



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Emmeline Narvesen Torp & Erik Grotli Steen-Hansen

Veileder: Ann-Grete Dybvik Akre

Når relasjonen skaper en forskjell

When the relation constitute a difference

Antall ord: 11619

Bachelor i sykepleie, BASY 2013

2013-2016

| | | |
|--|------|------------------------------|
| Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket | JA X | NEI <input type="checkbox"/> |
| Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage | JA X | NEI <input type="checkbox"/> |

Norsk sammendrag

Tittel: Når relasjonen skaper en forskjell

Bakgrunn og hensikt: I psykiatrisk praksis har vi møtt pasienter som blir skrevet ut etter endt behandling, men som etter kort tid vender tilbake til en sengepost for nytt opphold. Det har også blitt observert en tendens til at pasientene mister troen på fremgang og rehabilitering. På grunnlag av observasjonene oppsto det et ønske om å utforske sykepleierens rolle knyttet til forebygging av psykosestilstander.

Problemstilling: Hvordan kan relasjonsbyggende sykepleie bidra til å forebygge psykotisk tilbakefall?

Metode: Denne oppgaven er et litteraturstudie. Vi har funnet kunnskap gjennom pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, reviews og egne erfaringer fra praksis.

Teori: I teoridelen blir det utdypet temaer som er relevant for problemstillingen. Det blir trukket frem sykepleieteorier som er valgt ut til oppgaven, tilstanden psykose, forebygging, kommunikasjon og relasjon.

Konklusjon: Ved fokus på pasientens grunnleggende behov, egostyrkende sykepleie og riktig bruk av kommunikasjonsverktøy i miljøet får sykepleieren anledning til å danne en relasjon med pasienten. Denne relasjonen mener vi er essensiell for å hjelpe pasienten i å forebygge tilbakefall av psykose.

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. Innledning | 6 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 6 |
| 1.2 Problemstilling | 7 |
| 1.3 Begrepsavklaring | 7 |
| 1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans | 8 |
| 1.5 Pressisering og Avgrensning | 9 |
| 1.6 Oppgavens oppbygging | 10 |
| 1.7 Case | 11 |
| 2. Metode | 12 |
| 2.1 Søk og funn | 12 |
| 2.2 Oppsummering av artikkelsøk | 13 |
| 2.2.1 Review Cochrane: "Early intervention for psychosis":..... | 13 |
| 2.2.2 Review Cinahl: "Evidence-Based Early Interventions for Individuals at Clinical High Risk for Psychosis":..... | 14 |
| 2.2.3 Review Cinhal: The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome?..... | 15 |
| 2.2.4 Review Cinhal: Mental health nursing and first episode psychosis | 16 |
| 2.3 Kildekritikk | 17 |
| 2.4 Ethiske refleksjoner | 19 |
| 2.5 Lovverk | 20 |
| 3. Teori | 21 |
| 3.1 Joyse Travelbee | 21 |
| 3.1.1 Menneske-til-menneske forholdet..... | 21 |
| 3.1.2 Travelbee om håp | 22 |
| 3.2 Dorothea Orem | 23 |
| 3.2.1 Dorothea Orem's egenomsorgsbehov | 23 |
| 3.3 Egenomsorgssvikt og svikt i egofunksjoner | 25 |
| 3.4 Forebygging | 26 |
| 3.5 Psykose | 27 |
| 3.5.1 Bakgrunn | 27 |
| 3.5.2 Symptomer | 27 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.5.3 | Psykose og egenomsorg | 28 |
| 3.6 | Hva er TIPS..... | 29 |
| 3.6.1 | Hvorfor TIPS..... | 29 |
| 3.7 | Kommunikasjon og relasjonskapende sykepleie | 29 |
| 3.7.1 | Bekreftende ferdigheter, verbalt følge, speiling og aktiv lytting..... | 30 |
| 3.7.2 | Empati til relasjon | 31 |
| 3.8 | Miljøterapi | 32 |
| 4. | Drøfting..... | 33 |
| 4.1 | Hvordan vil fokus på de grunnleggende behov påvirke relasjon og psykoseforebygging 33 | |
| 4.2 | Kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende..... | 35 |
| 4.3 | Hvordan skape en god relasjon til pasienten..... | 37 |
| 4.4 | Forebygging av psykose..... | 39 |
| 5. | Konklusjon..... | 42 |
| 6. | Litteraturliste..... | 44 |
| 6.1 | Pensumlitteratur | 44 |
| 6.2 | Selvalgt litteratur..... | 45 |
| | Vedlegg 1 database søk..... | 46 |
| | Vedlegg 2 - PICO-skjema | 47 |

Verden var rotete og vanskelig å forstå, og fordi jeg ikke forstod ble jeg ofte sint og fortvilet. Jeg fikk ikke til å samarbeide med de rundt meg fordi jeg ikke forstod hva som foregikk, og de glemte vel ofte å samarbeide med meg fordi de tenkte at jeg ikke ville. Det var ikke sant. Jeg ville, men jeg skjønnte ikke.

Og skal man få til et skikkelig samarbeid, så må man forbi beskrivelsene og diagnosene og inn på forståelse og resurser og livssituasjon (Lauveng, 2014, s.134).

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Problemstillingen i dette litteraturstudiet er knyttet til psykosetilstander og hvordan sykepleieren kan bidra til å redusere eller forebygge tilbakefall. Forebygging av sykdom er blitt et sentralt begrep i norsk sykepleie etter at Samhandlingsreformen (2008-2009) fremhevet forebyggende helsearbeid som et sentralt tema. Reformen plasserer mye av ansvaret om forebygging over til hver enkelt kommune. Ved forebygging av sykdom vil sykepleieren bidra til å redusere en påkjenning for pasienten og familien, samt bidra til å være samfunnsøkonomisk forsvarlig. For som Hummelvoll (2012) skriver: psykiske lidelser sto i 2009 for 13,7% av sykefraværet i arbeidslivet.

Basert på erfaringer fra psykiatrisk praksis har det oppstått en opplevelse av at pasienter stadig kommer tilbake til sengepost. Det har også blitt observert at pasienter som blir reinnlagt på en sengepost eller som har jevnlig opphold på et akuttmottak, ofte mister troen på at de kan bli friske og klare seg selv igjen. På grunnlag av erfaringene ønskes det å se nærmere på om sykepleieren kan bidra til en helsemessig gevinst for pasienten.

Gjennom denne litteraturstudien ønsker vi å få en dypere forståelse av hvordan en sykepleier på best mulig måte kan forberede pasientene før hjemreise, der målet vil være å forebygge tilbakefall av psykose. Vi mener problemstillingen generelt er interessant og viktig, samt at vi ønsker å øke egen kunnskap knyttet til denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

Det ønskes å belyse behandling til pasienter som har hatt utløst psykose og hva en sykepleier på institusjon kan gjøre for å redusere eller forebygge tilbakefall av psykose hos unge mennesker mellom 18 og 30 år. Kompleksiteten og utfordringene ønskes fremhevet i denne oppgaven ved å svare på følgende problemstilling:

”Hvordan kan relasjonsbyggende sykepleie bidra til å forebygge psykotisk tilbakefall ”.

1.3 Begrepsavklaring

Sykepleie

Siden Joyce Travelbee´s (2001) teori om sykepleie blir brukt i vår oppgave har vi valgt hennes definisjon på sykepleie:

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

Relasjon

Travelbee (2001) bruker ikke sykepleier-pasient-forhold når hun snakker om relasjon mellom disse, men hun bruker Menneske-til-menneske-forhold. Hun beskriver det som at pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som unike individer, hvor de overser rollene som pasient og sykepleier. Hun mener at dersom de klarer det, vil det oppstå en relasjon dem i mellom.

Forebygge

Hummelvoll (2012) sier at primært forbyggende arbeid handler om å fjerne eller motvirke faktorer, som kan skape sykdom og lidelse.

1.4 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans

Det ønskes å sette fokus på sykepleierens rolle knyttet til pasienter med førstegangsutløst psykose. Det vil bli diskutert hva en sykepleier kan gjøre for å redusere tilbakefall av psykose gjennom relasjonsbygging, kommunikasjon, gi håp, støtte og struktur, samt ved å ha fokus på pasientens grunnleggende behov.

Det er viktig at sykepleieren har kunnskaper og forståelse om nevnte områder, fordi det vil kunne gjøre at jobben knyttet til de utfordringer pasienter med psykisk sykdom opplever løses på en bedre måte. Oppgavens hovedfokus er forebygging noe vi mener er essensielt ettersom tilbakefall har negative konsekvenser for pasienten med tanke på personlige, familiære og sosiale relasjoner. Både sykepleiere og pasienten selv kan derfor ha nytte av å lese oppgaven, for å bli opplyst i hvilke problemstillinger som kan oppstå, og hvilke forebyggende tiltak som er viktige å iverksette for å unngå psykotisk tilbakefall.

I følge helsedirektoratet (2013) er det satt som mål at 70% av pasienter med førstegangsutløst psykose skal være i remisjon etter et års behandling, og at 80% av pasienter med førstegangsutløst psykose skal være i remisjon etter 2 år. Helsedirektoratet (2013) omtaler remisjon som at pasienten ikke har behov for behandling og ikke lenger viser tegn til sykdom. Helsedirektoratet (2013) viser til at 25% av pasienter med schizofreni kun opplever en sykdomsperiode, 25% blir kronisk syke og at de resterende 50% opplever en mellomting av de to ytterpunktene. Det vil si at en gruppe på 75% som vil oppleve en eller flere episoder med tilbakefall, noe som dokumenterer hvor viktig denne problemstillingen er. Helsedirektoratet (2013) har også retningslinjer som presiserer viktigheten av familieveiledning, miljøterapi med fokus på struktur, støtte, orden og omsorg og sosial ferdighetstrening for pasienter med psykoselidelser. Retningslinjene er med på å vektlegge og gi oppgaven faglig relevans.

1.5 Pressisering og Avgrensning

Oppgaven avgrenses til pasientgruppen unge voksne fra 18 til 30 år med prodromale symptomer eller førstegangpsykoser innlagt på avdeling for tidlig intervensjoner ved psykose (TIPS). Det vil ikke bli drøftet videre om TIPS-avdeling. Fokuset vil være på hvilken måte en sykepleier kan bygge relasjon til en pasient på avdelingen uavhengig av type psykose, og om dette vil ha en effekt på forebygging av tilbakefall. Derfor utelattes det å beskrive symptomene for psykose på et mer inngående biologisk nivå i teoridelen da det ansees som irrelevant for denne oppgaven.

Det er laget en case hvor pasienten er frivillig innlagt og ikke befinner seg i den akutte fasen. Derav drøftes ikke noe om pasientens samtykkekompetanse. I oppgaven brukes Joyce Travelbee og Dorothea Orem`s sykepleieteorier. Travelbee sin teori om menneske-til-menneske-forholdet og det å skape håp, vil vi knytte opp mot Orem`s grunnleggende behov for å skape relasjon. De grunnleggende behov anser vi som en viktig plattform for nyutdannede sykepleiere til å komme tett på pasienten. Ved å dekke pasientens grunnleggende behov tror vi at den nyutdannede sykepleieren kan bygge en relasjon. Det er dette vi ønsker å se nærmere på.

Hummelvoll (2012) benyttes som fagpensum til å støtte oppunder Travelbee (2001) sin sykepleieteori og er derfor ikke beskrevet videre i teorien. Vi tolker at ordet allianse fra Hummelvoll (2012) kan direkte overføres til relasjon.

Tverrfaglig samarbeid, individuell plan og kriseplan er viktige og sentrale områder i behandlingen av pasienter med psykoselidelse. Grunnet oppgavens omfang har vi valgt å ikke gå nærmere inn på disse områdene.

I reviewet 2.2.3 ”The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome” tolker vi at yrket ”saksbehandler” kan trekke klare sammenlikninger til en norsk sykepleier.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem ulike kapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I tillegg til kapitlene er sammendrag, vedlegg og kildehenvisning.

Kapittel 1 - Innledningskapittelet. Her beskrives bakgrunn for valg av tema, problemstilling, begrepsforklaringer, oppgavens hensikt/ sykepleiefaglig relevans, presisering/avgrensning og avsluttes med en selvlaget case som oppgaven skal bygges videre på.

Kapittel 2 - Metodekapittelet. Her presenteres søk og funn, utvalgte reviewer som skal knyttes til oppgaven, kildekritikk, etiske refleksjoner og lovverk.

Kapittel 3 - Teorikapittelet. I dette kapittelet beskrives sykepleieteori og fagkunnskap som ansees som aktuell og vesentlig opp mot problemstillingen.

Kapittel 4 - Drøftingskapittelet. Her drøftes aktuell teori, forskning og praksiserfaringer opp mot hverandre for å kunne svare på problemstillingen. Altså hvordan en sykepleier kan bygge relasjon til en pasient, og om en god relasjon vil kunne bidra til å forebygge tilbakefall av psykose.

Kapittel 5 - Konklusjonskapittelet. Konklusjonen vil være et resultat av drøftingskapittelet. Altså en oppsummering med svar på problemstillingen.

1.7 Case

Henrik er 23 år gammel og er frivillig innlagt på avdeling for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS) med vrangforestillinger. Han er engstelig og skeptisk til de ansatte på avdelingen. Henrik har ingen form for utdanning og har ikke jobbet siden han var 20 år. Han var en aktiv håndballspiller, men han sluttet med idrett fordi han hadde en følelse av å måtte prestere, noe han ikke mestret. Henrik har også isolert seg mye i hjemmet, samtidig som han over lengre perioder enten har vært mye våken eller sovet mye. Ønsket om å bli frisk er til stede, men han ser likevel dystert på fremtiden. Før Henrik ble innlagt benyttet han sporadisk alkohol og hasj siden han slet med å få sove om natten. Henrik har videre fortalt at medisinene han er blitt satt på gjør at han har gått opp i vekt. Han mener vektøkningen har en sammenheng med medisinene. Henrik har gitt uttrykk for at han kanskje kommer til å slutte med medikamentene etter utskrivelse siden han mener at alkohol og hasj har ”fungert” tidligere og det ikke påvirket vekten hans. Henrik har en støttende familie som ønsker å bli inkludert i hans behandling, noe han har gitt samtykke til.

2. Metode

Dalland (2012) bruker sosiologen Vilhelm Auberts definisjon av metode: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (s. 111).

Bacheloroppgaven er et litteraturstudie. Det betyr at oppgaven er bygget på innhentet forskningsarbeid, fagpensum og/eller annen relevant litteratur som allerede finnes innenfor temaområdet. Vi har drøftet den innhentede informasjonen for å løse problemstillingen for deretter å kunne trekke en konklusjon (Dalland, 2012). Når en oppgave bygges på andres arbeid, er det nødvendig at forfatterne av det arbeidet oppgaven bygges på blir kreditert for det arbeidet de har gjort. Forfatterne av arbeidet denne oppgaven er bygget på blir kreditert gjennom bruk av APA kildehenvisning. Et litteraturstudie stiller også krav om kritikk rettet mot de kilder som er brukt for å vurdere og karakterisere kildene; Litteraturens relevans mot problemstillingen, hvilket år litteraturen er publisert og hvordan forskningen er presentert (Dalland, 2012). Det presenteres også søk, hvilke søkeord og forskning som er benyttet.

2.1 Søk og funn

I oppgaven er det brukt pensumlitteratur fra vår treårige sykepleieutdanning, samt at vi har holdt kravet om minst 400 sider med selvvalgt litteratur. For å finne aktuell litteratur har høgskolens bibliotek blitt benyttet. Databasen Oria har blitt benyttet som et verktøy for å finne den aktuelle litteraturen.

For å lokalisere aktuelle forskningsartikler har vi brukt databaser som Høgskolen i Hedmark har på sin hjemmeside. Databasene er SveMed+, Cochrane, Cinahl og Google Scholar. SveMed+ er i hovedsak brukt for å finne gode MeSH-termer, som senere ble brukt i videre søk på Cinahl og Cochrane. Ut i fra MeSH-termene brukte vi blant annet søkeord som: ”Nursing”, ”mental disorder”, ”psychosis”, ”psychosis risk”, ”treatment”, ”outcome”, ”early intervention”, ”therapeutic alliance” og ”results”. Resultatene av søkene blir beskrevet nærmere i Vedlegg 1. Vi har også benyttet picoskjema, se vedlegg 2.

For å velge ut relevante artikler knyttet til temaet ble det fokusert på gyldighet. Altså at artiklene var utgitt på et språk vi mestret, som skandinavisk eller engelsk, og at de inneholdt

innledning, metodedel, resultat og diskusjonsdel etter IMRAD-prinsippet. Nyere utgivelsesår var et kriterie, men det har også vært aktuelt å bruke artikler som er skrevet for mer enn fem år siden. Vi startet med å lese overskrifter som virket relevante knyttet til problemstillingen, ut i fra funn, leste vi så abstrakter og fant frem til artikler som var aktuelle å lese i fulltekst.

2.2 Oppsummering av artikkelsøk

I denne oppgaven er det brukt fire reviewer:

2.2.1 Review Cochrane: "Early intervention for psychosis":

"Early intervention for psychosis" er en oppsummering av 18 feltstudier med den hensikt av å se på utfallet til tidlig intervensjon ved psykose. Forskerne ønsket å se nærmere på alle studier som omfattet tidlig intervensjon ved psykose med prodromale symptomer eller en episode med førstegangsutløst psykose. De indentifiserte 18 studier som relevante, men de fleste av studiene de lokaliserte hadde mangel på data slik at det ikke kunne trekkes en definitiv konklusjon, og at det må mer forskning til på området.

Reviewet beskriver hva schizofreni og psykose er og hva målet med tidlig intervensjon vil være. Schizofreni har typisk debut i stadiet sen ungdom eller ung voksen og denne sykdommen kan medføre livslange handikap. Forløpet til en utløst psykose vil vanligvis kunne starte med prodromale symptomer, altså symptomer som kommer til forløp før utløst psykose. Tidlig intervensjon har i utgangspunktet to fokusområder: Forebygge utløst psykose hos pasienter med prodromale symptomer og gi tilstrekkelig effektiv behandling til pasienter med førstegangsutløst psykose.

Det konkluderes i reviewet med at pasienter med prodromale symptomer kan ha et positivt utfall med enkelte typer tidlig intervensjoner. Det bygges også oppunder at spesialisert tidlig intervensjon har en effekt, men at bevisene fremdeles er usikre. Dette er i hovedsak på grunn av for lite data eller for svak forskning. Det støttes også oppunder at jobb og familieterapi også kan vise til positive resultater, men igjen at det trengs mer forskning på området for å kunne trekke definitive konklusjoner (Marshall & Rathbone, 2011).

2.2.2 Review Cinahl: "Evidence-Based Early Interventions for Individuals at Clinical High Risk for Psychosis":

(Thompson et al., 2015) har laget en review-artikkel om bevisbaserte intervensjoner rettet mot voksen ungdom og unge voksne. Artikkelforfatterne skriver også om vanskelighetene denne målgruppen opplever, parallelt med sine prodromale psykosesymptomer, eller den nyutviklede psykosen. Om sykepleieren fokuserer på de parallelle områdene pasienten opplever vanskeligheter med, samt vektlegger forebygging av symptomer i tidlig intervensjon vil det bidra til redusert risiko for overgang til fullt utløst psykose. Artikkelen viser til at tidlig intervensjon kan redusere risikoen for å utvikle psykose med 50% til 66% etter et år, men de nevner også at selv om prognosene er lovende eksisterer det en variasjon innad i de forskjellige individuelle behandlingsprogrammene. I følge artikkelen består TIPS behandling i dag av elementer som:

- innledende kontakt
- vurdering av pasienten
- planverk rundt sikkerhetsbekymringer
- sykdomsundervisning
- kognitiv terapi
- behandling av parallelle problemer
- sosial trening
- engasjering av familie i behandlingen
- utdanning eller yrkesrettet støtte
- tverrfaglig samarbeid

Artikkelforfatterne skriver videre at selv om den eksisterende formen for tidlig intervensjon viser lovende prognoser for pasienter i den prodromale fasen og ved førstegangsutløst psykose, er det likevel rom for forbedring i utviklingen og bruken av intervensjonsstrategier. Det vises til usannsynligheten for at en felles mal for alle pasienter i risikogruppen, vil være den mest effektive. Dette er grunnet med at de grunnleggende behov til hvert enkelt individ er forskjellige.

Etter som helsepersonell tilegner seg økt kompetanse i gjenkjenning av pasienter i risiko for utløst psykose, ser det ut til at også livet til pasientene som er i risikogruppen for utløst psykose bedres. For pasientene som er i risikogruppen, men som ikke får utløst psykose, ser

TIPS ut til å redusere stress og påkjenningsomfanget pasienten måtte oppleve, knyttet til de relevante kliniske symptomer (Thompson et al., 2015).

2.2.3 Review Cinhal: The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome?

Reviewet er basert på 84 artikler og 2 meta-analyser som omhandler relasjonen/alliansen mellom saksbehandlere og pasienter ute i kommunehelsetjenesten.

Målet til forfatterne med dette reviewet var å undersøke om det var bevis som støttet tanken om en sammenheng mellom en god terapeutisk allianse og pasientenes funksjonalitet.

Resultatet forfatterne kom frem til demonstrerte en sammenheng mellom allianse og resultat for pasienten:

The relationship between early alliance (measured at 6 months) and outcome at two years demonstrated the following: those with 'good alliance', 77.8% (n = 14) also had good outcome and 22.2% (n = 4) had poor outcome. Those with 'fair alliance', 72% (n = 16) also had good outcome and 27.3% (n = 6) had poor outcome. Those with 'poor alliance', 25% (n = 2) had good outcomes and 75% (n = 6) had poor outcome. (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003, s 173)

Bevisene støtter påstanden om at en god terapeutisk relasjon mellom saksbehandler og pasient vil ha en positiv påvirkning på utfallet til pasienten. Selv om forfatterne påpeker at det trengs mer spesifikk forskning på relasjonsrollen og relasjonens innvirkning, mener de at et fokus på relasjonsstrategier vil kunne være et positivt verktøy for helsepersonell. Dette for å kunne bistå pasienten i å håndtere sykdommen og å optimalisere pasientens styrker knyttet til samfunnet (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003).

2.2.4 Review Cinhal: Mental health nursing and first episode psychosis

Forfatterne har tatt for seg 27 forskningsartikler som omhandler sykepleiers bidrag ved førstegangs psykose i denne review-artikkelen. Formålet var å se spesifikt på sykepleierens bidrag til behandlingen av en pasient med førstegangs utløst psykose, på hvilke områder sykepleieren var essensiell og om disse områdene bidro til å forebygge tilbakefall av psykose.

Artikkelforfatterne identifiserte fem forskjellige områder der sykepleier bidro i den terapeutiske behandlingen av pasienten: Utviklingen av en terapeutisk relasjon, forebyggende arbeid mot psykose, sosial trening, stimulering av pasienten til å følge foreslått medikamentregime og støtte knytte til pårørende.

Reviewet viser til at pasienten før og i en innleggelsesfase ofte opplever forvirring, føler seg redd, har depressive tanker, blir sosialt isolert, føler skam eller flauhet og bekymringer for fremtiden. Denne pasientgruppen er også i en større fare for å begå selvmord i forhold til normalbefolkningen.

Det har vært forsket mye på tematikken av tidlig intervensjon, men som artikkelforfatterne beskriver, har lite av denne forskningen gått spesielt i dybde på selve behandlingen pasienten gjennomgår. Gitt at det er sykepleiere som er hovedtyngden av fagpersoner som til enhver tid er med eller i nærheten av pasienten, ønsket artikkelforfatterne å belyse sykepleierens rolle i behandling og forebygging av tilbakefall. De har stilt seg to spørsmål i dette reviewet, hva de vet om sykepleierens bidrag til behandlingen av en pasient med førstegangs psykose og hvilke beviser bygger oppunder denne kunnskapen.

Det forfatterne kom frem til etter en gjennomgang av 27 artikler er at sykepleiere blir konfrontert med forvirring, angst, sosial isolasjon, skyldfølelse og andre problemer pasienten har opplevd i etterkant av førstegangs psykose. Artikkelforfatterne viser til at et støttende forhold for å kunne tilby adekvat omsorg vil være til det beste for pasienten. Basert på det terapeutiske forholdet mellom sykepleier og pasient vil sykepleier kunne tilby individuell familiestøtte, i tillegg til sykdomsundervisning for å forebygge tilbakefall, bygge oppunder sosialisering og stimulere pasienten til å følge forskrevet medikamentregime.

Konklusjonen er at de fem områdene som sykepleier bidrar i: Utviklingen av en terapeutisk relasjon, forebyggende arbeid mot psykose, sosial trening og stimulering av pasienten til å følge forskrevet medikamentregime viser seg å være essensielt for pasientens progresjon. Dette på tross av at dokumentasjonen som de forskjellige forskningsartiklene var bygget på var noe begrenset. Det vises også til at det er et behov for videre forskning innenfor temaet for å skaffe seg evidens-basert innsikt i sykepleierens rolle, knyttet til behandlingen av en pasient med førstegangs psykose (van Dusseldorp, Goossens & van Achterberg, 2011).

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikken er med på å avgjøre om en kilde er troverdig. Kildekritikk skal vise at forfatteren av en oppgave skal forholde seg kritisk og vurdere litteratur som oppgaven bygges på.

Litteraturstudiet bygger på pensumlitteratur, selvvalgte review-artikler(oversiktsartikler) og annen faglitteratur.

Etter vår oppfatning må pensumlitteratur vurderes til pålitelig, ettersom skolen har anbefalt litteraturen. Det er i tillegg benyttet både primær og sekundær litteratur. Dalland (2012) forklarer at primærlitteratur er skrevet av hovedforfatter i motsetning til sekundærlitteratur hvor andre forfattere har nytolket hva hovedforfatteren mener.

Litteraturen som er benyttet om Dorothea Orem er en sekundærkilde. Dette kan medføre at Orems opprinnelige perspektiver kan ha blitt endret. Vi velger å tolke det positivt siden sekundærkilden beskriver Orems teorier fra et praktisk synspunkt. Et praktisk synspunkt er bedre vinklet mot sykepleierens praktiske yrke.

I litteraturstudiet er det kun benyttet review-artikler. Vi anser dette som positivt siden et review tar for seg flere studier innenfor samme felt systematisk. Det har vært vanskelig å finne aktuell forskning spesielt knyttet til relasjon mellom sykepleier og pasient.

Review Cochrane: *"Early intervention for psychosis"*: er en review artikkel som tar for seg 18 feltstudier. Reviewet er gjennomført i 2011. Derfor vurderes reviewet til å ikke være utdatert informasjon. Reviewet vurderes til relevant siden det tar for seg målgruppen til

oppgaven, altså pasienter mellom 18 og 30 år med prodromale symptomer eller førstegangsutløst psykose.

Review Cinahl: ”*Evidence-Based Early Interventions for Individuals at Clinical High Risk for Psychosis*”: Er en reviewartikkel som ser på bevisbaserte intervensjoner mot vår målgruppe knyttet til sykepleieres fokusområder i behandlingen av pasienten. Vi vurderer oversiktsartikkelen som relevant siden arbeidet er fra i 2015 og tar for seg tiltak en sykepleier kan gjøre for å forebygge nye psykoser i målgruppen.

Review Cinhal: *The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome?* Denne kilden omtaler ikke sykepleier direkte i teksten og reviewet er fra 2005, noe som i utgangspunktet er lite relevant for oss. Men forfatterne har sett på relasjonen mellom “Caseworker” og pasient i kommunehelsetjenesten. Etter søk på hva slags arbeidsoppgaver casemanager har, velger vi å tolke “Casemanager” til noe som kan omfatte en sykepleiers arbeidsoppgaver her i Norge. I tillegg blir viktigheten av en god relasjon mellom pasient og caseworker vektlagt fremfor caseworkers direkte arbeidsoppgaver. Dette fordi relasjonsbygging og resultatet av det blir belyst i denne oppgaven. Reviewet har tatt for seg 84 forskningsartikler og 2 meta-analyser, noe som er et meget omfattende arbeid og som er med på å vektlegge reviewet positivt. Etter å ha vurdert reviewet velger vi å anse det som relevant fordi den omtaler relasjonsbygging og at dette er godt dokumentert. Det er også reelt å si at relasjonsbygging og viktigheten av en god relasjon ikke går ut på dato etter fem år.

Review Cinhal: “*Mental health nursing and first episode psychosis*” har tatt for seg 27 forskningsartikler som har sett på sykepleierens arbeidsoppgaver og viktigheten av dette arbeidet for å bidra til å redusere tilbakefall av psykose. Reviewet har identifisert fem områder der sykepleier er essensiell i behandlingen. Dette reviewet anses som relevant for oppgaven siden arbeidet er fra 2011, noe som gjør at arbeidet ikke er utdatert. Reviewet er med på å sette perspektiv til oppgaven samt belyse flere viktige områder som vil styrke oppgaven.

Mer omfattende kritikk av kildene strekker seg utenfor vårt kunnskapsnivå som bachelorstudent. Dette medfører at videre kritikk av kildene ikke vil kunne tilføre arbeidet noe ekstra.

2.4 Etiske refleksjoner

Oppgaven er et litteraturstudie som bygger på faglitteratur og relevante erfaringer fra praksis. Anonymisering av case og eksempler har derfor vært en viktig del av oppgaven. Personnummer, navn eller andre personlige opplysninger knyttet til en person eller pasient, forandres til randomiserte nummer og det brukes et fiktivt navn. Det betyr at den originale informasjonen om personen eller pasienten har blitt aidentifisert. Det har vi gjort i denne oppgaven, det vil derfor ikke være mulig å identifisere personen i caset eller andre nevnte personer (Dalland, 2012).

Caset om Henrik er oppdiktet og han har et fiktivt sykdomsforløp. I eksempler som benyttes fra praktiske erfaringer vil vi ikke benytte oss av virkelige navn, spesifikke tidspunkt eller konkrete steder. Dette gjøres for å unngå at leseren skal kunne gjenkjenne eller identifisere personen som er bruket i caset eller eksempler nevnt i oppgaven. Som student og helsepersonell i praksis eller jobb er vi pålagt av lov å beskytte informasjon knyttet til pasienten fra fremmede eller annet helsepersonell som ikke har noe med pasienten å gjøre, så lenge vi ikke har tillatelse fra pasienten til å dele denne informasjonen. Taushetsplikten medfører at vi som studenter ikke kan bruke informasjon om en pasient eller en gjenkjennbar situasjon uten at informasjonen er aidentifisert gjennom anonymisering (Dalland, 2012).

2.5 Lovverk

Lovverk knyttet til psykisk helse er spesielt viktig fordi pasientene kan være sårbare, ikke være samtykkekompetente grunnet realitetsbrist, innlagt på tvang eller ha nedsatt evne til å avgjøre hva som er rett og galt for dem selv. Vi har valgt å ta med loven om taushetsplikt fra helsepersonell-loven og pasient-og brukerrettighetsloven fordi vi mener de relevante knyttet til oppgaven.

Helsepersonell-loven kapittel 5 § 21 (2001) omhandler taushetsplikt:

Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.

Pasient-og brukerrettighetsloven kapittel 3 § 3-3 (2001). Informasjon til pasientens nærmeste pårørende:

Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes.

Er pasienten over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i § 3-2.

3. Teori

3.1 Joyse Travelbee

Joyce Travelbee er en interaksjonstoretiker og har arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hennes sykepleieteori er rettet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee's teori er aktuell å bruke i denne oppgaven da hun presenterer ulike måter å ivareta og støtte det syke mennesket. Denne støtten og ivaretagelsen er med på å skape en relasjon mellom sykepleier og pasienten, noe som belyses i oppgaven (Kristoffersen, Nortvedt & Skau, 2011) .

Travelbee forholder seg til ethvert menneske som en unik person, og hun beskriver mennesket som et enestående og uerstattelig individ. Teorien bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og det faktum at smerte og lidelse er uunngåelig i et menneskeliv. Hun mener at sykepleie består av å hjelpe den syke og lidende, og kan dermed hjelpe pasienten i å finne mening i den aktuelle situasjonen. Travelbee har ingen klar definisjon på begrepet helse, men stiller en rekke spørsmål rettet mot begrepet. Hun mener grunnleggende forståelse rundt helse er en viktig komponent for å forstå behandlingen dersom sykdom oppstår (Kristoffersen et. al, 2011).

Travelbee (2001) sin definisjon på sykepleie er beskrevet i punkt 1.3 begrepsavklaring.

3.1.1 Menneske-til-menneske forholdet

Travelbee (2001) bruker ikke "sykepleier-pasient-forhold" som betegnelse i sin teori, men heller "menneske-til-menneske forhold". Det vil si at både pasienten og sykepleieren forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer, og at begge parter overser rollene som "pasient" og "sykepleier" slik at de kan nå inn til hverandre som individer. Dersom partene klarer å nå inn til hverandre, vil det oppstå en relasjon mellom de to partene.

Når et menneske-til-menneske-forhold oppstår i en sykepleiesituasjon, vil det gjøre det mulig å hjelpe et annet menneske til å mestre sykdom og lidelse, forebygge eller finne mening i situasjonen han eller henne befinner seg i. Den relasjonen en sykepleier har med pasienten er med på å skape et menneske-til-menneske-forhold, men det er også fire faser en

må gjennom for å oppnå dette forholdet. Fasene er 1) Det innledende møte, 2) Framvekst av identiteter, 3) Empati og 4) Sympati og medfølelse (Travelbee, 2001).

Når et menneske-til-menneske-forhold oppstår blir også sykepleiebehovet ivaretatt. Joyce Travelbee definerer *sykepleiebehov* som:

Et sykepleiebehov er ethvert behov hos en syk person (eller familie) som kan oppfylles av den profesjonelle sykepleieren, og som ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Et sykepleiebehov er også et behov som, hvis det blir oppfylt, hjelper den syke personen (eller familien) til å forbygge eller mestre sykdom. (2001, s. 179)

3.1.2 Travelbee om håp

Travelbee (2001) mener at en av sykepleierens roller er å hjelpe syke mennesker slik at de opplever håp, og dermed mestrer sin sykdom og lidelse. Håp er en mental tilstand, hvor ønsket er å nå frem til eller oppfylle et mål. Kombinert med forventninger til at det er et oppnåelig. Som caset beskriver ser Henrik mørkt på fremtiden.

”Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet, og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp.” sier Joyce Travelbee (2001, s. 123).

For å utføre denne handlingen er det viktig at sykepleier gjør seg tilgjengelig og er villig til å hjelpe. Denne tilgjengeligheten og villigheten kan for eksempel være samtaler med en pasient som har behov for å snakke om sine problemer. Om pasienten ikke får denne tilgjengeligheten vil det ikke være mulig å hjelpe. Ettersom de opplysningene pasienten kommer med er viktige for at sykepleieren kan hjelpe. Et sykt menneske er avhengig av fysisk omsorg (Travelbee, 2001).

3.2 Dorothea Orem

Dorothea Orem er en behovsteoretiker som har hovedfokus på de grunnleggende egenomsorgsbehovene til et menneske. Hun snakker i hovedsak om de fire begrepene menneske, omgivelser, helse og sykepleie. Orem mener at det som gjør at mennesker skiller seg fra andre levende vesener er at de har evnen til å reflektere over omgivelser og seg selv, gi uttrykk for opplevelser ved hjelp av symboler og det å bruke symbolske uttrykk ved kommunikasjon og ved tenkning (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Ut i fra disse kjennetegnene ved et menneske, knytter Orem det opp mot egenomsorg. Hun ser på mennesket som et aktivt vesen med høy grad av frihet, og normalt sett vil et menneske ha ønske og evne til å ivareta seg selv. Dermed vil de også utføre de handlinger som medfører bevarelse av liv og som fremmer helse og velvære (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011). Orem vektlegger også menneskets evne til å selv identifisere sine omsorgsbehov, slik at de kan velge og vurdere hvordan de skal forholde seg til dem. Orem viser også stor tro på menneskets evne for problemløsning, personlig vekst og utvikling. Det er også vanlig å se på hennes teori som en utviklingsteori, i tillegg til en behovsteori (Kristoffersen, Nortvedt & Skau, 2011).

3.2.1 Dorothea Orem's egenomsorgsbehov

Orem's sykepleierteori er tredelt. Teorien tar for seg de behovene et menneske har, hva det vil medføre dersom en person ikke klarer å ivareta behovene og hva sykepleier kan gjøre for å ivareta behovene. De grunnleggende behovene deles som sagt inn i tre grupper.

- universelle egenomsorgsbehov
- utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov
- helsesviktrelaterte behov

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

I følge Orem's teori er sykepleierens mål å fremme menneskets normalfunksjon, utvikling, helse og velvære. Det vil også være et delmål å ivareta egenomsorgsbehovene til hver enkelt individ, evnen til å dekke behovene selv kalles egenomsorgsevne. I caset beskrives Henrik sin mangel på søvn, og at han er tilbaketrukket. Dette kan anees som svikt i hans egenomsorgsevne. Egenomsorg kan defineres som "individets evne og vilje til å utføre

aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve” (Cavanagh, 1999). Orem`s *universelle egenomsorgsbehov* har en rekke punkter som er viktig for å ivareta grunnleggende allmennmenneskelige behov. Dette for å opprettholde kroppslig og mental funksjon, livsprosesser og anatomiske strukturer (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Det er valgt ut fem punkter ut i fra relevansen knyttet til oppgaven:

- *å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile,*
- *å opprettholde balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt,*
- *å motvirke farer som truer liv, funksjon og velvære og*
- *å fremme normalitet.*
- *Å opprettholde tilstrekkelig inntak av luft, vann og mat*
(ibid,2012)

De *utviklingsrelaterte behovene* baserer seg på de behov som er tilknyttet utvikling. Kravene endrer seg ut i fra livssituasjonen en befinner seg i og må ivaretas deretter. Alder, utviklingsnivå og tilstand/situasjon er faktorer som er vesentlig å ta hensyn til.

Helsesviktrelaterte omsorgsbehov baserer seg på hvilke hensyn som må tas dersom en person opplever sykdom eller svikt i normale funksjoner, helse eller velvære. Pasienten må omstille sin hverdag etter sykdommen eller behandlingen. Målet er å fremme bedring hos pasienten eller unngå forverring.

Som sykepleier utføres hjelp til pasienter på ulike områder og funksjonene er forskjellige. Orem snakker om hjelpemetoder og klassifiserer disse i handlingene i fem kategorier.

1. Å handle eller gjøre noe for en annen
2. Å veilede en annen
3. Å støtte en annen, fysisk eller psykisk
4. Å tilrettelegge omgivelser som muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av personlige evner
5. Å undervise

(Cavanagh, 1999, s. 33).

I følge Cavanagh (1999) er det å handle på vegne av andre som ikke er i stand til å utføre enkelte egenomsorgsbehov på egenhånd, den mest innlysende sykepleiefunksjonen. Men han

mener likevel at sykepleierens rolle har en stor oppgave som strekker seg lengre enn bare dette. Det er blant annet viktig å veilede pasientene og gi dem relevant informasjon eller råd, slik at sykepleieren hjelper pasienten til å møte sine egenomsorgsbehov. Det å gi støtte både fysisk og psykisk er også en viktig faktor innen sykepleierrollen. Det å gi fysisk støtte er et samarbeid mellom pasienten, sykepleieren og andre som skal være med å dekke omsorgsbehovene. Når det gjelder psykisk støtte, mener Orem at sykepleieren er den som skal være lyttende og som kan tilby varierte hjelpemetoder. Orem betrakter dette som ”forstående nærvær” (Cavanagh, 1999).

3.3 Egenomsorgssvikt og svikt i egofunksjoner

Evnen til å utføre egenomsorgsaktiviteter varierer fra person til person. Friske voksne mennesker har som regel evnen til å utføre de handlinger som kreves for å utføre egenomsorgsaktiviteter uten assistanse fra andre personer. Dersom en person har opplevd sykdom, et følelsesmessige traume, eller ikke har lært/utviklet egenomsorgsevner i tilstrekkelig grad, kan personen ofte bare være i delvis stand til å utføre egenomsorgsaktiviteter (Cavanagh, 1999). Dette kan knyttes til Henrik som opplever sykdom i form av psykose.

Et menneske har stor kapasitet til å tilpasse seg endringer som skjer i livet, eller hos seg selv. Men i enkelte tilfeller kan de kravene som stilles til et menneske bli for store, og personen vil ikke lengre være i stand til å oppfylle disse kravene. Dersom en slik situasjon skulle oppstå vil pasienten kunne trenge hjelp til å oppfylle sine egenomsorgsbehov. De hjelpende i denne sammenheng kan være alt fra slektninger, venner eller en sykepleier (Cavanagh, 1999).

En person som er psykotisk opplever ofte svikt i egenomsorgsevnen, da det å være psykotisk kan ses på som å oppleve sykdom eller en følelsesmessig traume. Det er dermed viktig at pasienten får hjelp til å oppfylle egenomsorgsbehovene (Cavanagh, 1999).

Det å styrke pasientens egofunksjoner kan også være en viktig del av sykepleiers arbeid på avdelingen. En persons egoprofil sier noe om egos styrke og egos svakheter, og dette bestemmer viktige sider ved en person sitt forhold til seg selv, til dagliglivet og til andre personer. Egofunksjonene utvikler seg fra våres første leveår og gjennom hele livet. Når en

person opplever et sammenbrudd i de egostyrkende funksjonene er personen psykotisk (Strand 1990).

Egostyrkende terapi har som formål å hjelpe mennesker som opplever svikt i de egostyrkende funksjonene. For å hjelpe en pasient til å gjenopprette de egostyrkende prinsippene, kan de *12 egostyrkende sykepleierprinsipper* benyttes. Mange av prinsippene kan knyttes til caset om Henrik. Vi har kun valgt ut to som vi mener er relevant mot å skape en relasjon til pasienten:

- Kontinuitet og regelmessighet
- Nærhet og avstand

(Strand, 1990).

3.4 Forebygging

Forebyggende helsearbeid har flere fokusområder enn kun å forebygge sykdom, skader eller død. ”Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet” (Mæland, 2005, s. 13).

Primært forebyggende arbeid har som mål å redusere eller eliminere faktorer som kan skape sykdom og lidelse. For å kunne iverksette korrekte tiltak, gi god undervisning og forebygge sykdom må den psykiske helsearbeideren og/eller andre faggrupper kunne forutse pasientens behov (Hummelvoll, 2012).

Forholdet mellom sykepleier og pasient sees på som et fellesskap av Hummelvoll (2012). Han mener at sykepleie-pasient-fellesskapet har hjulpet med å bygge en allianse som har virket positivt inn på pasientenes bedringsprosess. Denne alliansen vil kunne bedre omstendighetene for pasienten, spesielt med tanke på områder som ensomhet, følelse av isolasjon og/eller hjelpeløshet. Pasienten har ofte et ønske om ”å komme på sporet”. Om dette skal være mulig må pasienten aller først få selvinnsikt nok til å forstå at han/hun faktisk er av ”sporet” (Ibid,2012). Henrik har som nevnt i caset et ønske om å bli bedre.

3.5 Psykose

Det å ha en utløst psykose vil si å ha en annerledes og forandret virkelighetsoppfatning, altså en realitetsbrist. En psykose kan være forbigående eller vedvare over lengre tid. Men en fellesnevner er et drastisk fall i sosial funksjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Noen av symptomene en pasient med en psykose vil kunne ha er: syn-, hørsel-, lukt-hallusinasjon, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller en kombinasjon av disse.

En psykose vil ofte medføre seg en rekke tilleggsvansker for pasienten som reduserte muligheter for arbeid, svekket økonomi, ensomhet, angst, rusmisbruk og depresjoner. I tillegg til vansker for pasienten, kan en psykose også medføre komplikasjoner i nære relasjoner til pasienten som venner og familie. Det kan være vanskelig for venner og familie å vite hvordan de skal forholde seg til pasienten og sykdommen. Det er derfor i følge Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) veldig viktig å inkludere nær familie til behandlingen av pasienten. I Henriks tilfelle er familien støttende og har et ønske om å bli inkludert.

3.5.1 Bakgrunn

Nøyaktig årsak til utløst psykose er ikke fullstendig kartlagt, men det er en rekke biologiske faktorer som ser ut til å kunne spille en rolle. Faktorene kan være rus, alkoholmisbruk, mangel på søvn, stress, langvarig psykologiske belastninger eller utmattelse. Genetikk ser også ut til å være en innvirkende faktor (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

3.5.2 Symptomer

Psykotiske symptomer er uklare uttrykk på endrede nevrofysiologiske funksjoner i hjernen. Endringene kan skje gradvis eller over tid og årsaken vil være som beskrevet ovenfor i 3.1.1. Symptomene kan deles i tre forskjellige grupper; Positive, negative og disorganiserte symptomer. Positive symptomer er vrangforestillinger og hallusinasjoner. Negative symptomer er initiativløshet og tilbaketrekking. Disorganiserte symptomer er merkelig oppførsel og usammenhengende tale (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Som nevnt ovenfor kan det være mange biologiske forklaringer på hvorfor en person kan oppleve en psykotisk tilstand, men Liv Strand (1990) skriver i sin bok at hun ikke ser på

psykoser som en primær sykdom i biologisk forstand. Hun mener at psykosen er et forsøk på å tilpasse seg eller holde ut når livet kan føles utholdelig.

Liv Strand (1990) har sitert Immanuel Kant's definisjon på psykose i sin bok, nemlig "drøm i våken tilstand". Hun sier videre at i en drøm er alt mulig og verken ens egen identitet, andre personer eller hendelser nødvendigvis har noen logisk tankegang. Dermed kan mennesker som opplever en realitetsbrist trekke seg vekk fra den virkelige verden. Det er ikke lett å forstå hvorfor dette skjer, men det kan tenkes at den indre verden kan bli skremmende, truende og overveldende når den ikke stemmer over ens med den ytre verden. Når dette skjer kan det ses som en omsorgssvikt og pasienten vil da ha behov for hjelp til å utføre egenomsorgsaktivitetene (Cavanagh, 1999). I caset opplever Henrik en realitetsbrist gjennom sine vrangforestillinger.

3.5.3 Psykose og egenomsorg

Psykosens innvirkning på pasientens egenomsorgen vil ta utgangspunkt i alvorlighetsgraden av psykosen (Hummelvoll, 2012). Pasienter med vrangforestillinger er ikke alltid i stand til å ta vare på sine grunnleggende egenomsorgsbehov (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2010). Pasienten kan ha svikt i å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile, balansen mellom å være alene og ha sosial kontakt, å fremme normalitet og å motvirke farer som truer liv og velvære (Cavanagh, 1999).

Her kommer en av sykepleierens oppgaver til syne: Å utarbeide en sykepleiediagnose. Dette gjøres for å kartlegge hvordan pasientens egenomsorgsbehov er påvirket, og hvordan behovene til pasienten vil være i fremtiden. I tillegg må det redegjøres for om pasienten vil klare å dekke egenomsorgsbehovene selv eller om dette er noe som sykepleier må bistå pasienten med. Etter kartleggingen kan det trekkes en konklusjon på hvilke egenomsorgsområder sykepleier må sette fokus på og bistå pasienten med (Hummelvoll, 2012). Sykepleiers oppgave blir da å lage en handlingsplan ut fra konklusjonen, hvor sykepleiers handlinger settes inn i et system for å etablere likhet og kontinuitet for pasienten.

3.6 Hva er TIPS

Avdelinger for Tidlig Intervensjon ved Psykoser (TIPS) har som formål enten å forebygge primært i prodromal-fasen, slik at forekomsten av utløst psykose reduseres. Eller sekundær forebygging etter en utløst psykose, dette for å forbygge varigheten av ubehandlet psykose (Jordahl & Repål, 2009).

3.6.1 Hvorfor TIPS

Mennesker som har opplevd psykotiske tilstander har ofte opplevd at det har tatt svært lang tid fra de første symptomene meldte seg til de faktisk fikk hjelp. Varigheten av ubehandlet psykose (VUP) kan ha svært uheldige utfall. Pasienten kan bli så psykotisk at sykdomsinnsikten er svært nedsatt, og dermed kan pasienten motsi seg behandling. Dersom dette skulle skje, vil det bli nødvendig å ta i bruk tvangstiltak både ved innleggelse og medisinerings. I tillegg kan den kognitive funksjonen bli svært redusert, samt at pasienten ikke opplever den ønskede bedringen i like stor grad (Jordahl & Repål, 2009).

3.7 Kommunikasjon og relasjonskapende sykepleie

Eide & Eide (2007) sin definisjon på kommunikasjon er ”utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter” (s.17). Kommunikasjon kan skje både verbalt og nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon er den ordløse kommunikasjonen, og kanskje den viktigste i et møte med en pasient som opplever en realitetsbrist.

Ved bruk av nonverbal kommunikasjon møter sykepleieren pasienten på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. Det er også viktig å skape trygghet og tillit slik at pasienten åpner seg for sykepleieren. Nonverbal kommunikasjon er et viktig hjelpemiddel for sykepleieren til å skape en relasjon, samt motivere og stimulere til bruk av pasientens egne resurser. Nonverbal kommunikasjon er altså et viktig verktøy for å skape tillit, trygghet og motivasjon (Eide & Eide, 2007).

Eide & Eide (2007) skriver om Travelbee sin bruk av kommunikasjon som et instrument. Hun bruker kommunikasjon som et verktøy til å skape menneske-til-menneske-forholdet. Kommunikasjonen blir altså brukt slik at sykepleieren blir kjent med pasienten, og skaper

seg en forståelse av hans eller hennes situasjon. På denne måten kan man hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon.

3.7.1 Bekreftende ferdigheter, verbalt følge, speiling og aktiv lytting

Bekreftende ferdigheter er en del av kommunikasjonen, og kan defineres som ”Ferdigheter som formidler i ord at man har sett og forstått det sentrale i det den andre formidler” (Eide & Eide, 2007. s.220) Sykepleieren melder tilbake at pasienten blir sett, hørt og forstått. Når sykepleieren tar i bruk bekreftende ferdigheter, uttrykkes respekt og interesse for pasienten som det kommuniseres med. Bekreftende ferdigheter fyller et eksistensielt og psykologisk behov for tilknytting og nærhet til andre mennesker. Denne type kommunikasjon kan også være avgjørende for å skape en god relasjon og å få til et godt samarbeid mellom sykepleieren og Henrik (Eide & Eide, 2007).

En annen metode i kommunikasjonen er å bruke ”verbalt følge”. Her gir sykepleieren korte bekreftende signaler som ”ja”, ”jeg forstår”, ”så fint”. Nonverbal kommunikasjon som et nikk eller rist på hode kan støtte oppunder det verbale følge. Når det brukes verbalt følge i samtale med en pasient, følger sykepleieren med og lever seg inn i det som blir fortalt. Det viser forståelse for situasjonen pasienten er i. Verbal støtte gir pasienten mulighet til å åpne seg, uten at sykepleieren styrer samtalen i en spesifikk retning. Travelbee mener at verbalt følge er en av veiene for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Eide & Eide, 2007).

Når sykepleieren speiler en følelse vises en forståelse av hva den andre føler. Det kan hjelpe pasienten til å sette ord på følelser som vises tydelig, men som pasienten selv ikke er klar over eller sier noe om. For eksempel at Henrik knytter nevene, og sykepleieren sier ”jeg ser at du er sint”, eller at han er på gråten over en hendelse ”jeg ser at du er lei deg”. Dette kan oppleves positivt for pasienten når han eller hun har et behov for å bli sett eller hørt. Speiling kan også bringe en del følelser til overflaten, og det gir dermed en mulighet til bearbeidelse og refleksjon rundt følelsene (Eide & Eide, 2007).

Å kombinere ulike ferdigheter innen kommunikasjon er viktig. Sykepleieren stiller spørsmål samtidig som det lyttes aktivt, speiles og gis bekreftelse til pasienten verbalt og nonverbalt. Dersom spørsmålene stilles på riktig måte til pasienten, kan det være med å skape trygghet og bygge en relasjon. Det kan resultere i at pasienten åpner seg om et problem som har vært uklart for begge parter (Eide & Eide, 2007).

3.7.2 Empati til relasjon

For at pasienten skal føle seg ivaretatt er sykepleiers evne til å vise empati avgjørende. Hvordan sykepleieren oppfører seg og fremstår er med på å skape en tillit, slik at pasienten føler seg ivaretatt (Kristoffersen, Nortvedt & Skau, 2011).

Når et individ står i en relasjon til et annet menneske, handler det om å påvirkes av den andres situasjon. Det at sykepleier blir følelsesmessig påvirket av pasientens situasjon, vil ha betydning for hvordan sykepleieren forstår pasientens livskvalitet eller ubehag. Noe som igjen handler om god omsorg, og grunnlaget for god omsorg og nestekjærlighet er gjensidighet. Selve kjernen i sykepleiegjerningen er å utføre kyndige og omsorgsfulle handlinger ovenfor en som har et hjelpebehov. Når sykepleieren utfører disse handlingene er det viktig at det gjennomføres med faglig kyndighet, men også på en medmenneskelig måte. Sykepleieren må bygge tillit, være forståelsesfull og tålmodig. Dersom sykepleieren klarer å handle deretter vil det kunne skapes en god relasjon til pasienten (Kristoffersen et. al, 2011).

Når sykepleieren skal hjelpe den psykotiske pasienten, er det viktig å vise forståelse for hvordan pasienten ser og opplever verden, å møte med nærhet, men likevel på distanse (Strand, 1990). En viktig faktor for hjelpe pasienter med psykotiske lidelser er noen ganger å overta styringen, samt å gi dem visse holdepunkter. Dette kan gi dem en oversikt og skape mer mening. Med dette støtter og veileder sykepleieren pasienten gjennom en kaotisk hverdag.

Liv Stand (1990) beskriver selve kjernen i god sykepleie med ordet omsorg. For å kunne gi omsorg til psykotisk pasient mener Strand (1990) at det å ha en forståelse for pasientens situasjon er svært viktig. Uten forståelse kan det være vanskelig å hjelpe pasienten ut av tilstanden han/hun befinner seg i. Strand (1990) sier også at Dorothea Orem's egenomsorgsmodell er god å bruke for å kontrollere at sykepleiere forholder seg til de funksjonssviktene som har oppstått som et resultat en den psykiske lidelsen.

3.8 Miljøterapi

I følge Jordahl & Repål (2009) har miljøet på en sengepost stor betydning for sykdomsforløpet til pasientene. De beskriver også en undersøkelse gjort på norske behandlingsmiljøer, hvor det tydelig kom frem at pasientene trivdes best på avdelinger som bestod av et miljø med lavt nivå av sinne og aggresjon, samt høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og organisering.

Miljøterapi vil være ulike former hvor man bevisst bruker miljøet for å hjelpe en pasient til bedre å fungere psykisk (Jordahl & Repål, 2009). Dette miljøet vil skapes av personalet, i samarbeid med pasientene. Det er viktig å være bevisst på hvilke virkemidler som tas i bruk. De skal være relevante i forhold til pasientens tilstand og ikke bli tatt i bruk grunnet personalets egen usikkerhet eller behov for kontroll.

4. Drøfting

I dette kapitlet drøftes teori, forskning og forfatterens erfaringer opp mot hverandre med utgangspunkt i problemstillingen ”*Hvordan kan relasjonsbyggende sykepleie bidra til å forebygge psykotisk tilbakefall*”. Drøftingen baseres utfra sykepleieteori fra Joyce Travelbee og Dorothea Orem. Det vil bli lagt vekt på om Orem og Travelbee`s teorier kan hjelpe en sykepleier til å skape en god relasjon med pasienten. Drøftingen deles i flere underkapitler.

4.1 Hvordan vil fokus på de grunnleggende behov påvirke relasjon og psykoseforebygging

I caset kommer det frem at Henrik er innlagt på TIPS med førstegangsutløst psykose. Strand (1990) definerer svikt i egofunksjoner som at pasienten er psykotisk. Hun poengterer også at psykosen er et forsøk på å tilpasse seg når en situasjon kan føles uutholdelig. Strand (1990) beskriver definisjonen av psykose som en ”drøm i våken tilstand”. Når Henrik er psykotisk vil han ikke ha noe forhold til egoets styrker og svakheter. Det vil da gjøre det vanskeligere for Henrik å forholde seg til seg selv, til andre og til dagliglivet. En slik realitetsbrist vil medføre svikt i hans egenomsorgsbehov.

Psykosen medfører at Henrik har hatt og har et problem med å dekke sine grunnleggende behov. Spesielt forholdet mellom søvn/hvile og det å være alene opp mot sosial kontakt. Han sluttet å spille håndball, isolerte seg mer i hjemmet og ønsket ikke besøk av venner eller familie. Dette førte til at Henriks holdepunkter til en normal hverdag og døgnrytme forsvant. Som et resultat fulgte problemer med lite søvn over lengere tid etterfulgt av perioder med mye søvn. Altså et problem med opprettholdelsen av aktivitet og hvile. Dorothea Orem (Kristoffersen, Nordtvedt & Skau, 2011) skriver i sin teori om de universelle omsorgsbehovene at en opprettholdelse av de grunnleggende behov, er helt essensielt for å ivareta liv. Normalt sett vil en person evne å utføre handlinger knyttet til egenomsorg selv, men ved sykdom vil personen ikke nødvendigvis være i stand det. Personen vil da være avhengig av hjelp fra sykepleieren til å oppfylle sine egenomsorgsbehov (Cavanagh,1999). Som van Dusseldorp, Gossens & vanAchterberg (2011) viser til i sitt review opplever ofte pasienter som legges inn med førstegangspsykose sosial isolasjon. Her gjenspeiles tematikken i casen hvor Henrik opplever svikt i balansen mellom å være alene og ha sosial

kontakt. I følge Ibid (2011) vil sykepleiers rolle knyttet til sosial trening være essensielt for pasientens progresjon.

Etter vår erfaring fra praksis vil sykepleier anvende egostyrkende sykepleieprinsipper for å gjenopprette Henriks egofunksjoner. Sykepleieren vil tilbringe tid sammen med Henrik når han får hjelp til å utføre egenomsorgsbehovene. Når personer tilbringer tid sammen vil de ha mulighet til å bli kjent med hverandre å skape en relasjon. Videre kan dette bidra positivt til Henriks evne til egenomsorg, og vi mener det vil være med på å forebygge tilbakefall av psykose hos Henrik.

Som nevnt tidligere ser Strand (1990) sammenheng mellom utløst psykose, og svikt i egofunksjoner. Ved å styrke Henriks egofunksjoner og dermed øke hans evne til egenomsorg mener vi dette kan være med på å skape håp om en bedre fremtid for Henrik. Joyce Travelbee (2001) mener at det å fremme håp hos en pasient er en av de fremste oppgavene en sykepleier har. Ved bruk av Orem's (Cavanagh, 1999) fem hjelpemetoder vil det trolig bidra til å skape håp hos Henrik. Sykepleieren kan tilrettelegge omgivelsene for Henrik slik at det muliggjør helsefremmende omsorg og utvikling av hans personlige evner. Sykepleieren kan også kombinere bruk av relevant informasjon eller råd for å hjelpe Henrik til å utføre sine egenomsorgsbehov. Dersom sykepleieren klarer å skape håp for Henrik, mener vi det på sikt vil hjelpe han til å mestre sin sykdom eller lidelse (Travelbee, 2001), noe som må være et langsiktig mål for Henrik.

For at sykepleieren skal kunne utføre tiltak nevnt i avsnittet ovenfor knyttet til Henrik, må sykepleieren kunne forutse hans behov. Det må gjøres ved at sykepleieren kartlegger hvordan hans egenomsorgsbehov er påvirket og hvordan de vil påvirkes i fremtiden (Hummelvoll, 2012). Altså hvor mye han kan klare selv og hva sykepleieren må bistå han med. Deretter kan det utarbeides en sykepleierdiagnose og en handlingsplan hvor handlingene blir satt i system for å danne kontinuitet for Henrik. Det negative med en slik handlingsplan kan være at Henrik vil få en følelse av å bli fratatt styringen når tiltakene iverksettes, noe som kan føre til nedverdiggelse. Likevel kan det gi han holdepunkter som igjen kan skape en oversikt. Dersom sykepleieren informerer og inkluderer Henrik i de tiltakene som iverksettes, vil det kunne være med på å redusere følelsen av nedverdiggelse. Dette kan sees på som brukermedvirkning (Skårderud, Haugsgjerd & Stänike, 2010). Oversikten Henrik får, vil kunne hjelpe han i en kaotisk hverdag samtidig som det skapes en relasjon mellom sykepleieren og pasienten.

Hummelvoll (2012) skriver om sykepleie-pasientfelleskapet og hvordan det har hjulpet han med å bygge en relasjon til pasienten, noe han mener har hatt en positiv påvirkning på pasientens bedringsprosess. Hummelvoll (2012) sin påstand mener vi støttes av Dusseldorp, Gossens & vanAchterberg (2011) sitt review, hvor de påpeker at et støttende terapeutisk forhold bidrar til å bygge oppunder sosialisering. Sosialisering bidrar også til å utføre Orem's (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011) egenomsorgsbehov om å opprettholde balanse mellom å være alene og å ha sosial kontakt. Det terapeutiske forholdet eller relasjonen mellom sykepleier og pasient vil dermed kunne bidra til å forebygge psykose. Denne opparbeidelsen av en relasjon eller allianse gjenkjenner vi fra praksis. Ved at sykepleier over tid fokuserer på Henriks grunnleggende behov, vil de bli kjent med hverandre, noe som er diskutert tidligere. Med dette kjennskapet vil det danne seg tillit som muliggjør et arbeidsfelleskap med et felles mål om bedring for Henrik.

4.2 Kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende.

For å muliggjøre dannelsen av en relasjon og et arbeidsfelleskap er kommunikasjon en av nøklene for å lykkes. I en dialog mellom to mennesker brukes det verbal og nonverbal kommunikasjon, og det er gjennom kommunikasjon som verktøy at sykepleier kan skape en relasjon med Henrik.

Liv Strand (1990) mener at for å kunne hjelpe en pasient som opplever en psykotisk tilstand er det viktig å forstå hvordan pasienten ser og opplever verden. Sykepleieren må møte pasienten med nærhet, men likevel på distanse. For at sykepleieren skal kunne sette seg inn i Henriks opplevelse av verden, må det en dialog til hvor han kan sette ord på sine tanker og følelser. En slik dialog kan forekomme både med og uten rammer i behandlingsforløpet til Henrik. En dialog uten rammer kan sees på som en del av miljøterapien.

I følge Jordahl & Repål (2009) har miljøet på en sengepost stor betydning for sykdomsforløpet til pasientene. Miljøet vil skapes av personalet i samarbeid med pasienten. Miljøterapi vil være ulike former hvor de ansatte bevisst bruker miljøet for å hjelpe en pasient til bedre å fungere psykisk (Ibid, 2009). I miljøterapien og gjennom sykepleierens fokus på de grunnleggende behov dannes det automatisk situasjoner hvor gode kommunikasjonsteknikker kan komme til nytte. Verktøy som sykepleieren kan bruke er i følge Eide & Eide (2007) blant annet verbalt følge, bekreftende ferdigheter, speiling og aktiv lytting. Ved å bruke teknikkene vil sykepleieren kunne skape et menneske-til-menneske-

forhold som Travelbee (2001) beskriver. Vi ser på menneske-til-menneske-forhold som en relasjon. Det vil medføre at sykepleieren blir kjent med Henrik og får mulighet til å skaffe seg en forståelse av hans sin situasjon.

I følge Tompson et al. (2015) er innledende kontakt en av de viktige elementene som brukes av intervensjonsstrategier. De skriver også at pasientgruppen som er innlagt for nytuløst psykose har parallelle problemer som er med på å forverre situasjonen for pasienten.

Etter erfaringer fra miljøterapi i praksis kjenner vi oss igjen i Eide & Eide (2007) sin beskrivelse av kommunikasjonsverktøy og nytten av dem. Vi har sett hvordan vi kan få pasientene i samtale ved bruk av bekreftende ferdigheter, speiling og aktiv lytting. I løpet av samtalene har vi erfart at pasienten kan bli mer avslappet og over tid blitt tryggere på oss. Dette har medført at pasientene har åpnet seg, delt informasjon om sin livshistorie og symptomene de opplever. Gjennom forståelsen av pasientens situasjon har vi hatt mulighet til å ta tak i uklare problemer pasienten har hatt. Det skal også nevnes at vi har opplevd pasienter som ikke responderer på de ulike kommunikasjonsteknikkene. I følge Strand (1990) kan det ha sammenheng med et svekket ego som gjør det komplisert å forholde seg til seg selv og andre. Om pasienten har et svekket ego vil det være en større utfordring å åpne seg om sine problemer. Hvordan sykepleieren kan styrke egoet til pasienten diskuteres senere i oppgaven.

For at sykepleieren skal kunne løse Henriks parallelle problemer, som i hans tilfelle er bruk av rus og alkohol, mener vi at sykepleieren vil ha nytte av å bruke kommunikasjonsverktøyene beskrevet i Eide & Eide (2007). I dialog kan sykepleieren flette inn undervisning og refleksjon om Henriks sykdom og hvordan hans parallelle problemer vil kunne ha en negativ innvirkning på videre prognoser. Tompson et al. (2015) påpeker i sitt review at sykdomsundervisning er et av punktene i dagens behandling som bidrar til å vise lovende prognoser for pasienten. Etter egne erfaringer har vi sett at pasientundervisning som tar sted i miljøet uten rammer, fungerer svært bra. Dette kan være fordi pasienten ikke føler like stort press på seg til å prestere.

Et annet verktøy sykepleieren kan benytte i sitt arbeid med Henrik er inkludering av hans pårørende, da de kan være en viktig støttespiller. I henhold til lov om helsepersonell kapittel 5 § 21 (2001), har ikke sykepleier lov til å utlevere informasjon til Henriks pårørende uten

hans samtykke. Dette er beskrevet i lov om pasient-og brukerrettigheter kapittel 3 §3-3. Det kommer frem i caset at Henrik har gitt sitt samtykke til å informere familien.

Når en familie opplever at et medlem blir rammet av en psykotisk lidelse kan det oppleves som en krisesituasjon og det kan være svært belastende for de pårørende. Det er derfor viktig at sykepleieren gir pårørende den støtten og hjelpen de har behov for (Jordahl og Repål, 2009). Det kommer frem av (ibid,2009) at pårørende ønsker bedre informasjon til å forstå sykdommen til sitt familiemedlem og hvilke muligheter de har for behandling og videre forløp. De ønsket også lærdom i hvordan de kan takle vanskelige situasjoner som utfordrende atferd og hva de skal gjøre dersom et tilbakefall skulle oppstå.

I review-artiklene av Tompson et al. (2015) og Marshall & Rathbone (2011) kommer det frem at familieterapi og engasjering av familie i behandling av pasienten er faktorer som bidrar positivt i behandlingen. I tillegg er det med på å forebygge videre sykdomsbilde. Dermed er det viktig at sykepleieren trekker inn familien til Henrik i behandlingen. Likevel påpeker Marshall & Rathbone (2011), at det trengs mer forskning på området for å kunne trekke definitive konklusjoner på dette temaet. Av opplevelser fra praksis har vi erfart at både pasient og pårørende får økt håp når det gjelder framtidsutsiktene til pasienten ved at de blir implementert i behandlingen av deres kjære, samt at de får en følelse av å bli ivaretatt.

4.3 Hvordan skape en god relasjon til pasienten

Henrik er engstelig og skeptisk til de ansatte på avdelingen. Dette er ikke en uvanlig reaksjon for nyinnlagte pasienter, uavhengig av avdeling. Likevel forsterkes Henriks følelser fordi han har en realitetsbrist, noe som gjør at han har vanskeligheter med å skille den reelle verden fra drømmeverden (Strand,1990). For at sykepleieren skal kunne ivareta Henrik på en best mulig måte er det flere hensyn som må tas. Dorothea Orem har som nevnt tidligere fokus på de grunnleggende behov, deriblant de utviklingsrelaterte behovene (Nordtvedt, Kristoffersen & Skau, 2011). Behovene baserer seg på at kravene om utvikling til pasienten endres ut i fra hvilken situasjon han/hun er i. Med tanke på at Henrik har en nyutviklet psykose og er i en helt ny situasjon hvor parallelle problemer også kan dukke opp, er det viktig at sykepleieren vurderer alle krav som stilles ut ifra hva som kan forventes av Henriks situasjon. Vi mener at Thompson et al. (2015) støtter oppunder denne vurderingen hvor de i sitt review vektlegger parallelle problemer og at sykepleieren må ha et klart fokus på pasientens vanskeligheter. Ved at sykepleieren er bevisst på kravene som stilles til pasienten

tas det hensyn, noe som er viktig for en person som opplever sykdom. Orem kaller dette for helsesviktrelaterte omsorgsbehov. Målet vil være å skape en følelse hos Henrik om ivaretagelse og trygghet. Ivaretagelse og trygghet antar vi vil være en viktig plattform for at pasienten skal kunne danne en relasjon til sykepleieren. Relasjonen vi ønsker å danne til pasienten gjør vi med et mål om å fremme bedring eller unngå forverring for Henrik (Nordtvedt, Kristoffersen & Skau, 2011). Thompson et al.(2015) hevder også at korrekt fokusområde fra sykepleieren kan bidra til å forebygge forverring av pasientens situasjon.

Som det har blitt skrevet tidligere i oppgaven er en person psykotisk om han/hun opplever et sammenbrudd i de egostyrkende funksjonene. Når en person som i dette tilfelle er Henrik, opplever å få utløst psykose, vil han kunne ha vanskeligheter med å forholde seg til andre, seg selv og til dagliglivet. Her er det viktig at sykepleieren griper inn. Det kan gjøres ved å bruke prinsippene om egostyrkende sykepleie (Strand, 1990).

Vi har i dette litteraturstudiet valgt å ta for oss to punkter som vi mener er relevant knyttet til Henriks situasjon. Og som vi mener vil hjelpe han i å danne en relasjon til sykepleieren. For Henrik vil kontinuitet og regelmessighet som i følge (Strand,1990) er selve rammen for at forholdet mellom pasient og sykepleier skal utvikle seg være helt nødvendig. For at det skal kunne skapes en relasjon med Henrik rett etter innleggelse, må sykepleieren vise et kontinuerlig tilbud om kontakt og bevise gjennom regelmessig handling at han/hun er til å stole på. Henrik må føle at sykepleieren er til stedet ubetinget av hans progresjon i behandlingen (ibid,1990).

I sykepleieteorien til Travelbee (2001) skriver hun at sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet, eller gjenvinne håpet. For å gjøre dette er det essensielt at sykepleieren gjør seg tilgjengelig og viser pasienten at han/hun er villig til å hjelpe. Et sykt menneske er avhengig av omsorg. Vi tolker det som at Travelbee støtter oppunder Strand (1990) sin tanke om å kontinuitet og regelmessighet, som det har blitt beskrevet i avsnittet ovenfor.

Etter erfaring fra praksis har vi sett at det kan være vanskelig å få pasienten til å bygge en relasjon på grunnlag av kontinuitet og regelmessighet, da sykepleieren ofte jobber turnus. Turnusarbeid fører til at sykepleieren kan være borte fra avdelingen over lengre tid grunnet langfri. På tross av friperioder mener vi at pasienten får en forståelse for turnusarbeid og at fraværperiodene kun er et hinder den første tiden etter innleggelse.

Å vise nærhet er det andre punktet vi har valgt ut som Strand (1990) skriver om i sine egostyrkende sykepleieprinsipper. Å kunne vise pasienten empati gjennom profesjonell nærhet, hvor sykepleieren klarer å vise medmenneskelighet uten å bli handlingslammet kan være en vanskelig balanse mellom nærhet og avstand. Om avstanden blir for stor til pasienten vil sykepleieren ha vanskeligheter med å bli berørt. Distansen mellom sykepleieren og pasienten vil da kunne hemme progresjonen i behandlingen (ibid,1990).

Travelbee (2001) hevder derimot at det å forholde seg til hverandre som unike mennesker, og å overse rollene som pasient-sykepleier er den beste måten å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. Ved å overse rollene kan personene nå helt inn til hverandre slik at pasienten vil mestre sykdom og lidelse, dette kaller hun mennesket-til-mennesket-forholdet. Travelbee (2001) mener at sykepleiebehovet automatisk blir ivaretatt dersom menneske-til-menneske-forholdet oppstår. Sykepleiebehovet er i følge Travelbee (2001) med på å forebygge eller mestre psykosen for pasienten.

Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark (2003) beskriver i deres review viktigheten av en god allianse, og hvordan en god relasjon kan påvirke utfallet til pasienten positivt. Reviewet beskriver ikke noe videre om relasjonsrollen eller relasjonens innvirkning etter vår oppfatning, men de konkretiserer at dette er to felt som må studeres nærmere. Etter erfaring fra praksis kan det å komme for nær pasienten medføre at vi glemmer den profesjonelle rollen som sykepleieren skal ha. Det vil være med på å bidra til forskjellsbehandling og favorisering av pasienter, og at sykepleieren til slutt ikke klarer å tre ut av rollen som profesjonell etter vaktens slutt. Det er dermed svært viktig å balansere mellom nærhet og avstand slik som Strand (1990) beskriver det. Etter vår mening er ikke balansen mellom nærhet og avstand til hinder for at sykepleieren skal ivareta pasientens sykepleiebehov.

4.4 Forebygging av psykose

Under Henriks opphold på TIPS-avdelingen har sykepleieren kontinuerlig jobbet for å opparbeide en god relasjon til han. Det har sykepleieren gjort med et fokus på Henriks egenomsorgsbehov og korrekt bruk av ulike kommunikasjonsverktøy tilpasset situasjon og samtaletema. Det kan tenkes at Henrik har fått økt selvinnsikt i egen sykdom (Hummelvoll, 2012) og det er kjent at han har et ønske om å bli bedre. Basert på våre erfaringer fra praksis mener vi at relasjonen sykepleieren bygger med pasienten vil kunne gjøre pasienten mer

mottagelig for forebyggingstiltak. Etter vår oppfatning er reviewet fra Howgego, et al.(2003) med på å støtte oppunder denne tanken.

I caset kommer det frem at Henrik ser for seg at han vurderer å slutte med medisinene han er forskrevet og heller gå over til hasj og andre rusmidler. Før han ble innlagt hadde han problemer med søvnmønsteret, og han brukte rusmidler for å kunne slappe av.

Som tidligere nevnt i oppgaven skriver Dorothea Orem (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011) om de fem hjelpemetoder en sykepleier må utføre. I dette tilfellet vil det være spesielt viktig å veilede Henrik og tilrettelegge omgivelsene som muliggjør helsefremmende omsorg og utviklingen av personlige evner. Sykepleieren må undervise i bivirkninger og risiko ved bruk av rusmidler. Særlig der rus skal virke som en erstatning for medisinene pasienten er forskrevet. Som Skårderud, Haugsgjerd & Stånike (2010) skriver er bruk av rus en av faktorene som kan gi utløst psykose. Konsekvensene av å slutte med medisinene vil være at Henrik risikerer tilbakefall av psykose, nettopp det sykepleieren ønsker å forebygge.

Sykepleieren må dermed hjelpe Henrik i å få kunnskap om bivirkninger av medisinene og hva han kan gjøre for å unngå vekttoppgang. Sykepleieren kan motivere Henrik til å starte opp med håndball igjen. Ved at Henrik blir motivert vil sykepleieren kunne bidra til å skape håp og fremme normalitet. Det vil være i samsvar med Travelbee (2001) og Orem (Kristoffersen Nordtvedt, &Skau 2011) sine sykepleieteorier. Ved at sykepleieren motiverer til aktivitet vil det kunne påvirke Henriks søvnmønster, ettersom kroppen vil reagere på behovet for hvile etter aktivitet (Ibid,2011). I tillegg til at Henrik får utløp for energi, vil han oppnå sosial omgang med lagspillere og utnytte sine personlige evner. Dette vil kunne gi en følelse av mestring. Likevel må det tas hensyn til at Henrik fremdeles kan være engstelig ovenfor andre grunnet sin realitetsbrist, så en tilvenning over tid for å skape trygghet kan være nødvendig.

Andre områder sykepleieren burde fokusere på i undervisningen til Henrik er kosthold. Ved å gi han økt kunnskap om korrekt ernæring vil det kunne bidra til at bivirkningene av medisinene får mindre omfang. Ved å hjelpe Henrik å få et fokus på ernæring følger sykepleieren Dorothea Orem (Kristoffersen, et.al, 2011) prinsipper om de grunnleggende behov. Dette er i samsvar med reviewet til Thompson et al. (2015) som skriver at pasientundervisning som en faktor i TIPS-avdeling gir lovende prognoser. Reviewet til Dusseldorp, Gossens & van Achterberg (2011) presiserer viktigheten av at pasienten følger

medikamentregime, dette fremhever sykepleierens arbeid i å forebygge at Henrik kutter ned på medisinene han er satt på.

Som beskrevet har Henriks pårørende et ønske å bli inkludert i behandlingen, noe han har gitt tillatelse til. Dersom pårørende har fått nødvendig informasjon og undervisning for å forstå hans sykdom kan de være viktige støttespillere. Med riktig undervisning kan de være i stand til å se etter tegn og symptomer på tilbakefall av psykose (Jordahl og Repål, 2009). Familien kan også hjelpe Henrik med å fremme normalitet ved fokus på balansen mellom å være alene og å ha sosial kontakt, som i følge Orem (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011) er viktig for å ivareta grunnleggende behov. Basert på erfaring fra praksis er det likevel svært viktig å ta hensyn til de pårørende ettersom denne rollen kan være krevende. Sykepleieren må ha forståelse for at pårørende ikke alltid kan være tilstede. Med en god balanse kan pårørende være til stor hjelp for å forebygge tilbakefall. Dette støtter Tompson et al. (2015) i sitt review.

5. Konklusjon

Gjennom denne bacheloroppgaven har vi arbeidet for å svare på problemstillingen. Funnene i oppgaven har gitt økt kunnskap om hvordan en sykepleier kan skape relasjon til en pasient med førstegangsutløst psykose, og hvilken effekt relasjonen har for den videre behandlingen av psykosetilstanden.

Ved diskusjon av teori, forskning og egne erfaringer kan det trekkes en konklusjon at fokus på pasientens grunnleggende omsorgsbehov gir en gylden mulighet for sykepleieren til å skape en relasjon mellom dem. Når sykepleieren hjelper pasienten med å opprettholde omsorgsbehovene, vil det også fremme bedring hos pasienten da de universelle egenomsorgsbehovene er essensielle for å opprettholde liv. I utarbeidelsen av oppgaven har vi kommet frem til at bruk av riktig kommunikasjonsverktøy er helt nødvendig for sykepleieren til å skape en relasjon til pasienten. Kommunikasjonen sykepleieren har med pasienten blir lettere å etterstrebe dersom det er et kontinuerlig fokus på de grunnleggende behovene. Når sykepleieren tilbringer tid i miljøet sammen med pasienten er kommunikasjon en naturlig del.

Ved at sykepleieren over tid har fokus på de grunnleggende behov og styrker pasientens egofunksjoner er det med på å fremme normalitet hos pasienten. Pasienten vil da få større innsyn i egen situasjon, noe som er viktig for at pasienten skal ha mulighet til å gå gjennom et behandlingsløp med vellykket utfall. Når pasienten har oppnådd selvinnsikt, samtidig som det er skapt en relasjon til sykepleieren, vil det være med på å fremme håp. Årsaken er at pasienten stoler på sykepleieren, tar i mot råd og undervisning som er med på å bedre tilstanden til pasienten. Når det oppleves fremgang, vil det kunne bidra til å fremme håp knyttet til videre progresjon. At pasienten selv ønsker og tror på behandlingen er svært viktig.

Det er også andre faktorer, i tillegg til relasjonen mellom pasienten og sykepleieren, som påvirker tilbakefall av psykose. Faktorene trenger pasienten undervisning om, for kunnskapen gjør pasienten i stand til å ta avgjørelser knyttet til forebyggende tiltak. Undervisning gjennom kommunikasjon ville vært mer utfordrende dersom pasienten ikke hadde hatt en god relasjon til sykepleieren. En god relasjon kan medføre at pasienten får en oppfattelse av at sykepleieren vil pasientens beste og at det sykepleieren sier er troverdig.

Dermed mener vi at en god relasjon har en sammenheng med forebygging og pasientens prognoser.

Ut i fra de erfaringene vi har gjort ved å søke kunnskap i litteratur og forskning knyttet til problemstillingen har vi kommet frem til at relasjon skapes gjennom kommunikasjon og tilstedeværelse for pasienten. Det skjer på arenaer hvor egenomsorgsbehov og styrking av pasientens ego er i fokus. Vår mening er at den relasjonen som sykepleieren får til pasienten er en viktig faktor for å hjelpe pasienten på veien mot å bli frisk, samtidig som det vil kunne forbygge psykose. Det er likevel viktig å påpeke kompleksiteten for oss som sykepleierstudenter med å dra en endelig konklusjon. Samtlige av reviewene vi har benyttet kan tolkes til at de støtter oppunder og bekrefter problemstillingen, men det påpekes et behov for mer forskning på sykepleierens rolle knyttet til forebygging og spesielt i hvilken betydning relasjon har.

6. Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling – konfliktløsning – etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske

Mæland, J.G (2005) *forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stäniche, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn-kropp-samfunn* Oslo: Gyldendal Akademisk

Strand, L (1990) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk

6.2 Selvvalgt litteratur

*Cavanagh, S.J. (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Helsedirektoratet.(2013). *Psykoselidelser*. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser>

* Howgego, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L. & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome?. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:169-183

*Jordahl, H. Repål, A. (2009) *Mestring av psykoser : psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Lauveng, A. (2014). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm AS

*Lov om helsepersonell, LOV -1999-07-02-64. §21-22.(2001)

*Marshall M, Rathbone J. (2011). Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub3

*Pasient-og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63.§2-5. (2001)

*St.meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen.

* Thompson, E., Millman, Z.B., Okuzawa, N., Mittal, V., DeVyllder, J., Skadberg, T.,... Shciffman, J.(2015). Evidence-based early interventions

for individuals at clinical high risk for psychosis: a review of treatment components. *Journal of Nervous & Mental Disease*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000287>

* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademiske

*van Dusseldorp, L., Goossens, P. & van Achterberg, T. (2011). Mental Health Nursing and First Episode Psychosis. *Issues in Mental Health Nursing*, <http://dx.doi.org/10.3109/01612840.2010.523136>

Vedlegg 1 database søk

| Database | Søkeord | Dato | Begrensning | Type søk | Antall treff | Utvalgte artikler |
|----------|---|----------|-------------|-----------|--------------|--|
| Cinahl | Nursing AND mental disorder AND psychosis | 26.01.16 | 2010-2015 | Fulltekst | 76 | Mental Health Nursing and First Episode Psychosis |
| Cinahl | Early Intervention AND psychosis risk AND treatment | 16.01.16 | 2010-2015 | Fulltekst | 62 | Evidence-Based Early interventions for Individuals at Clinical High Risk for Psychosis |
| Cochrane | Early intervention AND psychosis AND Mental health | 13.01.16 | 2010-2015 | Fulltekst | 12 | Early intervention for psychosis |
| Cinahl | Therapeutic alliance AND Results AND Mental health | 08.02.16 | 1998-2016 | Fulltekst | 108 | The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? |
| | | | | | | |

Vedlegg 2 - PICO-skjema

| P | I | C | O |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Hvilken pasientgruppe dreier det seg om? | Beskriv tiltak eller eksposisjon for denne gruppen | Skal det sammenlignet et eller flere tiltak? | Hvilket resultat vil du oppnå? |
| Ung voksen Young adult | Psykose Psychosis Mental disorder Førstegangpsykose First episode psychosis | Egenomsorgsbehov Egostyrkende prinsipper Fremme håp | Forebygge tilbakefall Fremme håp |