



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Martin Edward Rindal & Kristin Mostue Rogstad

Veileder: Dina Bjørlo Strande

## **Bacheloroppgave**

# Et godt miljø bidrar til bedre psykisk helse

A good environment contributes to a better psychic health

Antall ord: 11254

## **BASY 2013**

### **2016**

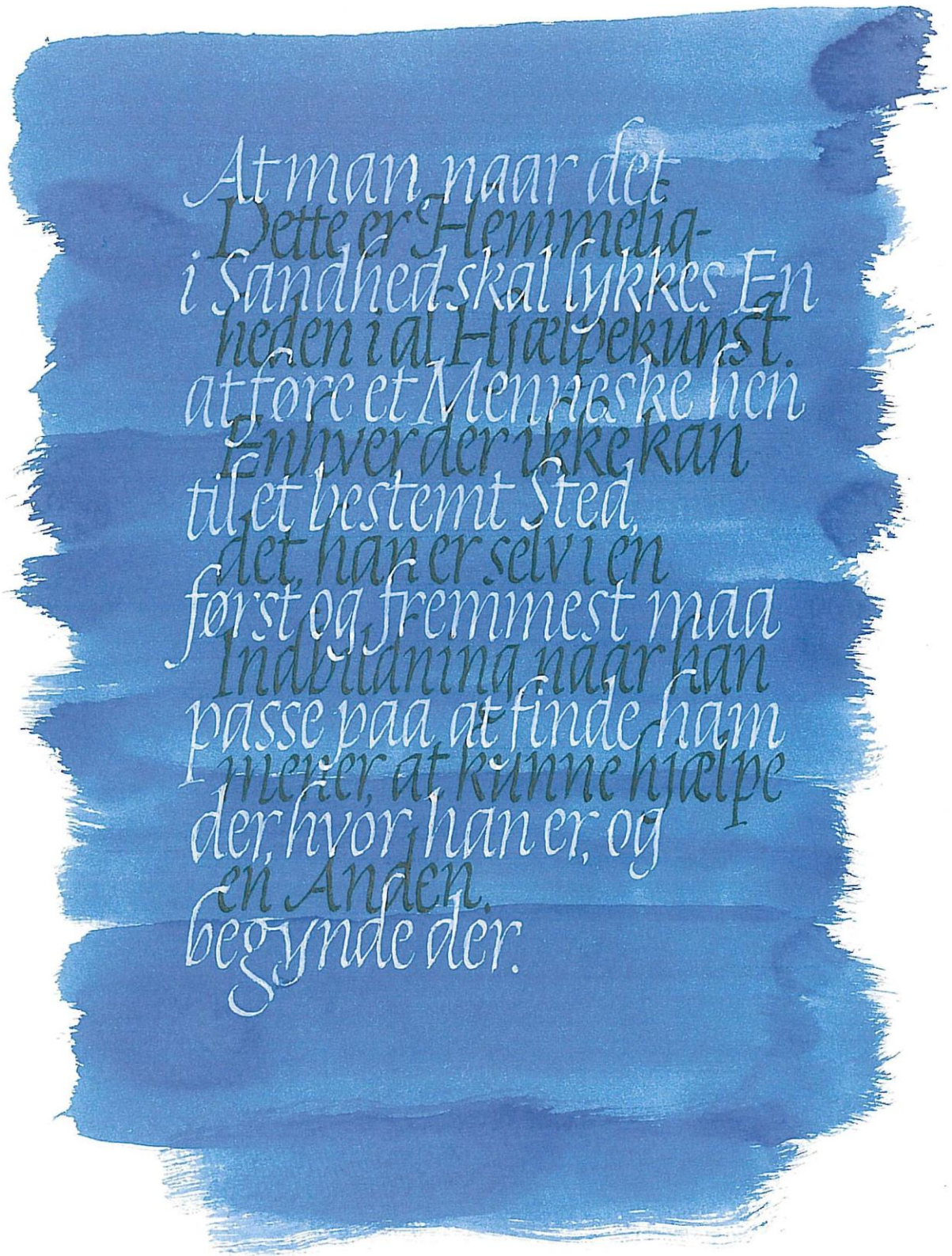
Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## Forord



Figur 1: Kalligrafi av Bent Rohde, Special-Trykkeriet Viborg AS, 2011. Lokalisert på <http://www.sk.ku.dk/citater.asp>

## Sammendrag

**Problemstilling:** *«Hvorfor er det viktig at sykepleiere legger til rette for og motiverer schizofrene pasienter til å ta del i ulike miljøtiltak?»*

**Hensikt:** Hensikten med denne oppgaven er å belyse viktigheten av det å legge til rette for og motivasjon for unge pasienter med schizofreni. Vi ønsket å finne ut av hvordan man kan skape motivasjon hos en pasientgruppe som til vanlig sliter med lav motivasjon og lite engasjement.

**Metode:** I denne fordypningsoppgaven har vi brukt litteraturstudium som metode. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, forskningsartikler, avhandlinger og egne erfaringer.

**Konklusjon:** Det har vært gjennomgående positive resultater i teorien og forskningen vi har funnet frem til når det gjelder bruk av miljøterapi og miljøtiltak i behandlingen av unge mennesker som lider av schizofreni og er innlagt på psykiatrisk sykehus. Sykepleier – pasient-felleskapet er sentralt fordi en god allianse, med gjensidig tillit, respekt og åpenhet vil være grunnleggende for å forstå pasienten og hva han trenger hjelp til og deretter kunne tilrettelegge for tiltak. De ulike miljøtiltakene vi har presentert bidrar til økt selvfølelse, mestringsfølelse og en reduksjon av negative symptomer.

# Innhold

Forord.....	2
Sammendrag .....	3
Innhold .....	4
<b>1. Innledning .....</b>	<b>6</b>
1.1    Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2    Presentasjon av problemstilling og avgrensing .....	6
1.3    Oppgavens disposisjon .....	7
<b>2. Metode .....</b>	<b>8</b>
2.1    Om metode .....	8
2.2    Litteraturstudium som metode .....	8
2.3    Fremgangsmåte for søk etter forskningsartikler .....	9
2.4    Valg av artikler .....	9
2.5    Ethiske overveielser.....	11
2.6    Kildekritikk.....	12
<b>3. Presentasjon av funn i forskningsartikler .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Unge pasienter med schizofrenilidelse innlagt på psykiatrisk sykehus.....</b>	<b>15</b>
<b>5. Sykepleiereferanser .....</b>	<b>17</b>
5.1    Innledning .....	17
5.2    Jan Kåre Hummelvoll.....	17
5.3    Sykepleier – pasient-fellesskapet .....	17
5.4    Hjørnesteinene.....	19
5.5    Miljøterapi.....	21
5.5.1    Fysisk aktivitet.....	24
5.5.2    Musikkterapi.....	26
5.5.3    Motivasjon .....	27
<b>6. «Hvorfor er det viktig at sykepleiere legger til rette for og motiverer schizofrene pasienter til å ta del i ulike miljøtiltak?» .....</b>	<b>30</b>
6.1    Innledning .....	30
6.2    Sykepleier – pasient-fellesskapet .....	30
6.3    Miljøterapi.....	31

---

<b>6.4</b>	<b>Fysisk aktivitet .....</b>	<b>32</b>
<b>6.5</b>	<b>Musikkterapi.....</b>	<b>34</b>
<b>6.6</b>	<b>Motivasjon.....</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>37</b>
	<b>Litteraturliste .....</b>	<b>38</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å basere vår bacheloroppgave på temaet psykiatrisk sykepleie, da begge har et ønske om å lære mer om dette og det er noe vi interesserer oss for. Vi har helt siden vi startet på sykepleien hatt et ønske om å jobbe innen psykiatri, og i forhold til vår interesse for faget synes vi det har vært litt for lite fokus på dette i sykepleierutdanningen. I løpet av vår tid i psykiatrisk praksis har vi sett hvordan ulike miljøaktiviteter har bidratt til positiv utvikling hos mennesker med schizofreni og dette er noe vi begge kommer til å ha mye fokus på når vi skal arbeide videre med psykotiske pasienter. Vi ønsker å lære mye mer om psykiatrien og hvordan man kan behandle mennesker som befinner seg i en psykosestilstand.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensing

Som sykepleiere ønsker vi begge å hjelpe unge mennesker som sliter med psykiske lidelser slik at de kan leve et liv med integritet og håp for egen framtid. Vi blir nødt til å avgrense oppgaven og fokusere på en mer spesifikk målgruppe, og derfor retter vi fokuset mot unge mennesker som lider av schizofreni og som er innlagt på et psykiatrisk sykehus. Vi går vekk fra pasienter som befinner seg i en akutt fase. Selv har vi erfart at dagens legemidler gjør underverker i behandling av schizofreni men forskning viser også at det er mye man kan gjøre i tillegg til medisiner som vil hjelpe schizofrene ytterligere slik at de får en bedre hverdag med lysere framtidsutsikter. Det er nettopp dette vi skal skrive om og drøfte i denne oppgaven;

*«Hvorfor er det viktig at sykepleiere legger til rette for og motiverer schizofrene pasienter til å ta del i ulike miljøtiltak?»*

Som problemstillingen vår sier, handler denne oppgaven om hvorfor vi sykepleiere bør motivere og legge til rette for at pasienter skal kunne benytte seg av miljøtiltak ved siden av medikamentell behandling. Vi fordyper oss også i noen miljøtiltak som vi mener man bør motivere pasienter til å delta i. Når vi sier at vi skal legge til rette for slike behandlingstilbud, mener vi ikke at pasientene skal slutte på medisiner og kun benytte seg av disse. Vi har tro på at medisiner gjør mye bra og ønsker å understreke at denne oppgaven fokuserer på

behandlingen som bør bli gjort ved siden av medikamentell behandling mens pasienter med schizofrenilidelse er innlagt på et psykiatrisk sykehus.

### 1.3 Oppgavens disposisjon

I dette kapittelet har vi forklart bakgrunnen for valg av tema og vi har presentert problemstillingen. I kapittel 2 skriver vi om hva slags metode vi har brukt for å finne den teorien vi har benyttet oss av. Vi presenterer også våre søkeord og i hvilke databaser vi har søkt for å finne frem til relevant forskning. Kapittel 3 består av en presentasjon av resultatene de forskjellige forskningsbaserte artiklene viser. Deretter går vi litt dypere inn i den pasientgruppen vi har valgt å rette vårt fokus mot, nemlig unge mennesker med schizofrenilidelse innlagt på psykiatrisk sykehus. I kapittel 5 presenterer vi sykepleieteoretikeren Jan Kåre Hummelvoll, som vi mener er mest relevant i forhold til vårt tema. Videre i kapittel 5 blir også vår teoretiske del lagt frem som tar for seg de ulike miljøaktivitetene vi mener er viktige elementer i behandlingen av psykoselidelser. Det som legges frem i kapittel 5 blir til slutt drøftet i kapittel 6 som etterfølges av en konklusjon i kapittel 7. Helt til slutt viser vi en alfabetisk oversikt over litteraturen vi har benyttet oss av.

## 2. Metode

### 2.1 Om metode

I bacheloroppgaven ønsker vi å få svar på noe vi vil undersøke, for å finne ut av det vi ønsker trenger vi en metode som redskap. Metoden vi bruker hjelper oss med å innhente den informasjonen vi trenger for å få svar på det vi lurer på. Metoder blir inndelt i kvantitative og kvalitative. Kvantitativ forskning kan gi informasjon som er målbart slik som for eksempel tall i statistikker (Dalland, 2012). Det kan være snakk om et spørreskjema med faste svaralternativer og uten direkte kontakt med feltet gjøres det en datasamling. Man kan si at forskeren tar plass som tilskuer i forskningsprosessen. Kvalitative forskning fanger opp en form for informasjon som ikke lar seg måle som for eksempel ved intervjuer (Dalland, 2012). Forskeren går da i dybden for å få frem det særegne og involverer ved direkte kontakt. Ved kvalitative metoder blir forskeren en deltaker som ønsker å få frem helhet og forståelse i forhold til de data han innhenter. Dalland (2012) skriver at kvalitative data fungerer som «teller» og kvantitative data som «tolkere». Videre skriver han at forskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ metode er knyttet til innsamlingsprosessen, da begge metodene kan inneholde deler av hverandre i bearbeidingsprosessen.

### 2.2 Litteraturstudium som metode

Metoden som blir brukt i vår oppgave er litteraturstudium. Når man gjør en litteraturstudie, må man innhente relevant forskning og teori til den problemstillingen man har. Det som kan være vanskelig med et litteraturstudium er å finne god teori og aktuell forskning som ikke er for gammel og som er av god kvalitet. Teorien og forskningen man finner må kunne gi svar på det problemstillingen spør om og dette må man kunne bruke i videre drøfting (Dalland, 2012). Litteratursøket vi har gjennomført i de ulike forskningsbaserte databasene har gitt oss både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, som igjen har gitt oss en bedre forståelse av hvorfor miljøterapi og ulike miljøtiltak er viktig å benytte seg av.



---

## 2.3 Fremgangsmåte for søk etter forskningsartikler

Vi har søkt gjennom ulike databaser som Cinahl, SveMed+, Pubmed, Google Scholar og Oria. For å finne frem til artikler som kan være relevante i forhold til vår problemstilling har vi søkt på ord som: «musikkterapi», «schizofreni», «miljøterapi», «fysisk aktivitet», «motivasjon», «psykisk helse», «psykoselidelser». Vi har også slått sammen disse søkeordene for å få flere treff som for eksempel: «motivasjon, schizofreni», «musikkterapi for schizofrene», «fysisk aktivitet for schizofrene» og «fysisk aktivitet og psykisk helse». Det har vært et krav om å ha minst to engelskspråklige forskningsbaserte artikler med i oppgaven. Vi har derfor valgt å bruke de norske søkeordene på engelsk, i de samme databasene: «music therapy», «schizophrenia», «milieu therapy», «environment therapy», «physical activity», «psychotic disorders». Disse har vi også slått sammen for å få treff som spisser seg mer inn mot det vi har vært på leting etter.

Ved å bruke søkeordene «schizophrenia, music therapy» i databasen Google Scholar fant vi frem til en artikkel som heter «*The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study*». Søk på «motivation, music therapy, mental health» i samme database ga oss fagartikkelen «*Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial*». Ved å bruke søkeordene «psykisk helse, schizofreni» i databasen SveMed+ fant vi frem til en artikkel ved navn «*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*». I Oria søkte vi på ordene «physical activity, motivation, schizophrenia» og fant frem til artikkelen «*The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia*». Søkeordene «motivasjon, psykisk helse, fysisk aktivitet» viste oss en masteroppgave som heter «*Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser*». Ved å søke på ordene «miljøterapi, psykoselidelser» i forskningsarkivet Brage kom vi frem til masteroppgaven «*Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*».

## 2.4 Valg av artikler

«*The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study*». Dette er en studie skrevet av Ulrich, G., Houtmans, T. & Gold, C. (2007). Hensikt med denne studien var å undersøke om musikkterapi hadde effekt på

innlagte pasienter med schizofreni som hadde behov for akutt hjelp. 37 pasienter med den psykotiske lidelsen schizofreni ble tilfeldig plassert i to forskjellige grupper; en eksperimentgruppe og en kontroll gruppe. Begge gruppene fikk medikamentell behandling for deres schizofreni. I tillegg til medikamentell behandling fikk eksperimentgruppen også musikkterapi. Vi valgte å ta den med i oppgaven fordi det kan forklare hvorfor det kan være viktig for sykepleiere å motivere pasienter til å delta i slik terapi.

«*Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial*». Studien er skrevet av C. Gold., Mössler. K., Grocke. D., Heldal. T. O., Tjemsland. L., Aarre. T., Aarø. L. E., Rittmannsberger. H., Stige. B., Assmus. & Rolvsjord. R. (2013). Undersøkelsen gikk parallelt i spesialiserte sentre i Norge, Østerrike og Australia hvor 144 pasienter med schizofreni og depresjon ble tilfeldig plassert i grupper hvor de enten gikk individuelt til ukentlig musikkterapi og tradisjonell behandling eller kun tradisjonell behandling. Dette er en studie hvor det ble forsket på hvordan effekten av musikkterapi fungerer for de pasientene som har lav motivasjon til å delta i andre former for terapi enn den tradisjonelle behandlingen. Denne artikkelen tok vi med fordi den også viser gode resultater ved bruk av musikkterapi for schizofrene. Studien tar også for seg individuell behandling, og derfor er den viktig å vise til da ikke alle schizofrene kan takle det å forholde seg til grupper.

«*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*». Denne fagartikkelen er skrevet av Kristin Bjørnstadjordet (2009). Artikkelen er en systematisk litteraturstudie hvor det er gjort søk i databasene Cinahl, PubMed, Medline, SportsDiscus, Psychinfo og ISI. Det er 10 studier som er inkludert i denne studien; 6 kvantitative, 2 kvalitative og 2 med kombinerte metoder. Til sammen var det 186 deltagere hvor alle lider av schizofreni, enten innlagte eller polikliniske brukere. Brukerne deltok i fysisk aktivitet hver uke, med varierende intensitet og varighet. Vi har valgt å ta med denne litteraturstudien fordi den sier noe om hvor viktig det kan være å legge til rette for fysisk aktivitet blant pasienter med schizofreni.

«*The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia*». Artikkelen er skrevet av Vancampfort. D., De Hert. M., Vansteenkiste. M., De Herdt. A., Scheewe. T. W., Soundy. A., Stubbs. B., & Probst. M. (2013). I denne studien gjorde de en undersøkelse basert på selvbestemmelsesteorien (STD), og om prinsippene innenfor STD påvirker motivasjonen for å delta i fysisk aktivitet for pasienter med

---

schizofreni. Et annet mål ved undersøkelsen var å finne forskjeller i motivasjonen etter kjønn, alder, grad av utdanning og sykdommens stadie. Totalt 129 pasienter deltok hvorav 44 stykker var kvinner og 85 stykker var menn. Deltakere svarte på et spørreskjema. Dette er en studie som retter seg mot hvor viktig graden av selvbestemmelse er for at pasienten skal kunne klare å bli motivert til å igangsette og opprettholde fysisk aktivitet. Vi tok den med fordi studien sier noe om rollen autonomi spiller med tanke på pasientens evne til å bli motivert.

«*Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser*» er skrevet av Kristiansen, J. (2010). I denne oppgaven ble det utført en tverrsnittstudie blant deltakere i et interkommunalt og tverretatlig aktivitetstilbud i Oppland, som retter fokuset mot brukernes egne erfaringer. For å innhente data ble det benyttet et spørreskjema. 62 personer fikk spørreskjemaet og 77.5% svarte på undersøkelsen. Deltakerne kom fra kommunene Gjøvik, Østre Toten og Vestre Toten i tillegg til Sykehuset Innlandet HF Reinsvoll. Selv-skjema for fysisk aktivitet, behovstilfredstillelse, og relativ autonomi var positivt og signifikant korrelert med fysisk aktivitetsnivå. Oppgaven peker på viktigheten av tilrettelegging, gode holdninger og engasjement, og derfor følte vi den var relevant for vår oppgave.

«*Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*» en masteroppgave skrevet av Stensrud, B. (2007). Hensikten med denne studien var å klargjøre hva miljøterapeuter forstod som sentrale virksomme elementer i miljøterapi rettet mot mennesker med psykoselidelser. Gjennom klargjøring av terapeutiske elementer ønsket studien å styrke miljøterapi i et tverrfaglig samarbeid. Studien bygger på kvalitative forskningsintervjuer med fem miljøterapeuter fra en psykiatrisk sykehusavdeling.

## 2.5 Ethiske overveielser

Gjennom hele oppgaven vil vi være tro mot kildene og forfatterne av bøker, hefter og artikler vi har brukt for å finne data. Det vil si at når vi har funnet noe i en bok som vi har tatt med i oppgaven, vil vi referere og vise til den enkelte bok og forfatter. Vi viser også til egne erfaringer og opplevelser i teksten, og derfor vil vi overholde taushetsplikten, jmf. Helsepersonelloven (2016) § 21, ved å utelate personlige opplysninger eller opplysninger som kan fornærme de enkelte eller gjøre de gjenkjennbare. Vi har etter beste evne etterstrebet å ivareta anonymiteten til de enkelte.

## 2.6 Kildekritikk

Vi har stort sett brukt nyere litteratur for å belyse vår problemstilling. Vi har gått ut ifra pensumlitteratur fra skolen, men også hentet ut selvvalgt litteratur fra skolens bibliotek. Det har blitt brukt noe sekundærlitteratur, nemlig noe primærlitteraturen viser til, fordi vi ikke har funnet frem til primærkilden. Siden dette er sekundærlitteratur, vil det være større rom for feiltolkninger. Tre av fagartiklene vi har brukt er engelskspråklige og vi har vært nødt til å oversette de til norsk. For å få en mest mulig korrekt oversettelse vil gode engelskkunnskaper være nødvendig, og derfor kan det være rom for at ord misforstås eller blir tatt ut av kontekst. Siden forskningsartiklene vi har brukt er fagfelleurdert, mener vi at de er troverdige. Vi viser også til to masteroppgaver som ikke er fagfelleurdert, men tilgjengelige via høgskolens bibliotek. Vi har trukket inn egne erfaringer og brukt de som kilde. Disse erfaringene er subjektive tolkninger og opplevelser, og er derfor ikke av allmenn forståelse.

---

### 3. Presentasjon av funn i forskningsartikler

«*The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study*». Resultatet viser tydelig og god effekt av musikkterapi basert på deltakernes egne opplevelser og en reduksjon av negative symptomer. Det ble ikke funnet noe forskjeller med tanke på livskvalitet. Forfatterne av denne artikkelen konkluderer med at musikkterapi kan øke pasientens evne til å tilpasse seg miljøet når han eller hun blir skrevet ut fra sykehuset (Ulrich, m.fl, 2007).

«*Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial*». Resultatet viser at musikkterapi sammen med tradisjonell behandling var overlegent mer effektivt enn tradisjonell behandling alene. De har konkludert med at musikkterapi er en effektiv og god terapiform for pasienter som sliter med mental helse og lite motivasjon (Gold, m.fl, 2013).

«*Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*». Selv om det var få deltakere og studiene var metodisk mangelfulle viste resultatene at det var bedring av mental helse og økt livskvalitet. Fysisk aktivitet var en godt likt mestringsstrategi og negative og positive symptomer blant schizofrene ble redusert (Bjørnstadjordet, 2009).

«*The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia*». Resultatet viser at graden av selvbestemmelse hos en pasient spiller en viktig rolle i forhold til hvor motivert pasienten er for å starte opp med, og for å fortsette med fysisk aktivitet. Det ble ikke funnet noen forskjeller med tanke på kjønn, alder, grad av utdanning eller stadie av sykdom (Vancampfort, m.fl, 2013)

«*Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser*». Funnene i denne avhandlingen viser at det er mulig å gjennomføre fysisk aktivitet for personer med psykiske lidelser, dersom det blir lagt til rette for. Det pekte seg ut som en spesielt viktig faktor var personalets rolle og engasjement, at opplegget var attraktivt. Undersøkelsen viste også at helseproblemer, det å forholde seg til mange og nye personer oppleves som en barriere for å delta i aktivitet (Kristiansen, 2010).

«*Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandlingen av psykoselidelser*». Resultatene viste at relasjonen mellom pasient og personalet er essensielt i en virksom miljøterapi. Personalets personlige egenhet og faglige kompetanse er også

avgjørende, samt pasientens egne erfaringer og ressurser. Studien konkluderer med at miljøterapiens bidrag i psykiatrisk behandling er å etablere arenaer som sikrer pasienten sosiale erfaringer og kunnskap han trenger for å mestre livet i samfunnet. Det blir også nevnt at det relasjonelle arbeidet ikke er konfliktfritt, og at miljøterapi formes gjennom ulike forhold basert på individ-, gruppe- og samfunnsnivå (Stensrud, 2007).

---

## 4. Unge pasienter med schizofrenilidelse innlagt på psykiatrisk sykehus

Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) beskriver hva en psykotisk tilstand er på følgende måte:

*”Det karakteriske ved å være psykotisk er at en har en forandret virkelighetsoppfatning. Vi kaller det realitetsbrist. Den psykotiske personen oppfatter ikke lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måten som andre gjør. De har i stedet havnet i en privat forståelse som kan være fordreid, usammenhengende eller kaotisk.»*

Pasientgruppen vi har valgt å fokusere på i vår oppgave er unge schizofrene som er innlagt på psykiatrisk sykehus. Mennesker som sliter med schizofreni preges av positive og negative symptomer. Positive symptomer kommer i form av hallusinasjoner og vrangforestillinger, mens negative symptomer kan være tilbaketrukkethet, nedsatt energi og initiativ samt manglende evne til å engasjere seg. Personer med denne psykoselidelsen viser som oftest liten vilje til å søke sosial kontakt (Nordentoft, 2009).

For å bli diagnostisert som schizofren er spesielt førstegangssymptomene viktige. Eksempel på det kan være stemmer i tredje person, som kommer med kommentarer som for eksempel: ”Se så dårlig hun vasker seg på hendene, hun er ekkel” (Nordentoft, 2009). Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) skriver at for å få diagnosen schizofreni må minst to av følgende symptomer være tilstede i minimum en måned: vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale, grovt disorganisert atferd, flat affekt, fattig språk og/eller apati.

Rundt en prosent av befolkningen blir rammet av schizofreni. Debutalderen er vanligvis et sted mellom 15 – 25 år, men man opplever tilfeller hvor det starter senere. På grunn av dagens holdninger i samfunnet og endringer i behandlingstilbud er prognosen bedre enn tidligere. Nesten alle blir friske etter førstegangsanfall, men en del risikerer tilbakefall. Man kan si at ca. 25 prosent blir helt friske, mens de resterende kan slite med restsymptomer som de lærer seg å leve med (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Liv Strand (1990) skriver om hvordan man kan organisere en avdeling på en strukturert måte. Dette gjelder både i forhold til fysisk og sosial utforming av miljøet. Når det kommer til det fysiske miljøet burde arealet være relativt begrenset. Planløsningen av avdelingen

burde være oversiktlig, arkitektonisk og med dørskilter. Det er viktig at det er nok plass til alle ute i miljøet, og at det finnes rom egnet for aktivitet og rom egnet for hvile. Plassering av personalets vaktrom burde være plassert slik at det er lett å få kontakt med personalet.

Pasienter med psykiske lidelser har en tendens til å isolere seg, så avdelingen burde ikke inneholde store grupper mennesker da dette bidrar til isolasjon. En avdeling burde ha et relativt lavt antall med pasienter. Hummelvoll (2012) skriver at en psykiatrisk avdeling ikke burde ta inn flere enn 6 til 9 pasienter. Det er lettere å etablere trygghet i et lite miljø som er oversiktlig. Trygghet er en forutsetning for at pasienter og personalet kan utvikle en gjensidig god relasjon (Hummelvoll, 2012).



## 5. Sykepleiereferanser

### 5.1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi vår teoridel. Mye er basert på Jan Kåre Hummelvolls teorier, særlig det som skrives om sykepleier – pasient-fellesskapet og hjørnesteinene. Vi mener at kommunikasjonsprosessen er en viktig del av det å skape gode relasjoner. Gode relasjoner spiller en viktig rolle når man skal motivere og legge til rette for pasienter slik at de kan ta del i miljøets aktiviteter. Derfor har vi valgt å ta med alle fasene Hummelvoll (2012) hevder er viktige for å opprette en god allianse. Vi presenterer også teori om miljøterapi og de ulike miljøaktivitetene.

### 5.2 Jan Kåre Hummelvoll

Jan Kåre Hummelvoll er psykiatrisk sykepleier og doktor i folkehelsevitenskap. Hummelvoll er professor i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag. Han har innenfor sitt fagfelt utgitt flere bøker og artikler (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) definerer psykiatrisk sykepleie på denne måten;

*Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende felleskap, forsøker man å hjelpe pasienten med selvrespekt og til å finne egne holdbare verdier... ... Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at individet får et liv i et tilfredsstillende sosialt felleskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll, 2012, s. 23-53).*

### 5.3 Sykepleier – pasient-fellesskapet

Fellesskapet mellom sykepleier og pasient er nødt til å være basert på forståelse, engasjement og tillitt for at man som sykepleier skal klare å nå frem til pasienten med sine

kunnskaper. En av sykepleierens utfordringer kan være å sette til side egne fordommer og forforståelse for dermed å gi plass til mottagelighet. Det er viktig at sykepleiere gjør dette for hver gang man tar imot en ny pasient (Hummelvoll, 2012). Pasienten vurderer også sykepleieren han er stilt ovenfor og stiller seg selv spørsmål som for eksempel: Hvem er denne personen? Er han verdig min tillitt? Er han interessert i å hjelpe meg? Hummelvoll (2012) skriver at det fenomenologiske perspektivet er hverdagsnært og handler om mestring av de påkjenningene og lidelsesuttrykk som hemmer personen i å kunne leve som han ønsker. Det er derfor viktig at sykepleieren søker etter pasientens erfaringer og forståelse slik at den teoretiske og erfaringsbaserte kunnskapen til sykepleieren utfordres.

Kommunikasjonsprosessen og problemløsningsprosessen kan man knytte sammen å kalle *sykepleieprosessen*. I problemløsningsprosessen kartlegger man fakta og problemer før man deretter evaluerer tiltak som kan gjennomføres. Kommunikasjonsprosessen er samarbeidet mellom pasient og sykepleier, hvor man i felleskap kommer frem til hvordan eventuelle tiltak skal møtes og hvordan funksjonsvanskene til pasienten kan skape problemer. Sammen med pasienten drøfter man underveis hvordan det går, om det er positiv utvikling eller om det leder ingensteds. Dette er en fin mulighet til å anerkjenne pasientens ønsker og mål når man sammen finner nye muligheter for å tilnærme seg problemene på. Hummelvoll (2012) velger å bruke uttrykket sykepleier – pasient-*felleskapet* istedenfor sykepleier – pasient-*forholdet* fordi dette uttrykker samarbeid og likeverdighet. Videre beskriver han dette fellesskapet som et terapeutisk forhold som danner en allianse mellom pasient og sykepleier. Denne alliansen preges av et fellesskap som har til hensikt å hjelpe pasienten til økt selvinnsikt og forståelse av egen situasjon. For at det skal bli en god allianse må den bygges på gjensidig tillit og åpenhet. Pasienten kan finne samarbeidet betydningsfullt i forhold til hjelpeløsheten, ensomheten eller isolasjonen han befinner seg i, og kan finne mot til å prøve ut nye strategier for å løse problemene (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) skriver at sykepleiere har en vei å gå når det gjelder opprettelse av allianse og et godt samarbeid. Han deler sykepleier – pasient-*felleskapet* inn i fire forskjellige faser:

*Forberedelsesfasen* – pasienten og sykepleieren har ikke møtt hverandre enda. Pasienten har oversteget terskelen for å erkjenne behovet for hjelp. Pasienten er forberedt, har gjort seg opp egne meninger og følelser rundt hvordan det er på en psykiatrisk avdeling og hvordan psykiatriske pasienter er. Det vil variere om sykepleieren reflekterer så mye over at pasienten

---

skal komme basert på om vedkommende er erfaren eller ikke. Er vedkommende uerfaren vil hun kunne påvirkes av fordommer og feiloppfatninger rundt pasienten som skal komme. Hun vil også kunne bære preg av usikkerhet. Den uerfarne vil ha nytte av å kunne ha en samtale med en erfaren sykepleier om sin egen usikkerhet (Hummelvoll, 2012).

*Orienteringsfasen*- I denne fasen møtes pasienten og sykepleieren. Samtalen som finner sted i det første møtet er veldig avgjørende for hvordan samarbeidet mellom de to blir videre. Man har kun én sjanse til å gjøre den første samtalen til et godt møte. Det kan ha kostet veldig mye for pasienten å søke hjelp og han vil være spesielt følsom for sykepleierens holdninger. Sjansen er stor for at aksept og åpenhet gjør at pasienten selv vil være åpen. For å styrke samarbeidet er det lurt å drøfte samarbeidskontrakten sammen med pasienten, men er pasienten sterkt preget av symptomer er det ikke sikkert det er like lett. I så fall bør man presentere samarbeidskontrakten når pasienten er i stand til å svare for seg, for å så drøfte den sammen da. Det vil være lurt å klargjøre hvem som har medansvar for pasienten, hvordan taushetsplikten fungerer og hva som er pasientens rettigheter. Dette kan øke sjansen for at pasienten får tillitt til sykepleieren og systemet og samarbeidsvilligheten vil være mer tilstede (Hummelvoll, 2012).

*Arbeidsfasen* – Her jobbes det med å øke pasientens selvinnsett. Sammen ser man på hva som er utløsende faktorer for eventuelle problemer og kartlegger pasientens egen forståelse av virkningen problemene har på atferd, selvoppfatning, egne ressurser og muligheter. Deretter kan man se på hva pasienten kan mobilisere for å få livet sitt slik han ønsker det. Sykepleieren blir som oftest nødt til å hjelpe pasienten til å finne måter å løse problemer på (Hummelvoll, 2012).

*Avslutningsfasen* – Et godt etablert samarbeid kan være vanskelig å avslutte. Det kan ofte oppstå en avhengighet til sykepleieren. Det kan være nyttig å trappe ned på kontaktforholdet slik at man møtes sjeldnere og samtalene blir kortere. Man bør involvere andre som skal ha kontakt med pasienten når han kommer ut fra sykehuset, som for eksempel helsepersonell i kommunehelsetjenesten eller familie (Hummelvoll, 2012).

## 5.4 Hjørnesteinene

Ifølge Hummelvoll (2012) bygger sykepleier – pasient-fellesskapet på noen grunnleggende hjørnesteiner. Disse hjørnesteinene dreier seg om: likeverdighet, møte/nærværenhet,

selvaktelse/signifikans, ansvar og valg, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, konformitet versus opprør og til sist betydningen av håp. Vi har valgt å gå dypere inn i fire av disse hjørnesteinene: likeverdighet, selvaktelse/signifikans, åpenhet og innsikt og håp, da vi føler disse er de mest relevant i forhold til det vi har fokus på.

*Likeverdighet* - Likeverdighet kan man si at er selve ledetråden i det Hummelvoll (2012) beskriver som sykepleier – pasient-fellesskapet. Den forestillingsverdenen og situasjonsopplevelsen pasienten har må sykepleieren åpne seg for. Konsekvensen av det kan være at sykepleieren legger frem et bilde av seg selv og kommer dermed til syne som person. For å kunne få til en likeverdighet mellom pasient og sykepleier må man jobbe frem en gjensidig og ekte respekt for hverandres integritet. Hummelvoll (2012) har skrevet om hva respekt for menneskets integritet og verdighet betyr og henviser til den norske teologen Asheim sine fire teser. Ved å vise til disse fire tesene beskriver Hummelvoll hva dette kan bety for etisk utfordring. Den første tesen sier noe om at man skal ha respekt for det konkrete menneske, altså den naturgitte identitet til mennesket. Den andre tesen handler om det lytefulle menneske, hvor mennesket har medfødte eller påførte defekter. Den tredje tesen handler om at man ikke avviser menneskelig verd på grunn av lidelse, men at man har et syn på mennesker som kan forbeholde lidelse verd. Den fjerde tesen sier noe om at ikke lista for livsstandard legges for høyt, slik at de sterke kan sikre seg et liv uten lidelse på bekostning av de svake. Presiseringen til Asheim som Hummelvoll (2012) refererer til viser en forklaring av respekt for mennesket, og har en klar gyldighet for at sykepleiepraksisen er humanistisk preget.

*Selvaktelse/Signifikans* - Når man søker hjelp til å løse problemene sine, kan det for mange påvirke selvaktelsen negativt. Derfor er det viktig at man møter pasienten med en aksepterende holdning. Dette gjelder da å anerkjenne at pasienten tidligere har prøvd ulike problemløsningsstrategier uten at disse har vært vellykkede. Ved å vise denne aksepten kan det bidra til at pasienten lettere kan akseptere både de positive og negative kvalitetene hos seg selv. Man har sett at selvaktelsen kan reduseres fordi den livssituasjonen man er i ikke mestres eller gir mening. Dette vil da kunne gi en passiviserende effekt, som kan resultere i redusert handlingskraft og sviktende selvbekreftelse. Når det kommer til signifikans handler det om å bety noe for andre, at det har noe å si at man er til. Når lidelse skjærer for selvinnsikt, kan det være vanskelig å se at man som menneske har en betydning. Når en pasient lider psykisk er det viktig å vise at han har betydd noe tidligere, betyr noe nå og kommer til å ha betydning for andre fremover (Hummelvoll, 2012).

---

*Åpenhet og innsikt* - Man kan ikke tvinge frem åpenhet, det er noe som må komme naturlig som en følge av en trygg relasjon. En forutsetning for å kunne få hjelp er at man må ha en vilje til åpenhet. Om sykepleieren er åpen og ærlig vil det være lettere for pasienten å være det. Åpenhet og gjensidighet viser seg å høre sammen. Det er viktig at man som sykepleier kan være åpen om sin svakhet, frykt og usikkerhet, men ikke forteller om sine personlige problemer. Klarer sykepleieren dette kan det hjelpe pasienten til å erkjenne sine egne svakheter (Hummelvoll, 2012). Åpenhet er en vei til innsikt og det gjelder for både de svake og de sterke sidene hos en selv. Hummelvoll (2012) sier følgende om innsikt i sykepleiesammenheng:

*Innsikt i sykepleiesammenheng går ut over den tradisjonelle medisinske "sykdomsinnsikt". Den tar konsekvensen av et helhetssyn som vil innebære at man søker å oppnå en forståelse og erkjennelse av egne problemer, muligheter og ressurser – og hvilke faktorer utenfor personen selv som påvirker disse (s.42).*

Utover dette vil innsikt gi en forståelse av hvordan man tidligere har gått frem for å løse problemer og hvilke verdier man ønsker at skal være med å styre ens liv (Hummelvoll, 2012).

*Håp* - For å kunne klare å leve gjennom lidelse og plager er håpet av vesentlig betydning. Det å klare å få tak i pasientens håp og ønsker er viktig for at man i fellesskap mellom sykepleier og pasient skal klare å bli enige om sykepleiens mål og veien dit. Med tanke på sykepleiens muligheter er det viktig at pasientens ønsker og håp blir sammenkoblet med en realistisk, men samtidig optimistisk holdning fra sykepleierens side (Hummelvoll, 2012). Det er viktig å tenke på at en persons håp er noe av det mest personlige man kan ha og at det ikke er lett å skulle fortelle om til hvem som helst. For mange kan det virke skummelt å avdekke sine håp, som for andre kan oppfattes som urealistiske (Hummelvoll, 2012).

## 5.5 Miljøterapi

I etterkrigstiden slet mange psykisk og det ble tatt inn psykiatere i arbeidet med å hjelpe dem. Allerede da kunne man se hvordan sosiale forhold virket inn på tilstanden til pasientene. Siden det etter krigen var mange som trengte hjelp måtte de se etter nye metoder å arbeide på når det kom til de terapeutiske oppgavene. Individuell terapi ble byttet ut med gruppeterapi, noe som førte til positive erfaringer. De positive erfaringene med å utnytte

sosialt samspill i behandlingen fikk fort godkjennelse hos mange (Hummelvoll, 2012). Psykologen Gerdt Henrik Vedeler (1974 (Hummelvoll, 2012)) definerer miljøterapi som:

*En virksomhet som går ut på å legge til rette betingelsene for terapeutisk virkende erfaringer på en koordinert og systematisk måte i, og ved hjelp av, det sosiale og materielle miljø i en institusjon.*

Hummelvoll (2012) har tatt utgangspunkt i noe Vedelers utsagn om at miljøterapi er mer en orientering enn en behandlingsmetode. En orientering som benytter seg av dagligdage gjøremål på en måte som er terapeutisk. Måter man kan gjennomføre dette på er å ta fatt i dagligdage gjøremål i avdelingen, som for eksempel matlaging, rengjøring og andre aktiviteter. Det er viktig at personalet styrer utviklingen og den sosiale prosessen bevisst for at miljøterapien skal få den virkningen man ønsker.

Når det kommer til akutt psykotiske pasienter er det viktig med miljøer som er støttende, aksepterende og til en viss grad stimulusbegrenset, spesielt tidlig i behandlingen. I et slikt miljø er det viktig at personalets syn på psykososiale intervensjoner er positive og at personalets handlinger er preget av optimisme og engasjement. Personalet bør ha en tilnærming til samarbeidet som er problemløsende, jordnært og praktisk (Hummelvoll, 2012). Hybholt (2009) skriver at et terapeutisk miljø for schizofrene pasienter må bestå av fortrolighet, ro og isolasjon. Thorsen og Johannessen (2005) viser til en definisjon av John Gunderson om miljø og denne type terapi som lyder slik:

*Miljøer skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasienter og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personalet innenfor **fysiske og rom – og** bygningsmessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid.*

I følge Gundersons definisjon (Thorsen & Johannesen, 2005) kan man se at miljøterapi består av flere faktorer som er tilpasset sykdommens ulike faser. Disse faktorene kan deles inn i fem begreper: beskyttelse, struktur, støtte, engasjement og bekreftelse. Beskyttelse er viktig i en dårlig sykdomsfase hvor pasienten kanskje ikke klarer eller er i stand til å ta vare på seg selv når det kommer til egenomsorg og behandling. Det er viktig at miljøet er

---

beskyttende og at det vises gjennom personalets handlinger og ytringer. Det er også viktig at pasienten beskyttes for faren mot å skade seg selv og andre ved for eksempel skjerming. Når det kommer til mennesker som er psykotiske er det viktig at avdelingen har en struktur som er oversiktlig, hvor dagens faste gjøremål skjer til samme tidspunkter hver dag slik som måltider og møter. Dagsplanen til pasienten skal være forutsigbar og oversiktlig. Planen skal lages i samarbeid mellom pasient og personale hvor strukturen for dagen er for pasienten sitt beste (Thorsen & Johannessen, 2005). Psykisk syke pasienter kan ha behov for støtte i de ulike fasene. Denne støtten handler om å klare å gjøre dagligdagse gjøremål, alt fra å spise mat, opprettholde god hygiene, delta på fysisk aktivitet og sosial omgang. Det er viktig at den type støtte som gis ivaretar pasientens integritet. Senere i sykdomsfasen blir engasjement viktig og når pasienten begynner å bli bedre er det viktig med oppmuntring til å delta i aktiviteter i avdelingens miljø. Videre er det viktig å oppmuntre til å gjennomføre aktiviteter i pasientens eget miljø, da utenfor avdeling. Man kan hjelpe pasienten til å ta opp igjen kontakt med blant annet familie, venner og andre sosiale arenaer som ble brutt ved oppstart av sykdom og innleggelse. Det siste begrepet handler om bekreftelse da dette er elementært i forhold til pasientens opplevelse av meningsfullhet og egenverd. Når pasienten føler seg bekreftet og forstått kan symptomer, følelser og tanker lettere forstås (Thorsen & Johannessen, 2005). En slik form for bekreftelse kan finne sted i en miljøsamtale og/eller gjennom løpende samtaler. Det er viktig å tenke på alle disse leddene i miljøterapien som essensielle, og at de ulike faktorene vektlegger ulike faser av sykdommen (Thorsen & Johannessen, 2005).

I løpet av de siste tiår har det skjedd store endringer i tilgangen til behandling for psykisk syke pasienter. Tidligere hadde man store og flotte institusjoner med asylpreg over seg, hvor pasientene var innlagt i flere år. Nå er det helt andre rammer for behandlingen både i og utenfor sykehusene. Nåtidens psykiatriske sykehus vektlegger blant annet akutt korttidsterapi og tilbakefallsforebygging (Christensen & Krarup, 2011). Christensen & Krarup (2011) skriver at miljøterapien på psykiatriske avdelinger skal tilby rammer, trygghet i hverdagen og være et beskyttende sted hvor man kan tørre å utforske nye ferdigheter og motta hjelp fra personalet. Videre skriver de at en psykiatrisk behandlingsenhet skal være et sted hvor pasienten kan foreta en forskning av seg selv og sine antagelser med en mulighet for å feile og lære av dem i et trygt miljø.

Christensen og Krarup (2011) har laget en oversikt over grunnleggende miljøterapeutiske strategier som støtter oppunder kognitive og funksjonelle vanskeligheter. Blant annet må

man ta hensyn til pasientens kognitive forstyrrelser og det er viktig at man analyserer problemene. Det pasienten foretar seg, kan være gjort av gode grunner. Et eksempel på dette er en pasient som ligger i sengen store deler av dagen for å forebygge oppbygging av spenning. Det er viktig at man ikke avfeier løsningsforslaget til pasienten før man kan erstatte det med noe bedre. Man kan gradvis arbeide seg fremover i små mengder hvor pasienten trenes opp til å gjøre mer og mer av oppgaven selv. Man må være pedagogisk slik at man ikke bare lager vanskelige oppgaver, men også oppgaver som er lette og som kan virke selvfølgelige.

### **5.5.1 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet har mange virkninger på kroppen og man hører ofte at å gå en lang tur i skog og mark, spille fotball på løkka med gutta eller å pumpe jern på treningssenteret gjør godt for sjelen. Det de aller fleste er enige om når det kommer til fysisk aktivitet er at det øker selvfølelsen. Aktiviteter som for eksempel en joggetur vil bedre den fysiske tilstanden og det kan gi utløp for både følelser og spenning. Hummelvoll (2012) skriver at det er vanskelig å endre den emosjonelle tilstanden så lenge kroppsphysiologien er hemmet. Mennesker som lider av schizofreni er i mindre fysisk aktivitet og ofte i dårligere fysisk form enn resten av befolkningen.

Martinsen (2011) skriver at ved å endre atferden vil man også endre tanker og følelser hos pasienten. Mange schizofrene plages av hørselshallusinasjoner og vil merke at de er sterkere tilstede når det stille rundt dem enn når de er ute i aktivitet. Fysisk aktivitet kan fungere som en avledning og et veldig godt redskap for å kunne håndtere slike plager i øyeblikket. Kanskje vil dette også lede videre til at pasienten tenker at stemmene ikke var så farlige allikevel og at disse stemmene mister sin makt. Selv om stemmene ikke forsvinner vil de kanskje kunne tolkes annerledes fordi man har oppnådd en slags kognitiv rekonstruering av dem (Martinsen, 2011).

Motivasjon er en sentral forutsetning for å igangsette fysisk aktivitet og de fleste som sliter med psykiske lidelser er mye fysisk inaktive. Mange sliter med lav selvfølelse, angst og depresjon, slik at små krav kan føles altfor store. Ofte tror de at de ikke vil klare å delta i aktiviteter som innebærer fysisk aktivitet, og de kan ha en oppfatning av at det heller ikke vil hjelpe dem. Sykepleiere og personalet har en sentral rolle i å hjelpe og følge opp pasientene for at de skal klare å komme i gang med fysiske aktiviteter (Martinsen, 2011). Uansett hvilke



faktorer som påvirker motivasjonen, om det så er lite krefter, nedsatt fysisk form, dårlige erfaringer fra gymtimene på skolen eller fysiske plager, er det viktig at pasienter og personalet blir bevisste på de slik at man vet hva som er hindringen. Utfordringen er ofte å igangsette selve prosessen om endringene. Martinsen (2011) skriver at mennesker som kommer i gang med fysisk aktivitet ofte opplever at negativ utvikling snur til positiv utvikling.

Det finnes mange nøkler som kan åpne dørene til å delta i fysiske aktiviteter, men kanskje en av de viktigste er holdninger hos personalet. Man bør ha en viss kunnskap om ulike strategier for motivering hvis man skal tilrettelegge for fysisk aktivitet. Det er viktig å være bevisst på at det som kan ha god virkning på en pasient, ikke alltid fungerer like godt på en annen. Det å føle seg frem og prøve ulike metoder er ofte nødvendig. Man må være varsom når man skal prøve å motivere til fysisk aktivitet slik at det ikke oppleves som press, mas eller tvang. Ifølge Moe (2011) vil energisk og motivert personell som legger til rette for og selv deltar i aktivitetene oppnå motiverte deltagere. Aktivitetene kan også føles som en trygg arena hvis en eller flere de har tillit til deltar. Holdninger som er positive vil ikke bare stimulere pasienter, men også andre i personalets gruppe. For å få respons fra pasientene som skal motiveres er det nødvendig med kunnskap, engasjement, erfaring, vilje og tro (Moe, 2011).

For å klare å skape motivasjon for å starte med fysisk aktivitet vil det være lurt å velge aktiviteter som kan appellere til pasienten, og som kan virke realistisk for pasienten å delta i. For eksempel kan en gåtur være en fin aktivitet å starte med. Dette er en aktivitet hvor man ikke trenger utstyr, som de aller fleste kan like og hvor det ikke trengs en trent kropp for å gjennomføre. Dette er også en aktivitet som kan kombineres med andre sosiale aktiviteter som det å plukke sopp i skogen eller bålrensning. I følge Moe (2011) har mange, med hell, bedt deltagere skrive ned negative tanker og følelser på en lapp, for så å brenne det på bålet. For andre kan aktiviteter som inneholder mer fysisk bevegelse og trening være tingen, som for eksempel ballspill. Det ballspill kan bidra med er å stille krav og ufarliggjøre sosiale prosesser. Ballspill og annen lek krever oppmerksomhet, tilstedeværelse, samarbeid og rettferdighet. Dette kan styrke selvbildet, mestringsfølelse, konsentrasjon og dermed fortrenge usikkerhet og angst (Moe, 2011).

## 5.5.2 Musikkterapi

Det er mange som hever på øyebrynene sine og undrer seg når de hører begrepet «musikkterapi». «Hva er det?» spør de, «hva går det ut på?». Ofte sies det at musikkterapi er et nytt fag, og det er på mange måter riktig. Hvis vi ser på hvordan musikken brukes i terapeutisk sammenheng i dag har ikke musikkterapi særlig lang historie. Hvis vi gjør et tilbakeblikk i historien vil vi oppdage former for musikkterapi gjennom ord og historier som forteller om musikkens helbredende kraft. For oss som lever i det vestlige og kristne samfunn trenger vi ikke lete lenge. Vi kan finne frem den mest leste boka, nemlig Bibelen. I 1. Samuels bok, kapittel 6 står fortellingen om David og Saul. Dette er en fortelling om kong Sauls opplevelse av å bli forlatt av Gud, og gjeterguten David som spiller på harpen sin for lindre kongens psykiske smerte (Trondalen, 2006). Vi finner flere referanser hvis vi leter rundt i antikkens historie. I den greske antikkens kultur var musikk symbolsk knyttet sammen med medisin gjennom den mytologiske guden Apollon (sønn av Zeus). Han var gud for både musikk og medisin. Apollons sønn (Aesculap, «legekunstens far») hadde en tilnærming hvor musikken var en integrert del av medisinen (Trondalen, 2006).

Dagens måte å knytte musikk til medisin startet sin vekst etter andre verdenskrig i USA. Soldatene som hadde kjempet i krigen hadde behov for både fysisk og psykisk hjelp. Sammen med tradisjonell behandling ble det også utført forskjellige former for kunstterapi, hvor musikkterapi var sentralt. I 1946 ble den første fulltids akademiske utdanningen i musikkterapi opprettet ved Kansas University i Texas. I Norge begynte interessen for musikkterapi å vokse for litt over 30 år siden og i 1971 ble NFMT (Norsk forening for musikkterapi) opprettet. Frem til i dag har tilbudet om akademisk utdanning innen musikkterapi vært i stadig vekst, og man kan nå ta mastergrader i faget ved forskjellige høyskoler i Norge (Trondalen, s.62, 2006).

Audun Myskja (2005) har denne definisjonen på musikkterapi;

*”bruk av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller grupper”.*

Forskning viser at musikkterapi har særlig god effekt på de negative symptomene til pasienter med schizofreni. Det er ikke sykepleiere som utfører denne terapiformen, men noe musikkterapeutene tar seg av. De har en helt egen kompetanse innen dette feltet, og man bør kanskje la disse få ta seg av denne formen for terapien. “Musikkterapeuten tilpasser seg

---

klientens individuelle musikalske forutsetninger. Dette innebærer bevissthet og fleksibilitet rundt klientens musikalske identitet og fortrolighet til ulike musikalske genrer” skriver Helsedirektoratet (2013).

Hummelvoll (2012) sier at det å bryte ned personlige stengsler og hjelpe pasienter med å finne nye måter å forholde seg til livet sitt på, forutsetter at personalet klarer å se nye veier og metoder, altså det å tenke nytt. Dette krever en viss grad av kreativitet hos personalet, og som Hummelvoll (2012) sier videre er det fire komponenter når det gjelder kreativitet; *lett for å komme på nye ideer, bevegelighet, originalitet, konstruktiv bearbeiding*.

I de siste årene har musikkterapi fått en mye større delaktighet i psykiatrien, og gjennom forskning ser man gode resultater ved bruk av denne terapiformen hos schizofrene med psykotiske tilstander. Audun Myskja, Skandinavias første sertifiserte nevrologiske musikkterapeut (2003), presenterer i sin bok «Den musiske medisin» flere undersøkelser gjort på pasienter som lider av schizofreni. En fellesnevner for disse undersøkelsene er at pasientene som har vært utsatt for musikkterapi over lengre periode viser betydelig bedring av negative symptomer, interesse for sosialt samvær og kommunikasjon (Myskja, 2003).

### 5.5.3 Motivasjon

*«Motivasjon, samlebetegnelsen for de faktorer som setter i gang og som styrer atferden i mennesker og dyr. De første omtales ofte som motivasjonens energikomponent (hva som setter oss i sving, og hva som bestemmer innsats og utholdenhet), det andre handler om motivasjonens retning (hvilke mål vi setter oss, og hvilke valg vi tar)».* (Store norske leksikon, 2013).

For å motivere pasienten til å delta i ulike aktiviteter, bør man finne oppgaver som pasienten kan delta i. Pasienter som mangler motivasjon og initiativ, bør tilbys aktiviteter som hverken er for krevende eller for langvarige (Hummelvoll, 2012). En fin måte å hjelpe pasienten til å bli motivert på er å invitere til en motivasjonssamtale. Som nevnt ovenfor er bevisstgjøring nødvendig for å skape endring og en motivasjonssamtale kan bidra til nettopp det. Dette innebærer å kartlegge pasientens holdninger og motivasjon for deretter å tilrettelegge en strategi for den enkeltes situasjon. Motivasjonssamtalen, ofte kalt motiverende intervju, er ifølge Helsedirektoratet (2016) en samtalemetode som brukes for å hjelpe en pasient til å endre personlig og problematisk adferd. Ifølge Martinsen (2011) er motivasjonssamtalen

basert på den teoretiske modellen for endring av Prochasa og DiClements. Denne modellen bygger på flere ulike faser;

*Føroverveielsesfasen* – denne fasen handler om å hjelpe pasienten med å forstå at hvis det ikke skjer en endring i nåværende livsstil vil det skape utfordringer helsemessig.

*Overveielsesfasen* – pasienten vil vise ambivalens i denne fasen. Vår rolle som helsearbeidere vil ikke være å overtale pasienten, men å anerkjenne argumentene pasienten evt. vil komme med. Det kan være nyttig å skrive ned fordeler og ulemper for deretter å snakke om det.

*Forberedelsesfasen* – når pasienten har kommet i denne fasen, betyr det at han ser flere fordeler enn ulemper ved fysisk aktivitet. Det er viktig at vi hjelper pasienten med å sette seg mål, ta evt. beslutninger og lage en handlingsplan som er realistisk.

*Handlingsfasen* – nå er det bestemt. Pasienten har startet med fysisk aktivitet i form av styrketrening, gåtur, joggetur osv. For å forebygge tilbakefall er det viktig at vi fortsetter å gi støtte og bekreftelse for å stabilisere endringsprosessen. Det vil også være viktig at vi fortsetter å være tilstede for å hjelpe pasienten med å takle situasjoner som kan være uforutsette.

*Vedlikeholdsfasen* – i denne fasen har pasienten klart å komme inn i nye rutiner. Her gjelder det å støtte og hjelpe pasienten med å takle uforutsette situasjoner som kan oppstå. Faren for tilbakefall er redusert, men fortsatt tilstede.

*Tilbakefallsfasen* - det blir vanskeligere og vanskeligere å komme seg ut av denne fasen, desto lengre man befinner seg i den. Det er viktig at vi informerer pasienten om at tilbakefall er vanlig. Det er viktig å tenke på at så lenge man har laget en god og realistisk plan med gode muligheter for fysisk aktivitet, kan man redusere faren for tilbakefall.

I følge Martinsen (2011) er målet med en motivasjonssamtale å igangsette samtalen om tanker og følelser omkring endring og selve prosessen. Ved å skape refleksjon og ved å stille åpne spørsmål som får pasienten til å «tenke selv» kan vi hjelpe med å forsterke hans uttalelser, bekrefte de og snakke om de. Dette vil også hjelpe pasienten til å ta initiativ ut ifra egne tanker og beslutninger. Videre skriver Martinsen (2011) at det er viktig å ikke møte motstand med motstand, at det vil være smartere å følge pasientens «bølge» slik at man viser at man er på bølgelengde med pasienten. Helsedirektoratet (2016) presenterer også noen

grunnleggende prinsipper som vil være sentrale i en motivasjonssamtale med pasienter: *uttrykke empati, utvikle diskrepans, rulle med motstand, unngå argumentering og støtte mestringskompetanse.*

## **6. «Hvorfor er det viktig at sykepleiere legger til rette for og motiverer schizofrene pasienter til å ta del i ulike miljøtiltak?»**

### **6.1 Innledning**

I dette kapitlet vil vi drøfte viktigheten av at sykepleiere legger til rette for og motiverer schizofrene pasienter til å ta del i ulike miljøtiltak. Det vil komme frem flere personlige erfaringer fra vår tid i praksis gjennom skolen og fra jobber vi har hatt frem til nå. Disse opplevelsene og erfaringene har vi gjort hver for oss, men vi velger å bruke ordet «vi» når de beskrives. Dette er for å unngå uryddighet og unødvendige forklaringer på hvem som har opplevd hva.

### **6.2 Sykepleier – pasient-fellesskapet**

Hummelvoll (2012) skriver om sykepleier-pasient-fellesskapet og de forskjellige fasene. I avslutningsfasen skriver han at det kan være vanskelig å avslutte et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier, og at man etter hvert burde ha færre samtaler og sjeldnere kontakt. Vi erfarte i løpet av praksisperioden at en pasient knyttet seg ekstra til oss. Som studenter opplevdes det trygt å ha en pasient å følge opp tett, samtidig som det var som det var lærerikt å få være med på hele forløpet til denne pasienten. Vi opplevde at innkomstsamtalen ble et godt møte, og at det satte standpunkt for vår relasjon videre. Dette understøttes av Hummelvoll (2012) når han beskriver orienteringsfasen som grunnleggende i et godt sykepleier – pasient-fellesskap. Gjennom å følge pasienten i hans forløp fikk vi ta del i møter og samtaler med blant annet leger og psykologer. Vi opplevde at pasienten fikk tillit til oss da vi igjennom disse møtene lærte han å kjenne i forhold til hans problemer og hvilket virkning de hadde på hans atferd og selvinnsikt. Dette er i tråd med Hummelvolls (2012) beskrivelse av arbeidsfasen. Vi følte det var viktig å møte pasienten med en aksepterende holdning, da det for mange pasienter kan påvirke selvaktelsen negativt når man ber om hjelp til å løse sine problemer (Hummelvoll, 2012). Etter endt praksis fikk vi jobb som ekstravakt ved avdelingen og møtte igjen denne pasienten. Det kom da frem at pasienten ikke lenger hadde deltatt i aktiviteter på avdelingen som han tidligere hadde gjort når vi var studenter der. Han hadde ved anledning reist hjem på permisjon og ikke ønsket seg tilbake fordi han

---

ikke trivdes der lenger. Pasienten fortalte at dette var på grunn av at vi ikke lenger var tilstede og gjorde aktiviteter sammen med han. Vi ser at dette kan relateres til det Hummelvoll (2012) skriver om i avslutningsfasen, hvor han nevner at det ofte kan oppstå en avhengighet til sykepleieren. I ettertid ser vi betydningen av å trappe ned kontaktforholdet over tid slik at samarbeidet kan avsluttes på en slik måte at det ikke blir en for brå overgang for pasienten. På denne måten vil man sannsynligvis unngå at pasienten opplever en negativ form for reaksjon når en person som har vært en trygghet for dem plutselig blir borte.

### 6.3 Miljøterapi

Miljøterapi er blitt en integrert måte å jobbe på i psykiatrien. Thorsen og Johannesen (2005) sier skaper at man et miljø på institusjonen basert på pasientenes og personalets holdninger og relasjonen mellom de, samt institusjonens rammer og hvordan man benytter seg av miljøet rundt institusjonen. Det er viktig at personalet er trofaste og lojale mot institusjonens rammer og verdier, for å skape gode relasjoner, trygghet og forutsigbarhet for pasientene. Stensrud (2013) sier noe om dette i avhandlingen «*Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi mot behandlingen av psykoselidelser*»: at relasjonen mellom pasient og sykepleier er essensielt for å skape en virksom miljøterapi. Trygghet og forutsigbarhet er det man trenger når man opplever en realitetsbrist. Det er slik vi tolker Christensen & Krarup (2011) når de skriver at behandlingsstedet skal være en plass hvor pasienten kan foreta en forskning av seg selv og sine antagelser med en mulighet for å feile og lære av dem. Avhandlingen til Stensrud (2013) konkluderer med at miljøterapiens bidrag i psykiatrisk behandling er å etablere ulike arenaer hvor pasientene kan få erfaringer og kunnskap om det sosiale for å klare å mestre livet ute i samfunnet. Vi mener at det vil være essensielt å respektere pasientene som likeverdige og få dem til å forstå at vi ikke er overordnet de som mennesker, men at vi er der for å hjelpe. Dette ser vi igjen når Hummelvoll (2012) beskriver en av sine hjørnesteiner, *likeverdighet*. Det kreves gjensidig respekt av hverandres integritet for å oppnå likeverdighet.

Vi opplevde at pasienter og personalet respekterte hverandre da vi var i praksis på psykiatrisk sykehus. Det var et velfungerende miljø inne på institusjonen. Pasientene kom ofte med forslag til aktiviteter som kunne gjøres, og personalet gjorde sitt aller ypperste i å møte deres ønsker. Vi erfarte at Gundersons definisjon (Thorsen & Johannesen, 2005) av miljøterapi var integrert i avdelingen når det gjaldt personalets holdninger og handlinger da

dette uttrykte seg i samspillet med pasientene. Det var først når man kom utenfor sykehusets fire vegger vi synes det var vanskelig å opprettholde likeverdigheten. En gang vi møtte en pasients ønske om å få dra på kino følte vi at vi ble en autoritet da vi hadde parkert bilen utenfor kinoen. Pasienten spurte om det var greit at hun gikk på do, om hun kunne få gå ut å trekke litt frisk luft og om det var ok om hun gikk i kiosken for å kjøpe brus. Hun følte hun trengte vår tillatelse for å gjøre ting hun egentlig har rett til å gjøre hvis hun har behov for det. På vei tilbake fra kinoen fortalte vi pasienten at vi ikke har noen rett til å bestemme om hun skal få gå på do eller ikke. Vi mener at noen pasienter trenger å bli påminnet om at man er likeverdig og at man har selvbestemmelsesrett selv om man er en pasient.

Ifølge Hybholt (2009) er det vanskelig å definere miljøterapi fordi miljøet er så forskjellig fra avdeling til avdeling med tanke på rammer, betydning og teori. Hun mener videre at det blir vanskelig å sammenligne miljøets betydning og effekt. Hybholt (2009) viser til en litteraturgjennomgang av Drake & Sederer (1986) hvor det kommer frem at miljøterapi kan ha en negativ effekt hos schizofrene pasienter. Årsaken mener de er at pasientene blir overstimulerte av et miljø som kan inneholde provoserende diskusjoner og følelsesmessig utforskning. Christensen & Krarup (2011) skriver derimot at en psykiatrisk behandlingsenhet skal være et trygt sted hvor pasienten skal kunne foreta en forskning av seg selv. I forhold til dette kan vi sette spørsmålsteget ved at Hybholt i 2009 har valgt å referere til en litteraturgjennomgang som da var gjort for over 20 år siden. Dette er også i strid med hva Helsedirektoratet (2013) skriver når de anbefaler bruk av miljøterapi og mener at miljøet for pasienter med psykoselidelser bør være støttende og preget av struktur og orden. Dette forteller noe om hva slags utvikling miljøterapi har hatt de siste 30 årene.

## 6.4 Fysisk aktivitet

Det krever en vilje for å kunne gå fra status inaktiv til aktiv. En vilje om å endre livsstil. Vi vet selv hvor vanskelig det er å reise seg opp fra den gode, myke sofaen og ta på seg joggesko for å ta en løpetur, spesielt når det ikke er en del av hverdagens rutiner. I løpet av vår praksisperiode i psykiatrisk sykehus opplevde vi hvor vanskelig det kunne være å motivere en ung mann til å være med å spille kubb. Selv om dette var en aktivitet som de fleste likte, ville ikke denne pasienten være med på det. «Ville det ikke vært godt å komme seg litt ut da? Bevege seg litt?» spurte vi han en gang. For å gjengi pasientens egne ord var han så «dritt lei av hele institusjonen og alle de gærne folka her» at han ikke gadd noen



---

verdens ting. Vi opplevde derfor pasientens motivasjon for å gjøre noe som helst som svært lav. Motivasjon kan komme av mye forskjellig: vilje, sinne og sorg for å nevne noe, og siden denne mannen var så lei av sykehuset og alle folka, tenkte vi at det kunne være en god idé å heller gå en tur. Vi spurte han om han kunne tenke seg å bli med ut, og vi appellerte til hva han hadde fortalt tidligere. Han lyste opp i ansiktet og takket ja til dette. Det endte med at vi gikk tur to ganger i uken, litt lengre for hver gang. Han fortalte meg etter flere uker hvor godt det var at noen tok seg tid til å gå tur med han og hvor deilig det var å komme seg litt vekk og endelig få brukt kroppen. Han virket også mye lettere til sinns, og plutselig en dag spilte han kubb med de andre pasientene. Dette støttes av Martinsen (2011) i det han skriver om at mennesker som kommer i gang med fysisk aktivitet ofte opplever at negativ utvikling snur til positiv utvikling.

Vi er enige om at fysisk aktivitet er bra for helsen, både psykisk og fysisk, men for å klare å motivere pasienten blir man nødt til å lytte til pasientens ønsker og respektere pasientens autonomi. Dette understøttes i studien «*The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia*» (Vancampfort, m.fl., 2013) som viser at hvis selvbestemmelsen er tilstede og blir hørt, vil det være lettere å skape motivasjon og engasjement rundt den enkelte aktivitet. Som sagt er det viktig å lære å kjenne pasienten man vil motivere slik at man kan velge en god strategi for å få gjennomslag. Det er ikke sikkert hverken det å gå tur eller å spille fotball er det som vil motivere pasienten, men kanskje styrketrening kan være av interesse. Kanskje er det det å bygge muskler, bli sterkere og se fremgang vil skape motivasjon for pasienten. I Kristiansens (2010) avhandling påpekes det at en viktig faktor for at pasienter skal finne motivasjon for fysisk aktivitet må opplegget være attraktivt. Også personalets rolle og engasjement ble trukket frem som essensielt. Martinsen (2011) skriver at det er lite sannsynlig at fysisk aktivitet kan stanse utviklingen av schizofreni, men han skriver også at det hjelper på å redusere negative symptomer. Også resultatet i studien til Bjørnstadjordet (2009) viste at fysisk aktivitet bidro til å redusere negative og positive symptomer. Personlig har vi selv erfart nettopp dette gjennom vår tid i psykiatrisk praksis, hvor pasienter som deltok i aktiviteter som inneholdt fysisk aktivitet, var disse pasientene mindre innadvendte og deprimerte. De viste større interesse for å sosialisere seg i miljøet.

Fysisk inaktivitet, røyking og overvekt er noe vi har sett mye av blant schizofrene pasienter i vår praksis på psykiatrisk avdeling. Disse faktorene kan muligens spille en viktig rolle når man snakker om årsaker til deres reduserte levealder. Martinsen (2011) skriver at

regelmessig fysisk aktivitet kan påvirke negative symptomer og depresjon, samt hjelpe pasientene med å mestre sine positive symptomer.

## 6.5 Musikkterapi

Vi ha nevnt tidligere at musikkterapi er musikkterapeutens oppgave. Vi har alle våre individuelle ressurser vi bruker som verktøy i psykiatrisk sykepleie. Vi mener at en sykepleier som har kunnskap og erfaringer innen andre fagfelt, som musikk, fysisk aktivitet eller kunst og håndverk bør bruke dette i behandlingen av schizofrene pasienter. Hans Petter Solli (2006) mener at musikkterapi ikke er forbeholdt musikkterapeuten, og at hvem som helst av helsepersonell kan sette seg ned med en pasient å lytte til musikk. Solli (2006) mener at dette kan være en trygg og meningsfull måte å være sammen på. Vi har selv erfart at det å bruke musikk som et verktøy kan være vellykket for å skape samhold eller bygge relasjoner mellom oss og pasienter. I praksis har vi brukt egne instrumentelle kunnskaper, spilt gitar og sunget med pasientgruppa. Vi merket oss var at gitaren ble et samlingspunkt og at noen pasienter stoppet å prate med seg selv, for i stedet å sette seg ned ved siden av å synge med. Noen dager kunne noen pasienter spørre om vi ikke kunne spille en sang, og de kom av og til med spesifikke forslag til låter. Som nevnt tidligere beskriver Myskja (2003) flere undersøkelser hvor resultatet var at schizofrene pasienter som mottar musikkterapi viste mer interesse for det sosiale miljøet, kommunikasjon med andre og en reduksjon av negative symptomer. Dette er i tråd med vår opplevelse da musikken ble et samlingspunkt i avdelingen. Videre opplevde vi at pasientene ville føre en samtale med oss og andre pasienter og at de i mindre grad isolerte seg. Dette samsvarer med resultatet i studien til Ulrich, m.fl., (2007) hvor det var en tydelig og god effekt av musikkterapi i forhold til reduksjon av negative symptomer hos deltakerne. På tross av positive erfaringer ved bruk av musikk i psykisk helsevern kan vi også relatere til at ikke alle er mottakelige for denne typen aktivitet. Noen pasienter valgte å trekke seg unna når vi spilte og sang. Vi opplevde også at noen isolerte seg på rommene sine. Kanskje traff vi de ikke med musikken vi spilte, musikken ble oppfattet som bråk eller mengden mennesker som samlet seg skapte en barriere for enkelte. Noe som ofte går igjen hos schizofrene er mangel på selvtillit (Nordentoft, 2009), så det kan tenkes at de følte de måtte prestere noe for å være med. Vi kan ikke si at vi har brukt musikk som en ren terapiform, men vi har brukt musikk som et verktøy for å skape relasjoner og samhold. Vi følte vi klarte å motivere pasientene til å delta i fellesskapet ved å bruke musikk og sang. Dette bekreftes da resultatet i Gold, m.fl., (2013)

---

viser at musikkterapi er en effektiv og god terapiform for pasienter som sliter med lite motivasjon. Vi fikk gode relasjoner til noen og vi klarte ikke å nå inn til andre. Ved å spille og synge åpnet vi oss opp for de som hørte på, og vi ga dem innsikt i hvem vi er. Dette er noe Hummelvoll (2012) beskriver i en av hjørnesteinene, *åpenhet/innsikt*, en av faktorene som sykepleier- pasient fellesskapet bygger på.

Som personer som er over gjennomsnittlig interessert i musikk har vi alltid ment at musikk er medisin. Dette bekreftes når Helsedirektoratet (2013) anbefaler musikkterapi for psykotiske pasienter i “Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselider”. Her skriver de at musikkterapi fremmer tilfriskning og at behandlingen bør starte så tidlig som mulig for å redusere negative symptomer. De skriver videre at behandlingen må utføres av terapeuter med godkjent utdanning innen musikkterapi. På en annen side mener Solli (2006) at musikkterapi ikke er forbeholdt musikkterapeuten og at alle kan sette seg ned med pasientene og lytte til musikk eller synge sammen. Allikevel ser vi betydningen av at målrettet musikkterapi utføres av de rette fagfolkene.

## 6.6 Motivasjon

Vi har skrevet om motivasjonssamtalen, også kalt motiverende intervju, tidligere i oppgaven. Dette mener vi er en viktig arena for å skape tanker og refleksjoner hos pasienten. Som Martinsen (2011) skriver forsterker man pasientens uttalelser ved å stille åpne spørsmål som skaper refleksjon. Man tar altså utgangspunktet i det pasienten selv kommer med og ut ifra det kan man hjelpe pasienten til å ta initiativ og egne beslutninger. Hvis pasienten har følelsen av at han gjør noe han faktisk har lyst til å gjøre, og lykkes med det, kan det bidra til å styrke hans selvfølelse og håp om at hans situasjon kan bli bedre. Når pasienten lykkes i det han gjør kan det også virke imot følelsen av oppgitthet (Hummelvoll, 2012).

Vi opplevde at motivasjonssamtalen hadde god effekt på en inneliggende pasient når det gjaldt å motivere pasienten til å komme seg ut av rommet hun isolerte seg på. Bakgrunnen for motivasjonssamtalen var at personalet følte at hennes positive utvikling hadde stagnert i en periode. I samtalen ble hun bevisstgjort på konsekvensene ved å isolere seg og være inaktiv. Hummelvoll (2012) skriver at bevisstgjøring er nødvendig for å skape endring. Det ble kartlagt hva slags interesser hadde hatt tidligere, og det kom frem at hun hadde holdt på med ridning i flere år før hun ble syk. Det ble derfor foreslått at dette kunne være en aktivitet

hun kunne prøve å ta del i. I begynnelsen argumenterte pasienten for at det var vanskelig å gjennomføre. Vi opplevde at personalet anerkjente pasientens argumenter og lot være å overtale henne. De valgte i stedet å drøfte i samarbeid med pasienten positive og negative sider ved å begynne med ridning igjen. Etter et par slike samtaler hadde pasienten kommet frem til at hun hadde lyst til å gi det et forsøk hvis hun en fra personalet kunne være med. Etter første ridetime var pasienten positiv til å fortsette uken etter. Avdelingen la derfor til rette slik at hun, hver tirsdag, fikk muligheten til å reise på ridetime med følge av en fra personalet. Belyst av teorien vi nå har tilegnet oss ser vi at disse samtalene har fellestrekk med de ulike fasene den teoretiske modellen for endring bygger på av Prochaska & DiClements som Martinsen (2011) viser til.

Vi trekker også frem eksemplet vi skrev om tidligere som handler om den unge mannen som var lei institusjonen og alle folkene der. Da han kom seg ut og vekk fra miljøet han var så lei av, og lyktes i å klare å gå tur to ganger i uken forsvant hans følelse av oppgitthet rundt sykehuset. Det skjedde en positiv utvikling og han deltok plutselig i andre aktiviteter selv om alle folkene han var så lei av også deltok i.

Det som viser seg å være en stor utfordring for å få til et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier er pasientens lave interesse og mangelfulle forståelse for sin egen situasjon. Sykepleierens innlevelse, tålmodighet og engasjement påvirkes også av de negative symptomene som mange schizofrene preges av (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) viser til en kommentar fra en brukerrepresentant som forteller om at behandlere ofte har naive forestillinger om at alle former for hjelp er ønsket, basert på det behandleren mener pasienten trenger hjelp til. Når pasienten ikke følger opp, blir det tolket som mangel på motivasjon. Det er avgjørende for et godt resultat at pasienten og sykepleieren forhandler seg frem til hvordan forandringen skal skje, og at oppfølgingen og treningen skjer i pasientens tempo, skriver Hummelvoll (2012).

## 7. Konklusjon

Det har vært gjennomgående positive resultater i teorien og forskningen vi har funnet frem til når det gjelder bruk av miljøterapi og miljøtiltak i behandlingen av unge mennesker som lider av schizofreni og er innlagt på psykiatrisk sykehus. Våre erfaringer og opplevelser understøtter også dette. Det er allikevel viktig å poengtere at for de fleste må slik behandling skje i tillegg til medikamentell behandling. I denne oppgaven har vi rettet fokuset mot hvorfor det er viktig å skape motivasjon og legge til rette for deltakelse i miljøtiltak, som pasienten vil benytte seg av og oppleve som positivt. Sykepleier – pasient-felleskapet er sentralt fordi en god allianse, med gjensidig tillit, respekt og åpenhet vil være grunnleggende for å forstå pasienten og hva han trenger hjelp til og deretter kunne tilrettelegge for tiltak. I følge Hummelvoll (2012) er hjørnesteinene essensielle i sykepleier – pasient-felleskapet. Vi opplever at motivasjonssamtalen, og den teoretiske modellen for endring den er basert på, spiller en helt sentral rolle når man skal skape motivasjon hos schizofrene pasienter. De ulike miljøtiltakene vi har presentert bidrar til økt selvfølelse, mestringsfølelse og en reduksjon av negative symptomer. Vi ser at det er visse forutsetninger som må til som for eksempel holdninger og erfaringer hos personalet, og planløsning i selve institusjonen. Vi har poengtert at for å skape en virksom miljøterapi må man gå ut ifra pasientens egne forutsetninger, da alle er individuelle og preges forskjellig av sykdommen.

I begynnelsen av oppgaven har vi tatt med en kalligrafi av Bent Rohde (figur 1) som viser det kjente sitatet av Søren Kierkegaard, «Hjælpekunst». Dette sitatet har for oss vært en rød tråd under hele arbeidsprosessen, da det handler om at man må lære å kjenne pasienten, hans problemer og forstå hans situasjon, tanker og opplevelser for å kunne klare å hjelpe han. Når vi nå er ferdig utdannede sykepleiere er dette en filosofi vi kommer til å ta med oss videre i arbeid med mennesker som preges av psykisk sykdom.

## Litteraturliste

- \* Bjørnstadjordet, K. (2009). *Fysisk aktivitet som behandling av mental helse ved schizofreni*. *Fysioterapeuten* 5/2009.
- \* Christensen, T.Ø., & Krarup, G. (2011). *Skizofreni: Forståelse og behandling*. København: FADL's Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- \* Gold, C., Mössler, K., Grocke, D., Heldal, T.O., Tjemsland, L., Aarre, T., Aarø, L.E., Rittmannsberger, H., Stige, B., Assmus, J., Rolvsjord, R. (2013). Individual Music Therapy for Mental Health Care Clients with Low Therapy Motivation: Multicentre Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 319-331.
- \* Helsedirektoratet. (2013, juni). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (Rundskriv IS-1957). Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- \* Helsedirektoratet. (2016). *Hva er motiverende intervju?* Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju/hva-er-motiverende-intervju>
- \* Helsepersonelloven, LOV-2015-12-18-121. § 21. (2016). Lokalisert på: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5)
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- \* Hybholt, L. (2009). Miljøterapi i behandlingspsykiatrien. I N. Buus (Red.), *Psykiatrisk sykepleje* (s. 281-309). København: Dansk sygeplejeråd
- \* Johannessen, J.O. & Thorsen, G.R.B. (2005). *Schizofreni: For pasienter, pårørende, helsepersonell og andre* (6. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.

- 
- \* Kristiansen, J. (2010). *Motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med psykiske lidelser*. Norges Idrettshøgskole, Oslo, Norge
- \* Martinsen, E. (2011). *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- \* Moe, T. (2011). Motivasjon for fysisk aktivitet. I E. Martinsen. *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- \* Myskja, A. (2003). *Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi* (2. utg.). Oslo: Cappelen
- \* Myskja, A. (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* (125)11, 1497–1499
- \* Nordentoft, M. (2009). Schizofreni og psykose – symptomer, forløb og prognose. I M. Nordentoft, M. Melau, T. Iversen & S. Kjær. (Red.), *Psykose hos unge: Symptomer, behandling og fremtid; erfaringer fra OPUS*. København: Psykiatrifonden
- \* Rohde, B. (Kalligraf). (2011). *Hjælpekunst*, Special-Trykkeriet Viborg AS [Kalligrafi]. Lokalisert på <http://www.sk.ku.dk/citater.asp>
- Skårderud, F., Stänicke, E., Haugsgjerd, S., (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- \* Solli, H.P., (2006). Musikk i psykiatrisk praksis. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as
- \* Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi: Virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelser*. Elverum: Høgskolen i Hedmark
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal.
- \* Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag as

\* Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362-370.

\* Vancampfort, D., De Herdt, M., Vansteenkiste, M., De Herdt, A., Scheewe, T.W., Soundy, A., Stubbs, B., & Probst, M. (2013). The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 210(3), 812-818.