleieren i miljøterapeutisk behandling i langtidsavdeling?*

Vi valgte denne problemstillingen fordi vi synes tillit er et svært spennende tema. Våre erfaringer fra praksis tilsier at det ikke arbeides bevisst med tillit. Med dette mener vi at vi aldri har fått påpekt viktigheten av å etablere tillit. Vi anser tillit som noe som oppstår "automatisk" og at det kan være årsaken til at det ikke samtales så mye om. Tillitsbyggingen mellom sykepleier og pasient er relevant å ha fokus på, da det både er utfordrende å etablere og ivareta, samt avgjørende for god pasientbehandling. Vi

ønsker å finne de viktige og grunnleggende faktorene i tillitsbygging, som er avgjørende for å kunne oppnå best mulig funksjonsnivå igjennom behandlingen.

Vi tar ikke utgangspunkt i faktorer ved miljøterapien som virker tillitsfremmende, men faktorer generelt som vi knytter mot miljøterapien.

### **1.3 Avgrensning av oppgaven**

For å avgrense oppgaven valgte vi diagnosen paranoid schizofreni. Denne diagnosen har utfordringer i forhold til tillit, fordi pasienten preges av urimelig mistro. Vi tror diagnosen paranoid schizofreni gir et målrettet perspektiv for å belyse hvorfor tillit kan være vanskelig å etablere. Vi omtaler også schizofreni i oppgaven, vi mener det er hensiktsmessig fordi diagnosene har svært mange fellestrekk. Det eneste som skiller diagnosene er de paranoide symptomene. Vi har kun omtalt symptomene vrangforestillinger og syns- og hørselshallusinasjoner i oppgaven.

Vi har valgt Joyce Travelbee da vi synes hennes sykepleieteori er svært relevant i forhold til vår problemstilling. Vi avgrenser oppgaven ved å fokusere på hennes teori om begrepet menneske- til- menneske- forhold, som er viktig i forhold til relasjonsbygging og dermed etablering av tillit. Med relasjon mener vi forholdet mellom to individer, og med relasjonsbygging menes hvordan relasjonen oppnås.

Vi har avgrenset oppgaven ved å legge til grunn for at pasienten er godt medisinert. Vi kommer derfor ikke inn på den farmakologiske behandlingen ved paranoid schizofreni.

I forhold til roller inkludert i vår oppgave har vi begrenset det til å gjelde primærkontakt (Ola) og pasient (Kari). Annet helsepersonell omtaler vi som sykepleier og miljøpersonell. Vi bruker dette i situasjoner hvor det er realistisk at primærkontakten ikke alltid er til stede, eventuelt at flere handler sammen. Sett i en sykehusavdeling regner vi med at en ufaglært assistent kan oppnå tillit vel så godt som en psykiatrisk sykepleier. Spørsmålet som oppstår da er om relasjonene er bygget på forskjellig forventningsgrunnlag. Med forventningsgrunnlag mener vi at pasienten kan ha forskjellige forventninger til sykepleieren med fagutdanning, kontra en 19 år gamle assistent som går på videregående skole.

## **1.4 Oppbygning av oppgaven**

I del 1 presenter vi oppgavens innledning. Videre i innledningen følger pasienthistorie, begrunnelse for valg av tema og problemstilling, avgrensning av oppgaven og oppgavens oppbygging.

I del 2 av oppgaven kommer metodekapittelet hvor vi definerer valg av metode, søkeordene og gir kildekritikk til benyttet litteraturen. I denne delen viser vi til hvilke fordeler og ulemper den metoden vi har valgt har.

I del 3 har vi valgt teori og drøftning i samme del. Vi drøfter gjennom oppgaven. Fordelen med dette er at vi synes oppgaven blir helhetlig og at det gjør oppgaven innholdsrik og leservennlig. Vi drøfter teorien opp mot Kari og Ola og trekker inn våre egne erfaringer fra tidligere praksis og hospiteringspraksis.

I del 4 er konklusjonen, her presenteres svar på problemstillingen i en kort og sammenfattet tekst.

I del 5 er etterordet som er en prosessevaluering hvor vi skriver om hvordan hele denne oppgaveprosessen har gått i gruppen.

I del 6 er litteraturlisten.

## 2.0 Metode

Wilhelm Aubert definerte metode slik:

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland 2007, s. 81).

Metoden er et hjelpemiddel for å kunne arbeide strukturert i oppgaveskrivingsprosessen. Metoden stiller krav til planlegging, refleksjon og gjennomtenkte handlinger. Metode betyr ”veien til målet” og meningen er at denne skal kunne vise andre hva målet er og hvordan man når det ved for eksempel ærlige kildehenvisninger (Kvale 2001, s.52).

## 2.1 Valg av metode

Metode er et redskap i et møte med noe vi vil undersøke nærmere, det skal hjelpe oss med å samle inn data, som er den informasjonen vi trenger for å gjøre oppgaven vår (Dalland 2007 s. 81).

En metode skal fortelle hvordan en har tenkt å gå fram for å finne relevant kunnskap. Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metode. Ved litteraturstudie bruker vi materiale som allerede er publisert og dokumentert. Fordelen ved å bruke litteraturstudie er at utvalget er stort, og vi kan velge ut det vi synes passer best til å belyse vår problemstilling. Vi fant dessverre ut at det er skrevet begrenset om paranoid schizofreni og tillit. Det krevde dermed mye tid å finne relevant litteratur, men vi har benyttet hospiteringspraksisene godt for å tilegne oss kunnskap og forståelse. Det positive ved dette var at vi måtte tenke, diskutere og drøfte mye i gruppen, og vi tror dette gir oppgaven preg av våre tanker og meninger.

Vi har brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi har brukt 251 sider selvvalgt litteratur, som er merket med en \* i litteraturlisten. For å finne relevant litteratur har vi søkt i skolens bibliotek, samt fylkeskommunale bibliotek. Gjennom



hospiteringspraksis ble vi anbefalt litteratur i forhold til problemstillingen, og dette bestilte vi fra andre bibliotek gjennom Høgskolen. Vi ser det som en fordel at vi har brukt mye selvvalgt litteratur og at vi selv må tenke og knytte den litteraturen vi har funnet opp mot hverandre for å gi en helhetlig og god besvarelse.

Hvis vi skulle gjort noe annerledes synes vi det hadde vært interessant å bruke kvalitativ metode for å løse oppgaven, men vi syntes tiden var for kort. Grunnen til dette var at vi brukte lang tid på å finne problemstillingen. Vi måtte da brukt mye tid på å lage gode kvalitative forskningsintervjuer. Dersom vi hadde valgt en kvalitativ metode ville vi foretatt intervjuer med sykepleiere ved forskjellige avdelinger som arbeidet med paranoide schizofrene. Dette mener vi kunne belyst vår problemstilling (Dalland 2007, s.142). Vi valgte litteraturstudie på da vi mente dette også ville være gjennomførbart i større grad.

## 2.2 Søkeord

Vi har brukt databaser ved høyskolen. Vi brukte BIBSYS ASK for å finne konkrete artikler. Andre databaser vi har brukt er;

ProQuest, Academy Search Elite og Helsebiblioteket.

Søkeord ProQuest;

Trust, nurse, paranoid, schizophrenia, psychiatry.

Trust + nurse = 1427 treff. Trust + nurse + schizophrenia = 2 treff.

Søkeord Academic Search Elite:

Psychiatric nursing + schizophrenia = 179959 treff. Psychiatric nursing+ schizophrenia + mental health + trust = 65.

Søkeord Helsebiblioteket:

Mentalisering = 13 treff.

Tillit = 123 treff. Bygge opp tillit = 8 treff, men ingen aktuelle. Etablere tillit paranoid schizofrene = 3 treff.

For å finne trykket litteratur ved biblioteket (bøker, tidsskrifter) benyttet vi søkeordene:

Tillit, paranoid schizofreni, mentalisering, miljøterapi + Gunderson, paranoid schizofreni + behandling, paranoid.

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er å vurdere og å karakterisere de kildene som benyttes gjennom oppgaven. Hensikten er å gi leseren informasjon om litteraturens relevans og gyldighet for å belyse problemstillingen (Dalland 2007, s. 64)

Vi har valgt å bruke bøker og artikler som er relevante for problemstillingen. Det var til tider vanskelig, da litteraturen vi fant ikke var relevant for problemstillingens ordlyd. Vi fant derfor litteratur om nøkkelordene og knyttet det sammen mot problemstillingen.

Vi har brukt både primær og sekundær litteratur i oppgaven. Primærlitteratur betyr at man benytter originalverket til forfatteren (Dalland 2007, s.282). Så langt det er mulig bør en bruke primærlitteratur, da en sikrer seg best mot å misforstå andres feiltolkninger av en tekst/bok. Vi har for eksempel valgt å bruke Travelbees egen bok: *"Mellommenneskelig forhold i sykepleie"*. Vi har da brukt primærlitteraturen, men kan fortsatt være fare for feiltolkninger i teksten, da den er oversatt fra engelsk til norsk. Vi har benyttet Gundersons originalartikkel på engelsk, fra 1978. Vi synes artikkelen er relevant selv om den ble skrevet for 31 år siden. Vi benyttet i tillegg Brathelands kompendium om Gundersons miljøprosesser for å forstå det faglige innholdet i Gundersons artikkel bedre, men ved å kombinere Bratheland og Gunderson mener vi å ha redusert mulighetene for feiltolkninger.

Fordelen med sekundærlitteraturen er at andre har tolket teksten, og det kan da være lettere å forstå innholdet. Ulempen kan være at det er mange tolkninger, og tolkningen

kan bli annerledes enn den opprinnelige meningen i teksten. Dette har vi prøvd å holde fokus på når vi har søkt og valgt litteratur. Et eksempel er i forhold til Travelbee, hvor Kristoffersen m. fl. har skrevet om hennes sykepleieteori. De har da tolket det de forstår om hennes budskap, og gjort det om til "sitt eget".

I forhold til litteratur om tillit har vi benyttet oss av en del eldre utgivelser, som f. eks bøkene: "*Den omtensomme sykepleier*" av Martinsen og "*Omsorgens ansikt*" av Bø. Vi har valgt å bruke disse bøkene som omhandlet tillit, fordi vi ikke fant nyere litteratur om temaet. Vi tror ikke synet på tillit har forandret seg fra 1990- tallet til i dag, fordi vi anser tillit som noe grunnleggende.

Del 3.7 handler om mentalisering. I hospiteringspraksis fortalte overlegen oss at mentalisering er viktig i forhold til tillitsetablering. Mentaliseringsevne har stor betydning for sykepleierens forståelse av pasienten og hennes behov, og for pasientens forståelse av sykepleieren. Vi ble anbefalt litteratur og valgte å presentere temaet i oppgaven. Litteraturen vi har funnet beskrev mentaliseringsbasert terapi i forhold til personlighetsforstyrrelser. Vi syntes likevel det var relevant i forhold til oppgaven. Grunnen til dette er at mentalisering er noe alle mennesker evner og gjør i større eller mindre grad. Vi vurderte det dermed slik at paranoid schizofreni kunne inkluderes. Overlegen støttet oss i dette fordi han benytter mentalisering med paranoid schizofrene pasienter i langtidsavdeling. Vi påpeker at vi beskriver mentalisering, ikke mentaliseringsbasert terapi selv om det naturligvis har mange fellestrekk.

## 3.0 Teori – og drøftningsdel

### 3.1 Tillit

*”Forvisning om (en persons) egenskaper, evner til å mestre noe eller om at vedkommende er til å stole på” (Guttu, 2004).*

Gjennom uformelle samtaler i hospiteringspraksis fant vi ut at de aller fleste definerte tillit som *å stole på*, men en sykepleier definerte det slik;

*”Tillit er noe inni deg, som gjør at du kan stole på deg selv og andre, og gjennomføre livet”.*

Den danske filosofen og teologen Knud Eilert Løgstrup mente at mennesker under normale forhold ønsker å møte hverandre med tillit. Vi ønsker å tro godt om andre, og hviler i en tilstand av tillit til det motsatte er bevist (Eide m. fl. 2003, s.94). Helland (1993) påpeker at sykepleieren ikke er naiv selv om hun har tillit til pasienten (s.146).

Eksempel: Kari påstår hun er klar for å slippe kontinuerlig oppfølging, men Ola vurderer det annerledes.

Å ha tillit til pasienten er ikke nødvendigvis det samme som for eksempel å oppheve kontinuerlig oppfølging (”fotfølging”). Sykepleieren foretar faglig begrunnede valg med å forklare pasienten hvorfor disse tas, og vise at han har tro på at pasienten er viktig for å innby til tillit. Den gjensidige tilliten er viktig for å danne trygghet i relasjonen. Og for at pasienten skal ha tillit til sykepleieren, må sykepleieren gjengjelde det. Hun mener også at man har flere sjanser dersom tilliten skulle bli brutt (ibid). Gjensidighet er et viktig stikkord i alle relasjoner, da både sykepleier og pasient må gi og ta. Slik tør vi påstå det er for alle mennesker uavhengig av om man er syk eller frisk. Dersom sykepleierens tillit blir brutt, ved for eksempel avtalebrudd fra pasientens side, kan tilliten bygges opp igjen. For pasienten kan opplevelsen av sykepleierens tillit ha stor terapeutisk verdi, fordi hun føler trygghet og respekt. På en

annen side er det viktig at tillitsbrudd medfører konsekvenser, slik at pasienten ser at hennes handlinger får følger. Med konsekvenser mener vi ikke at pasienten skal straffes på noen måte, men handlingene skal korrigeres på en terapeutisk måte. Med terapeutisk mener vi tiltak som bidrar til å bedre eller minske pasientens problem. Med tiltak mener vi alle sykepleiehandlinger som iverksettes for å hjelpe pasienten i behandlingssituasjon.

Løgstrup beskrev tillit, barmhjertighet og sannferdighet som spontane livsytringer som ligger i menneskets natur, og at vi igjennom disse kan ta vare på hverandre (Bø 1996, s. 32). Vi synes sykepleierne i hospiteringspraksis vitner om det samme, fordi de spontant og uten forberedelse svarte at tillit er å stole på. Professor Anfinn Stigen kaller tillit en livs - og samværsverdi, og skriver at siden mennesker er sosiale vesener er vennskap, fortrolighet, tillit og kjærlighet svar på ekte menneskelige behov (Hummelvoll 2005, s. 86). Vi forstår livsytringene som grunnpilarene i et menneskes liv. Det handler om å stole på andre og bli stolt på. Barmhjertighet er å være snille og gode mot hverandre. Og sannferdighet er å være ekte og ærlig. Uten de tre faktorene oppleves mindre grad av trygghet, og verden kan virke uforutsigbar. På en annen side kan ikke alle relasjoner være preget av livsytringer, fordi ikke alle mennesker er like snille.

Tillit er noe alle mennesker trenger, i alle fall slik vi ser det. Tillit og trygghet går hånd i hånd og igjennom litteraturen har vi oppdaget at det er litt som høna og egget, hva kom først? På den ene siden tenker vi at vi trenger trygghet for å stole på mennesker, men på den andre siden er det forståelig at man trenger tillit for å føle seg trygg. Kanskje kan en tilstand av utrygghet medføre tillit til den som prøver å hjelpe? Vi tror det er individuelt, og avhengig av miljøet og menneskene som er involvert fordi disse faktorene påvirker mennesket.

Vi tror pasientens *forventninger* til sykepleierens faglige og mellommenneskelige kunnskaper og egenskaper legger et grunnlag for tillit. Faren for mistillit og tillitsbrudd tror vi ligger i det at pasienten ikke får sine forventninger dekket, eller motsatt ved paranoide vrangforestillinger slik som Kari. Kari forventer jo å bli lurt og bedratt av andre. Avtalebrudd kan for eksempel oppleves som bekræftelser på at forventningene

var riktige. Vi vet ikke om det faglige eller det mellommenneskelige betyr mer enn det andre, men det håper vi å finne ut igjennom oppgaven.

For å etablere tillit gir man frivillig noe av seg selv til en annen. Dette blottlegger den som innbyr til tillit, fordi en på forhånd ikke kan vite hva slags holdninger og moralsk og etisk ansvar den andre står for (om han er til å stole på). En løper dermed en risiko ved å innby til tillit, fordi en (naturlig) antar at den andre vil en vel, og at det en gir av seg selv blir behandlet rettferdig og respektfullt. Kari vil på en annen side forvente det motsatte, og vil derfor unngå relasjoner som krever tillit. En affektreaksjon kan oppstå dersom tilliten ikke blir gjengjeldt (Knutstad og Nielsen 2006, s. 59).

*”Det ville vært helt umulig å leve i noen som helst form for samfunn uten en betydelig grad av forutsigbarhet og tillit” (Johannessen m. fl 2007, s.54).*

Vi kan da forsøke å forestille oss hvordan Kari har det, hun er aldri helt trygg på at omgivelsene ønsker henne godt. Kari er ikke sikker på om kantinepersonellet ikke forgifter maten, eller at renholdspersonalet ikke monterer overvåningsutstyr. Hun er derfor kontinuerlig på vakt for forandringer, slik at hun kan avsløre om noen forsøker å skade henne. Dersom pasienten ikke har tillit til å få hjelp ved sykdom eller i pleietrengende situasjoner, kan relasjonen bli preget av mistillit og angst (Mekki og Pedersen 2006, s. 648).

Vi tror Løgstrup har rett i at mennesker ønsker å møte hverandre med tillit fordi det naturlig ligger i oss, og det vil være mer krevende å leve i en verden av mistillit (Hummelvoll 2005, s.86). Dersom livet preges av mistro og mistillit antar vi at pasientens liv kan blitt trist og ensomt. Problemer oppstår dermed når patologi, som for eksempel paranoid schizofreni forkludrer opplevelsen av personer og omgivelser og skaper usikkerhet og mistro.

Pasienten er på en måte prisgitt den hjelpen sykepleieren gir, og må godta sykepleieren. Et interessant spørsmål er hvorvidt pasienten i større grad er privat i relasjonen, noe sykepleieren har anledning fra stå fra (sykepleieren er ofte personlig).

Kari deltar i relasjonen med mye mer av seg selv enn hva Ola gjør, fordi Ola jobber i Karis hjem (institusjonen) og innehar veldig mye informasjon om henne. På den måten "tvinges" Kari til å være mer privat. Det eneste hun kan kontrollere er det hun velger å dele med Ola gjennom kommunikasjonen. På grunn av dette starter relasjonen litt skjevt fordi de ikke har samme utgangspunkt. Ola legger opp en plan for hvordan han best mulig skal kunne hjelpe Kari. På en annen side har Kari ingen forutsetninger for å vite noe om Ola, annet enn at han er sykepleier. Pasient og sykepleier kan dessuten ikke velge hverandre, de blir hverandre utdelt og de kan velge å gjøre det beste ut av situasjonen (Travelbee 1999, s 185)

Risikoen forbundet med å innby til tillit er slik vi ser det nært forbundet med redselen for å bli såret. En pasient med paranoide ideer vil ha sterk tvil knyttet til andres livsytringer, og dermed ha problemer med å åpne seg og stole på for eksempel sykepleieren. Dette er pasientens forsvarsmekanisme.

*"En pasient får sterk tillit til en sykepleier som gjennom sine handlinger viser seg som en pasienten kan stole på"* (Kristoffersen 2005, s. 31).

For å muliggjøre tillit må sykepleieren bevise for pasienten at forsvar ikke er nødvendig gjennom sine ord og handlinger. Sykepleieren må opptre respektfullt og forutsigbart slik at pasienten gjennom observasjon av disse handlingene kan korrigere sine paranoide ideer, og vurdere individer individuelt og realistisk i forhold til vår virkelighet.

### **3.2 Paranoid schizofreni**

Det som gjør den paranoid schizofrene pasient spesielt utfordrende i forhold til relasjons- og tillitsbygging er den generelle mistenksomheten som er vanlig for diagnosen. Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som betyr "sprukket sinn". Begrepet forsøker å forklare det tankemessige og følelsesmessige kaoset pasienten

opplever, og hvordan dette påvirker pasienten i forhold til omgivelsene (Thoresen og Johannesen 2005, s.8). Paranoide symptomer preges av sterk urimelig mistro uten feste i virkeligheten. Et av de første symptomene er vrangforestillinger som ofte begynner med selvhenføring. Ved selvhenføring tror pasienten at alt som skjer i omgivelsene handler om henne. Pasienten kan føle seg omtalt i TV, radio, på gaten eller av medpasienter (Kringlen 2005, s.91). Symptomene kan utvikle seg videre slik at pasienten føler seg forfulgt og lurt. Forfølgerne kan være hvem som helst; for eksempel venner, familie, organisasjoner eller offentlige systemer (ibid). Det er derfor nærliggende å mene at også helsepersonell kan bli mistenkt. Dersom pasienten mistenker sykepleieren vil dette naturligvis være et stort hinder for å bygge tillit.

En vrangforestilling er en ukorrekt og urimelig påstand / opplevelse som ikke kan forklares ut ifra pasientens sosiale og kulturelle bakgrunn, men som pasienten opplever som sann (Kringlen 2005, s.314). I forhold til vrangforestillinger tror vi Kari kan ha terapeutisk utbytte av å oppholde seg i miljøet sammen med Ola.

Eksempel: I miljøet har Kari selvhenføringssymptomer, som gir en opplevelse av at medpasientene snakker om henne.

I en slik situasjon kan Ola hjelpe Kari til å finne andre forklaringer på medpasientenes samtale. Dette kan kanskje oppnås ved mentalisering (se punkt 3.7), hvor Ola undrer seg sammen med Kari. Kanskje snakker medpasientene om middag, ansatte eller aktiviteter? Målet er at Karis funksjonsnivå skal bedres, og forhåpentligvis med tiden være i stand til å foreta slike vurderinger / refleksjoner på egenhånd.

Hallusinasjoner er også et vanlig symptom ved paranoid schizofreni som kan forekomme ved alle sanser, hvor syn og hørsel er vanligst (Kringlen 2005, s.295). Hallusinasjoner er forestillinger / opplevelser uten at ytre sanseintrykk er til stede, i motsetning til illusjoner som er en fordreining av noe som faktisk er til stede. Pasienten kan høre stemmer uten at noen snakker, eller se ting andre ikke ser. Hørselshallusinasjoner høres ofte som direkte stemmer. De kan være både vennlige og fiendtlige (Kringlen 2005, s.89).

Grunnen til at vi anser den generelle mistenksomheten som et potensielt hinder, er at også sykepleieren kan bli rammet av dette. Relasjonsbyggingen blir vanskeligere eller



umulig dersom pasienten tror at sykepleieren er fiende. Utfordringen ligger i det å overbevise pasienten om at dette ikke er riktig. En måte å oppnå dette på er å stille seg undrende, men aksepterende til pasientens vrangforestillinger. En måte å gjøre dette på kan også være å mentalisere (se punkt 3.7). Målet er at pasienten skal stille spørsmålsteget ved vrangforestillingene sine, og vurdere holdbarheten i disse (Hummelvoll 2005, s.339). Travelbee beskriver det innledende møtet med pasienten og dannelsen av førsteinntrykk. Ut ifra egne erfaringer, både som sykepleierstudent og privatperson, har vi erfart at kjemien mellom individer har stor betydning for om relasjonen blir tillitsfull. Kanskje er det slik at kjemien styrker eller svekker pasientens opplevelse av mistenksomhet i forhold til forskjellige mennesker. Vi synes det er viktig å påpeke at møtet kan være svært terapeutisk og respektfullt, men at dårlig kjemi mellom sykepleier og pasient kan overskygge dette. Kjemi betyr antageligvis like mye i relasjonsbyggingen, og sykepleier må vurdere om pasienten kanskje hadde hatt større utbytte av en annen sykepleier dersom kjemien er dårlig.

*”Schizofrene symptomer er ikke bare forsøk fra pasientens side på å meddele noe, men også måter hvorved han forsvarer seg mot kontakt” (Strand 2004, s. 65).*

For å minimere barrierene bør pasienten ha en primærkontakt å forholde seg til (Hummelvoll 2005, s.160). Kontinuiteten i denne relasjonen vil vise pasienten gjentagende ganger at sykepleieren står i situasjoner med pasienten, både positive og negative. Relasjonen som oppstår har mulighet for å bli god og terapeutisk, og er viktig for pasientens opplevelse av trygghet i avdelingen. Primærkontakten har hovedansvar og en helhetlig oversikt over de fleste aspekter ved pasientens liv og behandling (Hummelvoll 2005, s. 435). I forhold til miljøterapi vil primærkontakten følge pasientens utvikling og eventuelle endringer i prosessbehov (Gunderson 1978, s.334). Vi tror det er gunstig at Ola følger Kari gjennom hele behandlingen. Dette fordi Kari diagnose kan medføre stor mistenksomhet ved tilknytning til andre mennesker: *”alle skal ta meg”* og *”nye ting er farlig”*. Vi tror gjennomføringen av Gundersons miljøterapeutiske prosesser kan ha større effekt og positiv utvikling dersom Kari ikke

har mange sykepleier å forholde seg til, dette for ikke å skape unødvendig uro og kaos for henne.

Dersom pasienten mistror sykepleieren lurer vi på om det kanskje vil være umulig for denne sykepleieren å etablere tillit. For eksempel dersom pasienten er overbevist om at sykepleieren ikke er til å stole på. Sykepleieren prøver å "være sin egen advokat" og overbevise pasienten om at det er feil. Sykepleierens forsøk på å "bevise sin egen uskyld", oppleves av pasienten som bevis for at sykepleieren aktivt går inn for å lure han. I så fall vil det kanskje være nødvendig å finne en annen primærkontakt.

Det positive med utfordringene knyttet til tillitsetablering med paranoid schizofrene pasienter ser vi for oss at kan være at sykepleieren jobber aktivt med sin væremåte, og opptrer respektfullt.

### **3.3 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleans i USA. Hun døde i 1973, bare 47 år gammel. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier, og rettet sin tenkning mot det mellommenneskelige ved sykepleien. Forholdet Travelbee hadde til andre mennesker, var at alle er unike. Samtidig har mange mennesker felles erfaringer, som å møte lidelse og tap. Hun mente dette var en del av livet som alle en gang ville oppleve (Kristoffersen m. fl. 2005, s. 26).

*"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"* (Travelbee 1999, s. 29).

En av Travelbees grunntanker var viktigheten av å etablere menneske- til- menneskeforhold mellom sykepleier og pasient, hvor fokuset var på de unike individene og ikke

sykepleie - pasient rollene. Dersom en ikke ser den andre som individ, når en ikke inn til hverandre og tillit kan ikke oppnås (Travelbee 1999, kap 10). Travelbees definisjon av sykepleie omtaler også de mål og hensikter hun hadde ved sykepleien, og for å få til det må menneske- til- menneske- forhold bygges og tillit fortjenes. Målet med menneske- til- menneske- forhold er å bli kjent med pasienten, for å kunne avdekke og forstå de sykepleiebehov pasienten har og hvordan han best kan gå frem for å hjelpe.

Igjennom Travelbees definisjon av sykepleie får vi et inntrykk av at hun var en sykepleier som så det positive i alle situasjoner, også de vonde. Ved å hjelpe pasienten å finne håp i situasjonen, kan sykepleieren bidra til at pasientens livskvalitet økes. Dersom Ola har tro på Kari og behandlingen, vil han kunne videreformidle håp til henne.

Relasjonsbygging gjennomgår i følge Travelbee fire sammenhengende faser. Tiden det tar å gå igjennom disse varierer på grunn av menneskene som er involvert. Noen vil aldri oppnå et menneske- til- menneske- forhold, mens andre vil oppleve å stagnere i en fase, men fortsette prosessen på et senere tidspunkt (Travelbee 1999, kap 10).

I den første fasen beskrives det innledende møtet hvor førsteinntrykket dannes på bakgrunn av observasjoner, antakelser og meninger hos både sykepleier og pasient. Travelbee skrev at førsteinntrykket blir påvirket dersom den andre minnet om noen en kjente fra før, eller at den andre umiddelbart oppfylte behovet for å bli sett som et unikt individ. I denne fasen kjenner de hverandre ikke som individer, men gjenspeilinger av minner / erfaringer fra mennesker de tidligere har møtt (Travelbee 1999, kap 10). For eksempel kan Ola erindre andre paranoid schizofrene pasienter for å prøve å forstå Kari. Dersom han ikke klarer å skille Kari fra tidligere pasienter, anerkjenner han ikke det unike ved Kari og forholdet kan ikke komme videre.

I den andre fasen vokser identitetene frem. Tanker, følelser og inntrykk knytter sykepleier og pasient sammen, og legger et grunnlag for empati. Dette kan kun skje dersom sykepleieren godtar at pasienten er unik i sin helhet og ulik sykepleieren selv. Interaksjonen mellom pasient og sykepleier skjer på bakgrunn av hvordan de blir påvirket av hverandre, og hvilke forskjeller og likheter som kommer frem. Ola må være i stand til å se forbi de ulikheter han og Kari har, og ikke dømme henne etter sine

egne verdier. I denne fasen begynner ofte pasienten å åpne seg litt for sykepleieren, og de blir etter hvert kjent med hverandres person (Travelbee 1999, kap 10).

Den tredje fasen kalles empatifasen. Empati er evnen til å sette seg inn i den andres tilstand, for å klare dette må sykepleieren ha kunnskap fra liknende erfaringer. Siden empati krever erfaringer er det ikke realistisk å tro at mennesker kan ha 100 % empati til hverandre, fordi en ikke har identiske erfaringer. Når empatien er etablert blir forholdet nærere og mer personlig. Travelbee skrev at en viss grad av tillit må være tilstede i denne fasen fordi pasienten åpner seg, og gir av seg selv (Travelbee 1999, kap 10). Empati gjør sykepleieren i stand til å forstå pasientens indre opplevelse og se forbi den ytre adferd dersom ønsket om å forstå pasienten er tilstede (ibid).

Det kan for eksempel være Olas forståelse av hvorfor Kari utagerer. Ved å bruke seg selv og sine erfaringer, bruker Ola seg selv terapeutisk. Kunnskapen han får igjennom empatien må føre til konstruktive tiltak, ellers vil ikke Kari se eller få nytte av å åpne seg.

Empatifasen mener vi kan sammenlignes med mentalisering fordi begge fokuserer på forståelsen av den andres tanker, behov og følelser (Skårderud og Sommerfeldt 2009, s 1066). Ola og Kari ville ikke kommet videre til neste fase dersom de hadde hatt en dømmende holdning og sett hverandre som paranoid schizofren og (mannlig) sykepleier. Travelbee (1999) beskrev akseptasjon og ydmykhet som viktige begrep for å se mennesket (kap 10).

Eksempel: Kari er svært skeptisk til Ola fordi han er mann og sykepleier. Hun hadde i utgangspunktet meninger i forhold til ”kvinneyrker” og ”manneyrker”.

Dersom Karis verdivurdering av Ola som mannlig sykepleier gjør at hun ikke aksepterer han som unik, og ulik seg selv vil forholdet kunne ende seg i denne fasen. Travelbee beskrev aksept som en selektiv tilgivelsesprosess, hvor for eksempel pasienten ser forbi uønskede og negative sider for å akseptere sykepleieren.

Våre verdivurderinger foregår etter våre egne meninger om rett og gal adferd. Sykepleierens mening om hvordan det burde være kan overskygge pasientens unikheter. Vi tenker oss et annet eksempel som kanskje kan gjøre empati vanskelig for noen sykepleiere; pasienten har begått alvorlig, frastøtende kriminalitet som for eksempel

drap eller pedofili. Travelbee (1999) beskrev at det er umulig å være empatisk dersom en ikke aksepterer personen, og dermed kan forholdet stagnere i denne fasen. Hvordan skal pasienten motta best mulig pleie dersom sykepleieren ikke er i stand til å se forbi handlinger han er uenig i?

Den fjerde fasen omhandler sympati og medfølelse. Pasienten skal føle at sykepleieren ønsker å hjelpe på grunnlag av relasjonen, ikke av plikt. Hvis Ola utfører behandlingen av plikt, blir det ikke en individrettet behandling. For Karis del ser vi for oss at dette ville medført tap av brukermedvirkning og påvirket selvfølelsen, eventuelt trigget aggresjon og negative følelser. På den annen side vil en god relasjon virke terapeutisk og stimulere utvikling i behandlingen, ved å ivareta Karis egenverd og respekt.

Det som skiller denne fasen fra empati er varme og sykepleierens trang til å lindre plager og hjelpe (Travelbee 1999, kap 10). Sykepleierens kontrollerte følelsesmessige involvering vil fremme menneske- til- menneske- forhold ved at pasienten opplever at han bryr seg. Dette utvikler grunnlaget for tillit. Dersom pasienten finner ut at sykepleieren er til å stole på, kan tilliten føre til en relasjon preget av gjensidig forståelse og kontakt (ibid.). Det er nærliggende å tro at ingen, eller svært få paranoid schizofrene pasienter automatisk stoler på sykepleieren. Mange vil kreve gjentakene bevis for at sykepleieren er pålitelig og til å stole på gjennom handlinger. Hos en paranoid schizofren pasient kan tilliten raskt brytes ved at symptomer som vrangforestillinger beviser at sykepleieren ikke er til å stole på likevel. For eksempel dersom Kari setter Ola på prøve, og resultatet er at han ikke oppfyller forventningene hennes. Da må Ola arbeide for å etablere tilliten på nytt.

Travelbee (1999) skrev at tilliten kunne bygges opp raskere dersom pasienten fikk alle sine behov oppfylt (kap 10). Vi synes det blir feil om sykepleieren skal opptre som en ”tjener for en bortskjemt person”, og synes behovene sykepleieren dekker skal være av terapeutisk årsak. Dersom noen ønsker eller behov ikke kunne oppfylles, poengterte hun viktigheten av forklaring på hvorfor og eventuelt om / når det kunne bli mulig. Det terapeutiske i en slik situasjon vil være å vise pasienten at man holder avtaler og løfter. Det motsatte kan for eksempel for Kari være bevis på at Ola ikke er til å stole på. Når pasienten forstår og føler at sykepleieren er til å stole på, kan menneske- til- menneske- forholdet utvikle seg til gjensidig kontakt og forståelse (ibid.).

Det ønskelige resultatet av disse fasene er gjensidig kontakt og forståelse. Menneske-til-menneske-forholdet skal i denne fasen være preget av tillit, respekt og trygghet. Gjensidig kontakt og forståelse er i følge Travelbee (1999), ord som beskriver hvordan sykepleier og pasient fungerer sammen (kap 10). Målet med disse fasene er ikke at sykepleieren skal oppleve gevinsten av et nært betydningsfullt forhold, men at pasienten skal det, og at sykepleieren underveis blir så godt kjent med pasienten at han kan se pasientens behov og iverksette tiltak (ibid).

### 3.4 Sykepleierens væremåte

*”Det å ha en viss ydmykhet i sitt vesen, en viss grunntone av respektfull lytting mot menneskets egenart og livets mysterium er en egenskap som fremmer tillit og sannsynligvis også vekst” (Strand 2004, s. 64).*

Vi tolker Liv Strands sitat som at sykepleieren skal være ydmyk ovenfor pasientens ekspertise, vi skal lytte respektfullt og åpent for å kunne forstå pasienten og hennes opplevelse. Livets mysterium tror vi betyr pasientens subjektive opplevelse. Gjennom teorien lærer sykepleieren det generelle og kanskje det spesielle om diagnosen, men det subjektive kan kun læres bort av pasienten selv. På denne måten fokuserer sykepleieren på det individuelle, som antageligvis virker tillitsfremmende samtidig som det stimulerer utvikling i behandlingen.

Grunnlaget for de Yrkesetiske retningslinjer er bygget på det samme som Løgstrup beskriver; respekt for det enkeltes menneskets liv og verdighet, samt grunnleggende menneskerettigheter som barmhjertighet, omsorg og respekt (ICNs etiske regler 2007, s.5).

For pasienten vil det å føle seg respektert virke helsefremmende ved at det ivaretar autonomien og brukermedvirkningen. Vi tror brukermedvirkning vil styrke relasjonen fordi det kan styrke pasientens egenverd og mestringsfølelse (Hummelvoll 2005,

s.331). Dette antar vi vil påvirke pasientens følelse av likeverd, og dermed virke tillitsfremmende. Vi tror at dersom sykepleieren opptrer med respekt for pasienten som individ og hennes liv, vil han fremstå som ikke-truende for pasienten. Enhver relasjon er avhengig av respekt og likeverd for at tillitsforhold skal kunne etableres.

Pasienten gis de overordnede ressurser for å ivareta positiv selvfølelse, håp og motivasjon, og vise tillit til medmennesker og relasjoner. Det vil gjøre det lettere for pasienten å åpne seg dersom hun blir tilbudt trygge rammer og relasjoner i terapिसammenheng (Haram 1996, s.71).

*”Jeg har ofte følt meg lite verdt, og det jeg snakka om ble ikke tatt på alvor av dem jeg snakka med. Resultatet av dette ble at jeg ikke snakket i det hele tatt om det jeg opplevde i psykoseverdenen min. Det som gjorde det vanskelig for meg ved å prate om det jeg opplevde var at det var ukjent for meg å vise tillit til noen, jeg klarte ikke selv å forstå at et annet menneske skulle tro på meg” (Haram 2004, s. 71).*

Pasienter som forteller om vrangforestillinger og hallusinasjoner er ofte redd for at det de forteller skal bli brukt imot dem, eller at de skal bli ledd av. Ved ikke å føle seg respektert kan pasienten oppleve seg krenket og utvikle mistillit. Krenkelse innebærer ydmykelse og følelsen av å være mindre verdt. Det å bli krenket kan gi psykisk smerte, og forverre pasientens situasjon (Bø 1996, s.139). Sykepleieren på sin side skal beskytte pasienten mot krenkning, jmfør Yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 (ICNs Etiske Regler 2007, s.7).

I henhold til Travelbees utvikling av menneske- til- menneske- forhold vil det være naturlig at pasienten ikke umiddelbart åpner seg for sykepleieren. Etter hvert som menneske- til- menneske- forholdet styrkes vil tryggheten øke, og da vil det være mulig for pasienten å fortelle sin opplevelse. Vi tror dette kan ha sammenheng med pasientens sykdomsinnsikt. I Kringlen står det beskrevet at mange pasienter synes det de forteller høres ”sprøtt ut” og er derfor redd for at andre skal le av dem. Mange pasienter har problemer med å godta et liv som ”gal”, og Kringlen (2005) skriver at dette kan være en årsak til at 10 % av schizofrene pasienter begår selvmord (s. 291).

Ettersom relasjonen oppleves som trygg for pasienten tror vi åpne og ærlige samtaler kan forebygge taushet i forhold til diagnosen.

### 3.5 Roller

I langtidsavdeling blir det naturligvis oftere knyttet nære relasjoner enn i avdelinger hvor sykepleier og pasient har mindre tid sammen, men dette er ikke absolutt. Det kommer an på kjemi, pasientens sykdomstilstand og sykepleierens evner og erfaring. I en uformell samtale vi hadde i hospiteringspraksis siterte en sykepleier en pasient;

*”Du kan aldri få 100 % tillit til en sykepleier, for du vet at hun er i en rolle. På den måten blir du aldri kjent med det ekte mennesket, og på grunn av det kan du aldri ha ekte tillit til henne”.*

Mennesker vil alltid spille mange roller, for eksempel forelder, kollega, venn og sykepleier. Travelbee mente ikke at relasjoner kan oppstå mellom abstrakte roller, kun mellom unike individer (Kirkevold 2006, kap.6). Roller er ikke negativt så lenge en har fokus på det mellommenneskelige og individuelle aspektet. Å spille en rolle er trygt fordi det foreligger forventninger om hva en skal innfri i forskjellige sammenhenger. På den negative siden kan rollen frarøve det unike og individuelle dersom den andre ikke ser mennesket bak.

Jackson og Stevenson har utviklet en teori om de tre meg`ene (the three ME`s), som beskriver hvilken rolle og grad av nærhet sykepleieren velger i forhold til pasienten. De påstår det kontinuerlig foreligger forventninger om at sykepleieren skal forstå hvilke behov pasienten har i forholdet til sykepleieren; venn, vennlig profesjonell eller distansert profesjonell (Jackson og Stevenson 2000, s.378). Disse kategoriene forsøker å beskrive graden av nærhet relasjonen innebærer, og avhenger av menneskene som er involvert. For at personalet ikke skal overskride sine egne eller pasientens grenser som for eksempel å være privat kontra personlig, eller profesjonell kontra venn, er



refleksjon og veiledning et nyttig redskap i arbeidet (Hummelvoll 2004, s. 281). Forskjellen på personlig og privat er at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk (personlig), men ikke fortelle private ting om for eksempel egen person eller familie. Dette er ikke lovfestet, og vil selvfølgelig styres av forskjellige relasjoner. Forskningen viste at de aller fleste plasserte seg i den vennlig profesjonelle kategorien, og valgte tre inn i en av de andre ved behov. Det er viktig å påpeke at "kategori- valget" ikke er så bevisst som vi her gir uttrykk for. Vi tror det i stor grad styres av kjemien mellom sykepleier og pasient, og relasjonen de utvikler.

Uansett hvilken kategori sykepleieren velger, er det på sikt avgjørende at relasjonen er todelt. Dersom Kari opplever at hun er den eneste som bidrar med seg selv i relasjon til Ola, og at hun aldri får høre noe om han vil hun bli lei, og slutte å fortelle Ola noe. Dersom pasienten ikke opplever gjensidighet kan pasienten stagnere i det ensidige forholdet (Jackson og Stevenson 2000, s.382).

I hospiteringspraksis benyttet vi sjansen til å spørre hvordan sykepleierne stilte seg i forhold til meg`ene. Svarene var relativt like, og forent med resultatene fra forskningen. De aller fleste opplevde at de som nyutdannede inntok rollen som venn, eller ved usikkerhet gjemte seg bak den profesjonelle rollen og fokuserte på teoretisk kunnskap. Etter hvert som de fikk erfaring plasserte de seg i den vennlig profesjonelle kategorien. Å tolke pasientens behov krever erfaring og evner, men det enkleste er ofte det beste - å spørre pasienten hvilke behov og forventninger hun har. På den ene siden kan dette medføre at pasienten tviler på sykepleierens "ekthet" dersom han har evne til å tilpasse seg pasienten i for stor grad. Vi tror det kan virke unaturlig, og dermed oppfattes som en ny rolle. På den andre siden kan "gjetting" feil slå, og da kan kanskje pasienten betvile sykepleierens kvalifikasjoner.

Eksempel: Kari opplever at Ola benytter forskjellige roller til forskjellige pasienter. Med henne er han vennlig, med en annen er han streng og profesjonell. Dette kan få henne til å lure på hvordan den "ekte" Ola er.

Vi synes det er relevant å drøfte rollenes betydning, da vi mener pasientens forventninger til sykepleieren vil påvirke disse. Dersom pasienten forventer å bli behandlet raskt og effektivt, vil han i større grad godta sykepleierens profesjonelle rolle, enn en langtidspasient som ønsker en venn. Dette tror vi styres av behovene

pasienten har i forhold til sykepleieren; trenger pasienten en venn, vennlig profesjonell eller profesjonell sykepleier? (Jackson og Stevenson 2000, s.378). Vi tror det kan være forskjeller fra somatikk til psykiatri, kortids - og langtidsavdeling, med også fra pasient til pasient. Vi har også fundert på om betydningen av å se den andre som menneske er viktigere at sykepleieren gjør enn pasienten. Dersom Kari ikke ser Ola som et menneske, kan Ola umenneskeliggjøres. Vi tror dette kan avverges ved refleksjon og veiledning i personalgruppen. Dersom Ola umenneskeliggjør Kari kan det ha større betydning for hennes selvfølelse, behandling og ikke minst paranoide vrangforestillinger i forhold til medmennesker.

Det er viktig at sykepleierne menneskeliggjøres for at de naturlig skal inngå i et terapeutisk miljø. Schjødt og Heinskou (2007) beskriver at et miljø er terapeutisk når pasientene opplever at sykepleierne inngår i det sosiale fellesskapet ved avdelingen, ved å være ærlige og ekte (s.21). Vi har tatt for oss humør som eksempel.

Alle mennesker har gode og mindre gode dager, også Ola. Ved å tørre å vise dette, kan Kari gjenkjenne seg selv i Ola som menneske, og minske rollebarrieren mellom dem. Dersom Ola ville forsøk på å skjule sitt egentlige humør kunne det potensielt forvirret og gjort Kari utrygg på sykepleieren.

Erfaringer fra praksis støtter dette, da pasientene ofte er svært vare for humør og sinnsstemninger hos personer i miljøet.

### **3.6 Miljøterapi**

*”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse” (Bratheland 2004, del 1).*

Slik vi ser det betyr dette at alt personalet tenker, mener og gjør påvirker miljøet og dermed pasientene. Dette har betydning for relasjonsbyggingen og etablering av tillit.

Vi mener Gundersons miljøterapeutiske prosesser kan ivareta og avdekke pasientens behov, og gjennom faglig kunnskap innby til trygghet og tillit.

Et individ påvirker omgivelsene og omgivelsene påvirker individet. Miljøterapi er en behandlingsform som skjer i samspill mellom pasient(er) og sykepleier(e) døgnet rundt. I alle sosiale grupper finnes positive og negative krefter, og pasientens ressurser og problemer må vurderes i forhold til disse for å fremme behandlingen (Hummelvoll 2005, s. 425). Miljøet kan være helsefremmende dersom pasienten får positivt utbytte av det sosiale fellesskapet, eller det motsatte dersom pasienten blir negativt påvirket (Schjødt og Heinsou 2007, s. 19). Det kan for eksempel være faktorer som stimulerer angst og utagering i miljøet. Slike utfall ønsker man å avverge i miljøterapien. Målet er at pasienten skal trene seg opp til å leve godt med en sosialt akseptert adferd utenfor avdelingen. De miljøterapeutiske behov kan dermed variere stort fra miljø til miljø.

Gunderson presenterer fem prosesser han mener er sentrale i miljøterapien; beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Disse prosessene er beskrevet i et stige- system, og hvilke(n) prosess(er) en starter med kommer an på pasientens behov, det er ikke sikkert pasienten har behov innenfor alle prosessene (Gunderson 1978, s 327). Ofte vil flere prosesser benyttes parallelt. Hensikten med miljøterapien er å skape trygghet og forutsigbarhet for pasienten. På denne måten ønsker man å få pasientens tillit.

### **Beskyttelse**

Å beskytte i denne sammenheng vil si å betrygge, skjerme eller ta hånd om pasienten (Bratheland 2004, s.8). Hensikten er å hindre destruktiv og utflytende adferd, som for eksempel beskytte pasienten mot å begå suicidale, homicidale eller selvskadende handlinger (Gunderson 1978, s.329). Et moderne prinsipp i miljøterapien er å danne personlige relasjoner igjennom individrettet behandling, kontra grupperelasjoner som var ansett som viktig i det *terapeutiske samfunn* etter 2. Verdenskrig (Hummelvoll 2005, s. 430). Gunderson (1978) beskriver egenskaper som han anser som viktige hos miljøpersonalet i denne prosessen; psykisk styrke, pålitelighet og selvbeherskelse (s.329). Vi tror disse egenskapene er viktige fordi det i et miljø med vekt på

beskyttelse vil oppstå situasjoner med fysisk utagering. For sykepleieren vil det for eksempel være en påkjenning å finne en pasient som har begått suicid, eller å delta i tiltak som beltelegging. Vi tror erfaring vil være en positiv faktor, men at slike tiltak ikke er mulig å gjennomføre på en omsorgsfull måte uten å bry seg og bli berørt. Dessuten er det vanskelig å se et menneske- til- menneske- forhold i situasjon dersom sykepleieren mekanisk og følelsesløst gjennomfører tiltakene (Travelbee 1999, kap 10).

En viktig del av beskyttelsen er kontrolltiltakene, men mat, hygiene og medisiner faller inn i prosessen (Gunderson 1978, s. 329). Kontrolltiltak kan være låste vinduer og dører, fravær av skarpe gjenstander og lignende (Bratheland 2004, del 1). Disse skal alltid være terapeutisk og juridisk begrunnet for å ivareta pasientens, og sykepleierens rettigheter. Gunderson (1978) skriver i sin artikkel at avdelingen bør tilstrebe åpne dører, men at de skal være overvåket av miljøpersonellet (s.334). Vi ser for oss at denne friheten kan virke gyldiggjørende og engasjerende på pasientene, og at det kan virke som en tillitserklæring fra miljøpersonalet at de stoler på at pasienten ikke utnytter det, ved for eksempel rømning. Fjerning av låste dører som fysisk hinder, kan virke avslappende på pasienten ved å gi visshet om at hun når som helst kan gå ut. Hun slipper dermed å fokusere på at hun er ”innelåst”, og kan bruke den energien på behandling isteden. Dersom dørene er låst kan dette oppleves som en trygghet og virke beskyttende. På en annen side antar vi at det også kan virke som en straff, hvis pasienten føler seg innesperret. Pasientens kan ilegge miljøpersonalet skylden for dette. Kari kan for eksempel se det som et bevis på at miljøpersonalet er ute etter å ”ta henne”. I Gundersons (1978) artikkel kommer det ikke frem om han mener åpne dører skal tilstrebes i ”lukkede avdelinger”.

Sykepleieren må vurdere pasientens behov og grenser, og hennes evne til ta ansvar for egen adferd, for å hjelpe til når kontrollen tapes (Gunderson 1978, s.329). Pasienten vil kunne oppleve symptomer ute i miljøet, og stå i fare for å blottlegge seg selv. Da ivaretas pasienten ved for eksempel skjerming. Ved utagering og destruktiv adferd kan behov for beltelegging melde seg. Slike voldsomme tiltak kan primærkontakten gjennomføre på en omsorgsfull måte, ved å samtale og reflektere med pasienten i forkant og etterkant. Ved å samtale med pasienten om slike tiltak, vil det kunne oppleves forutsigbart og inneha elementer av støtteprosessen, når de gjennomføres

(Hummelvoll 2005, s.434). Det er rimelig å anta at gjennomføring av slike tiltak uten å gi pasienten en forklaring kan virke umyndiggjørende og skremmende. I samtalen er det viktig å legge vekt på at alle tiltak er for pasientens beste, men siden hennes handlinger påvirker hele miljøet kan noen tiltak gjennomføres for de andre pasientenes beste. Schizofrene pasienter er ofte i følge Gunderson (1978) innlagt i avdelinger som har stort fokus på beskyttelse, han mener dette er ironisk da de gagnar lite av prosessen som i større grad isolerer pasienten, og stimulerer minimalt til håp og sosialisering (s.329). Vår erfaring tilsier at det fortsatt er slik i mange avdelinger, men vi har ikke lest det nyeste innenfor forskningen som kanskje hevder noe annet.

## **Støtte**

*”Først når en forstår noe om hvordan den andre har det, kan den konkrete støtten gis”*  
(Bratheland 2004, s. 13).

Denne prosessen har som mål å styrke pasientens selvfølelse og trygghet, og minske angst og symptomer (Gunderson 1978, s. 329). For å kunne gi pasienten støtte er sykepleieren avhengig av å forstå eller vite hvilke behov pasienten har. Støtte kan være å motivere pasienten til å delta i aktiviteter det er nærliggende å tro hun lykkes i, for eksempel aktiviteter pasienten har drevet med tidligere i livet (Bratheland 2004 del 1). Det kan være terapeutisk at disse aktivitetene er sosiale og gir positive fellesskapsopplevelser, for eksempel lagidrett.

Sykepleierens interesse for pasienten, og i hvilken grad hun er tilgjengelig er av betydning for pasienten. Støtte er å vise pasienten at helsepersonellet er til å stole på, at de stiller opp og tar seg den tid pasienten har behov for (Bratheland 2004, s.12). Gunderson (1978) påpeker at støtte kan være alt fra rosende ord og personlige fortellinger, til belønning i form av mat eller sigaretter (s.329).

Hvilken grad av støtte primærkontakten skal gi, og hvilke tiltak som bør iverksettes avhenger av den enkelte pasient, og pasientgruppen i sin helhet (Hummelvoll 2005, s. 456). Å gi for mye støtte kan gi pasienten følelsen av å være avhengig av kontinuerlig støtte. Men støtte kan også være nøkkelen til å motivere pasienten til behandling med for eksempel familien (familieterapi). En slik psykoedukativ tilnærming vil antageligvis være positivt for de pårørende samt pasienten, fordi de vil få økt gjensidig forståelse. Det er ønskelig å inkludere pasientens familie og venner i behandlingen dersom pasienten godkjenner det. De pårørende kan for eksempel ha utbytte av undervisning om diagnosen og utfordringer knyttet til denne. Dette for at de skal forstå pasienten bedre, og lettere ivareta forholdet. Vi ser for oss at dersom de paranoide forestillingene inkluderer venner og familie, kan det slite på relasjonene dersom de stadig utsettes for mistro og eventuelle beskyldninger. Pårørende har forskjellig utholdenhet, men det er viktig at vi som sykepleiere ivaretar dem også, fordi de utgjør viktige ressurser for pasienten.

## **Struktur**

Struktur er alle sider ved miljøet som gjør det forutsigbart og trygt; hvem, hva, hvor og når (Gunderson 1978, s. 330). Målet ved struktur er at pasienten skal tilegne seg en sosialt akseptert adferd, miljøterapiens struktur skal fremme dette ved å gi pasienten mulighet til privatliv og sosialisering. Struktur vektlegges når pasienten har nådd et funksjonsnivå i behandlingen der hun skal ta større ansvar for seg selv. Pasienten må ha evner til å planlegge og å se konsekvenser av sine valg (ibid). En dagsplan kan inneholde tider for måltider, medisiner, ulike aktiviteter og andre gjøremål (Bratheland 2004, s. 15). Når pasienten er i stand til å planlegge på lengre sikt, kan ukesplaner utvikles.

Eksempel: Kari og Ola utvikler ukeplaner. Ola veileder, men Kari bestemmer hva hun tror hun makter å gjennomføre. Ved gjennomføring blir det tydelig at Kari overdrev aktivitetsnivået ved å sette opp fire dager i svømmehallen per uke, og konsekvensen er at de må utforme en ny plan. Denne gangen går de igjennom hva som gikk galt med den første planen, og Kari ser konsekvenser av planleggingen sin. Ved utformingen av den neste planen deltar Ola mer aktivt.

Dersom pasienten ikke klarer å følge opp planen, kan grunnen være at tiltaket ble innført før pasienten var klar, eller at støtten ble for lite vektlagt.

Gunderson (1978) beskriver viktige egenskaper ved sykepleieren; punktlig, fast og bestemt. Grensesetting er også et strukturtiltak, men som i mange tilfeller kan føre til utagering og vold. Slike tiltak bør gjennomføres på en forsvarlig måte, med tilstrekkelig kvalifisert personale tilstede (Bratheland 2004, del 1). At tiltaket gjennomføres kontrollert vil virke betryggende på pasient og miljøpersonale. Å bli ivaretatt når det indre kaoset overtar, kan oppleves trygt for pasienten og innby til tillit (Hummelvoll 2005, s.434).

I hospiteringspraksis har vi erfart hvor viktig planer er for mestring av hverdagen. Det er veldig viktig at tider og avtaler overholdes for at tillit skal oppnås, eller bevares. Schizofrene pasienter opplever ofte avtalebrudd som "bevis" på at sykepleieren ikke bryr seg, eller har onde hensikter. Pasienten kan ha opplevelser fra tidligere i livet hvor avtaler ble brutt, og har dermed mistet tilliten til at disse holdes. Det vil derfor være svært viktig at sykepleieren holder avtaler og tider, slik at pasienten opplever at sykepleieren er pålitelig og til å stole på (Bratheland 2004, del 1).

## **Engasjement**

Pasienten skal i denne fasen handle aktivt og opparbeide mestringsfølelse i sosiale sammenhenger, og i større grad ta ansvar for sine handlinger. Engasjement kan styrke pasientens følelse av kompetanse og igjennom dette øke selvrespekten. Gunderson trekker frem positive egenskaper ved sykepleieren i forhold til denne prosessen; energisk og entusiastisk (Gunderson 1978, s 330). Gunderson mener jevnaldrene personell fremmer engasjement, og vil virke positivt på pasientens deltagelse i aktiviteter og utfoldelse, alene og i fellesskap (Bratheland 2004, s. 20).

*"Spesielt i forhold til den schizofrene pasient som trekker seg tilbake fra omverdenen, er det viktig å være oppmerksom på at det kan ta lang tid å etablere et tillitsforhold som pasienten i neste omgang viderefører til andre" (Bratheland 2004, s 19).*

Pasienten må stimuleres til å danne relasjoner, og oppleve positive følelser knyttet til dette, for etter hvert å kunne korrigere de paranoide symptomene. Det kan være en stor utfordring da paranoid schizofrene pasienter sjelden stoler på andre (Kringlen 2005, s. 294).

Igjennom miljøterapi og mentalisering settes pasientens adferd i fokus, og målet er å endre denne slik at den regnes som sosialt akseptabel. Schore (1994) mener dette er mulig fordi menneskets reaksjonsmønster er nevrobiologisk forankret, og dermed kan trenes opp (Schjødt og Heinskou 2007, s.19). Målet er at pasienten skal være i stand til å ta med seg disse (nye) erfaringene ut i et normalt sivil liv og være i stand til å stole på nye mennesker.

### **Gyldiggjøring**

Anerkjennelse og bekreftelse er uttrykk som kan forklare begrepet gyldiggjøring. For å fremme psykisk utvikling må pasienten og sykepleieren jobbe mot samme mål, slik at pasienten opplever brukermedvirkning (Schjødt og Heinskou 2007, s.15). Denne prosessen består av planlagte og bevisste handlinger i miljøet som skal bekrefte pasientens individualitet og egenart (Gunderson 1978, s.331).

Gunderson skriver at paranoide pasienter vil ha nytte av denne prosessen. Men det krever mye av sykepleieren i forhold til å gi fra seg kontroll, tillate pasientens privatliv og hemmeligheter, og til tross for sin kunnskap om pasienten, være passiv og ikke påtrengende. Han påpeker at mange sykepleiere har en trang til å gjøre noe, men at *less is more* i noen tilfeller (ibid). Sykepleierens empatiske evner trekkes dessuten frem som svært positivt (ibid). Vi antar årsaken er pasientens tilbaketrukkethet, og at empati kan være en tilnæringsmåte som kan virke tillitsvekkende og innbydende på pasienten.

Eksempel: Kari var egentlig ikke så interessert i Ola, men etter hvert oppdaget hun at de hadde likhetstrekk i erfaringer og opplevelse. Hun ble nysgjerrig, og avviste ikke Ola like raskt etter hvert som de ble bedre kjent.



Ved å bekrefte den unike pasienten, utfordre personlige grenser og tilby en -til- en-samtaler, motiverer sykepleieren pasienten til å åpne seg og samtale om symptomer som for eksempel hallusinasjoner (ibid). Gundersen (1978) skrev at ved å inkludere pasienten i planlegging går man fra å behandle pasienten, til å iverksette terapeutisk tiltak (s.330). Å bekrefte pasientens egenart kan være i fellesskap å utarbeide en individuell plan.

*”Institusjonen skal utarbeide en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud. Institusjonen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for pasientene”* (Psykisk helsevernloven 1999, § 4-1).

En individuell plan skal bidra til at pasientens helsehjelp er helhetlig og koordinert ut ifra pasientens behov (Molven 2006, s. 130). Ved å involvere pasienten i denne prosessen ivaretas brukermedvirkning, og pasientens autonomi. Autonomi fremmer pasientens engasjement ved å ilegge pasientens meninger betydning, og ta de alvorlig (Laugharne og Priebe 2006, s.845). Et mål ved autonomi er at pasienten skal føle at hun har makt over sine valg og muligheter. Et unntak vil være pasienter underlagt tvang, men vi mener det er viktig å ivareta pasientens autonomi i størst mulig grad uansett (ibid). Hamman m.fl. gjennomførte en undersøkelse med 122 innlagte schizofrene pasienter, og fant ut at hoveddelen av pasientene ønsket å foreta valg sammen med sykepleieren. De ønsket altså ikke å foreta valg helt alene eller bli paternalisert (Laugharne og Priebe 2006, s.847). Vi mener autonomi vil gi pasienten eierforhold til en individuell plan, som vil virke positivt i gjennomføringen ved at pasientens ansvarsfølelse forsterkes. Sykepleierens rolle i gyldiggjøring er å hjelpe pasienten til å utvikle evne til nærhet og styrke identitesfølelsen ved blant annet å bekrefte henne som verdifull.

### 3.7 Mentalisering

Mentalisering innebærer fokus på en selv og andres mentale tilstander, og målet er i større grad å forstå menneskers adferd på bakgrunn av å forstå seg selv utenfra og andre innenfra. Med dette menes forståelsen av hvordan en selv påvirker andre, og hvorfor andre påvirkes.

Eksempel: Når Kari utagerer vet Ola hva som utløser det. Han vet om Karis vrangforestillinger og til en viss grad om hennes opplevelse (han kjenner henne innenfra). Ols profesjonelle handlinger er bevisste for å berolige og ivareta Kari (han kjenner seg selv utenfra).

De fleste psykiske lidelser medfører mentaliseringsproblemer. Våre tanker, følelser, ønsker og overbevisninger enten de er bevisste eller ubevisste, er med å bestemme våre handlinger. Ved paranoid schizofreni vil pasienten feiltolke sin opplevelse av seg selv på grunn av vrangforestillinger og hallusinasjoner, og det blir forstyrrelse i mentaliseringsevnen. Så lenge sykepleier og pasient ikke forstår hverandre blir tillit vanskelig å oppnå (Skårderud og Karterud 2007, s.1). En pasient med redusert mentaliseringsevne kan ofte oppleve å bli misforstått og misforstå andre. Dette kan medføre negative følelser som videre kan føre til tilbaketrekning, avvising og symptomøkning (Skårderud og Sommerfeldt 2008, s. 1068).

Det er viktig med god mentaliseringsevne for å kunne klare å forholde seg til omverdenen på en god og riktig måte (Skårderud og Sommerfeldt 2008, s. 1066).

## 4.0 Konklusjon

Vi fikk ikke det fasitsvaret vi hadde forespeilet oss gjennom oppgaven. Vi mener faktorene nedenfor er viktige og kanskje også avgjørende for å etablere tillit, men det er viktig å trekke frem at det vil variere fra individ, diagnose og situasjon. Det er dermed umulig å forutsi akkurat hva som skal til for at tillit etableres. I noen relasjoner med paranoid schizofrene pasienter vil tillit kanskje aldri kunne etableres?

Slik vi ser det er det tre viktige faktorer for å etablere tillit; respekt, forståelse og kjemi. Vi har konkludert med dette fordi sykepleieren må være i stand til å se den unike personen pasienten er, og ivareta hennes ressurser på en omsorgsfull og medmenneskelig måte.

Respekt er en avgjørende faktor for å etablere tillit fordi pasientens egenverd blir ivaretatt. Pasientens meninger og ressurser ses som uvurderlige verdier som skal og må tas hensyn til. Vi har fokusert på Travelbees relasjonsbygging og synes menneske- til- menneske- forholdet er ensbetydende med respekt for den unike personen pasienten er. At pasienten opplever å bli respektert av sykepleieren tror vi er avgjørende for at pasienten skal ha tillit til sykepleieren som medmenneske.

Forståelse er avgjørende for sykepleieren å kunne avdekke og ivareta pasientens behov. På denne måten viser sykepleieren at han har faglige kvalifikasjoner, dette er viktig for at pasienten skal få tillit til sykepleieren som sin primærkontakt. Vi tror det er viktig for en paranoid schizofren pasient å ha en primærkontakt å forholde seg til gjennom hele behandlingen, i den grad det er mulig. Vi har lagt vekt på Gundersons miljøterapeutiske prosesser fordi vi mener disse gir pasienten mulighet til en bedre forståelse av miljøet, og menneskene inkludert. Mentalisering er viktig fordi sykepleieren stiller seg undrende og ikke- dømmende til pasientens opplevelser, noe vi mener fremmer pasientens mulighet for å åpne seg og dele sine opplevelser. Forståelse vil på sin side gi trygghet og tillit.

Kjemien kan kalles x- faktoren, det lille ekstra som gjør at noen relasjoner oppnår gjensidig kontakt og forståelse raskere enn andre.

## 5.0 Etterord

I starten hadde vi vanskeligheter med å finne problemstillingen, fordi vi var usikre på hva vi konkret ønsket å skrive om. Da vi hadde formulert en problemstilling, jobbet vi effektivt med å finne litteratur vi syntes var relevant. Vi satte oss mål underveis og la planer for hvordan vi skulle jobbe videre. Vi har benyttet all veiledning vi kunne få, og synes vi har fått godt utbytte av dette.

Det har vært en lang prosess, men vi er fornøyd med det ferdige produktet. Det har vært spennende og interessant, men samtidig krevende og utfordrende, fordi vi hadde forventet at det var skrevet mye mer litteratur om temaet. Fordelen ved gruppesamarbeid er muligheten for diskutering, utveksling av erfaringer og meninger gjennom oppgavens innhold. Selv om gruppearbeidet har vært utfordrende, ser vi på dette som en fordel, da vi har brukt mye tid på oppgaven og latt alles meninger komme frem.

Hospiteringspraksisene har vært til god hjelp. Vi brukte hospiteringspraksis til samtaler med helsepersonell innenfor områdene i problemstillingen. Vi delte oss og hadde uformelle samtaler med ansatte ved forskjellige psykiatriske avdelinger. Disse samtalene ga oss innspill og ideer til videre refleksjon og arbeid med oppgaven. Det har hjulpet oss til å få en utfyllende oppgave med lærerik kunnskap av sykepleiere som jobber innenfor psykiatri.

Hva kunne vi gjort annerledes? Vi vurderte til å begynne med å benytte kvalitativ metode. Vi ville også vurdert å sammenligne Gundersons miljøterapi med mentaliseringsbasert terapi i forhold til faktorer for å etablere tillit. Det hadde vært spennende å finne ut om en av terapiformene var bedre egnet i så måte.

Gjennom denne oppgaven har vi lært mye om hvordan vi bevisst kan jobbe for å etablere tillit, og tror vi kommer til å benytte dette aktivt i vår yrkeskarriere. Vi har lært mye av denne oppgaven, og regner med at denne kunnskapen vil være positiv i vårt møte med pasientene.

## 6.0 Litteraturhenvisning

### Artikler

- \* Gunderson, John G. (1978). *Defining the Therapeutic Processes in Psychiatric Milieus*. I *Psychiatry* vol.41. November 1978. s. 327- 335 (8 sider)
- \* Jackson og Stevenson (2000). *What do people need psychiatric and mental nurses for?* *Journal of Advanced Nursing*, 2000, 31 (2), s. 378-388 (10 sider)
- \* Laugharne, Richard og Priebe, Stefan (2006). *Trust, Choice and Power in Mental Health*. I: *Psychiatry* 2006, vol.41; 843- 852 (9 sider)
- \* Skårderud og Sommerfeldt (2009). *Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*. [online] URL: [http://www.tidsskriftet.no/?seks\\_id=1685473](http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1685473). 23.04.09 (4 sider)

### Bøker

- \* Bratheland, Olaug (red.) (2004). *Miljøterapi en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning (20 sider)
- \* Bø, Aud Kristi (1996). *Omsorgens ansikt*. Oslo: Universitetsforlaget AS (2 sider)
- Dallan, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal norsk forlag A/S
- \* Eide, Solveig og Grelland, Herlof Hans m. fl. (2003). *Fordi vi er mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget (1 side)
- Guttu, Tor (2004). *Norsk Ordbok*. Oslo: Gyldendal ASA
- \* Haram, Annbjørg (2004). *Dialogens kraft, når tanker blir til stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget AS (1 side)

\* Helland, Aslaug (1993). I: Kari Martinsen red.(1993). *Den omtensomme sykepleier*. Otta: Engers boktrykkeri (2 sider)

Hummelvoll, Jan Kåre (2005). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\* Jaer, Esben B-J (1995). *Englehierakiet*. Oslo: Galehuset Forlag (134 sider)

\* Johannesen Kai Ingolf, Molven Olav og Roaldkvam Sidsel (2007). *Godt rett rettferdig. Etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe (1 side)

Kirkevold, Marit (2006). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

\* Knutstad, Unni og Nielsen, Birthe Kamp (red.) (2006). *Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe AS (1 side)

Kringlen, Einar (2005). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendahl Norsk Forlag AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn og Skaug, Eli- Anne (2005). *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk

\*Kvale, Steinar (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk (1 side)

\* Mekki, Tone Eli og Pedersen, Søren (red.) (2004). *Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe AS (1 side)

Molven Olav (2006). *Helse og jus- en innføring for helsepersonell*. Oslo: Gyldendahl.

\* Schjødt og Heinskou (2007). *Miljøterapi - på dynamisk grunnlag*. København: Hans Reitzels Forlag (3 sider)

\* Skårderud og Karterud (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av boarderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg forlag (1 side)

Strand, Liv (2004). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

\* Thoresen, Gerd-Ragna Bloch og Johannesen, Jan Olav (red.) (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning ( 1 side)

\* Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget (47 sider)

### **Digitale kilder**

ICNs etiske regler. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. [online] URL: [https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p\\_document\\_id=113945&p\\_sub\\_doc\\_id=113945](https://www.sykepleierforbundet.no/portal/page/portal/NSF/VisArtikkel?p_document_id=113945&p_sub_doc_id=113945). 24.04.09 ( 2 sider)

Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. [online] URL: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-1>. 19.04.09 (1 side)