



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

4BACH

Ann Charlene Solheim og Beate Aandstad Fagerlund

Veileder: Marit Bye

**Jeg vet noen er ute etter meg, mens du bare sier
jeg er paranoid**

**I know somebody is after me, while you're just
saying I'm paranoid**

Antall ord: 13626

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med paranoid psykose kan være utfordrende å møte. Vi ønsker å finne ut mer om hvordan sykepleiere kan møte pasienter med denne lidelsen for å bidra til bedring i deres sykdomssituasjon.

Hensikt: Undersøke hvilken betydning alliansebygging og ulike tilnæringsmåter har for bedringsprosessen hos pasienter med paranoid psykose.

Metode: Oppgaven er bygd opp som en litteraturstudie etter retningslinjene for oppgaven. Vi har benyttet pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, relevant forskning og egne erfaringer til å belyse problemstillingen.

Resultater: Alliansebygging er sentralt i møte med disse pasientene. Forskning viser at sykepleiernes holdninger, kunnskap og evne til å fokusere på pasientenes opplevelser og følelser fremfor lidelsen var noe av det pasientene selv mente kunne bidra til bedring. I studiene kommer det frem at pasientene ønsket at sykepleierne tok hensyn til deres individuell behov når tiltak skulle iverksettes. På denne måten kan det tilrettelegges bedre for det enkelte individ. Vår helhetlige tenking og rolle i det tverrfaglige teamet viste seg å være noe pasientene verdsatte i sin behandling. Sykepleiere kan iverksette tiltak som har betydning for pasientenes livskvalitet og bedringsprosess.

Konklusjon: Gjennom alliansebygging og tilnæringsmåtene vi har drøftet i oppgaven er konklusjonen at dette er sentralt i møte med pasienter med paranoid psykose. Dette for at de skal oppleve bedring under innleggelse, som igjen forebygge at pasientene skrives ut i samme tilstand. På sikt kan man gjennom dette øke pasientenes sykdomsinnsikt og motivasjon for eventuell videre behandling.

*Noen følger etter meg
kan kjenne pusten dems i nakken
og hvis jeg ikke kjapper meg nå
så tar'em meg igjen neri bakken*

Jeg begynner å løpe

Hva er det dem vil meg

Jeg prøver å snu meg

det er ingen der....

det er ingen der

-Jokke og Valentinerne

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
INNHOLDSFORTEGNELSE.....	4
1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.3 AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING	6
1.4 BEGREPSAVKLARING	7
1.5 OPPGAVENS DISPOSISJON	8
2. METODE	9
2.1 DATASAMLING	9
2.2 KILDEKRITIKK.....	10
2.2.1 Presentasjon av artiklene	12
2.3 ETISKE OVERVEIELSER.....	13
3. TEORI	15
3.1 SYKEPLEIETEORI	15
3.2 SYKEPLEIERENS ROLLE OG FUNKSJON	17
3.3 NASJONAL STRATEGI	18
3.4 PSYKOSE.....	18
3.5 PARANOIDE VRANGFORESTILLINGER	20
3.6 MILJØTERAPI.....	21
3.7 PSYKOEDUKASJON OG FAMILIESAMARBEID	23
3.8 ALLIANSEBYGGING	24
3.9 FUNN I ARTIKLENE.....	26
4. DRØFTING.....	28
4.1 SYKEPLEIERENS ROLLE	28
4.2 ALLIANSEBYGGING	30
4.3 TILNÆRMINGSMÅTER.....	37
5. KONKLUSJON	44
LITTERATURLISTE.....	46
VEDLEGG 1 SØKEHISTORIKK	50

1. Innledning

«En stor del av befolkningen antas å ha forestillinger og antakelser som andre kan oppfatte som svært uvanlige eller paranoide» (Verdoux et al., sitert i Berge & Repål, 2010, s. 169). Det er først når vrangforestillingene blir spesielt utfordrende å korrigere, de blir betraktet som et tegn på psykotisk forstyrrelse (Jordahl & Repål, 2009).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom vår praksiserfaring fikk vi interesse for psykisk helsearbeid og sykepleiernes funksjon i tverrfaglig team. Vi har erfaring fra en akuttavdeling i spesialisthelsetjenesten hvor pasientene var innlagt frivilling etter § 2.1 i Psykisk Helsevernloven (1999). Den helhetlige måten å arbeide på og pasientene vi møtte der skapte interesse. Det var spesielt en problemstilling som vekket vår interesse. Det vi opplevde var ofte at mennesker med paranoid psykose la seg inn av andre grunner enn å få hjelp med sin lidelse. I deres opplevde virkelighet mente de at de var friske, uenige i diagnosen som ble satt og dermed ikke motivert for behandling. Vi ønsker å finne ut mer om hvordan sykepleiere kan bidra til bedring underveis i sykdomsforløpet. Vi vil fokusere på hvordan vi kan møte og hjelpe mennesker som er paranoide, da det var pasientenes mistenksomhet og utfordringene knyttet til det, som vekket vår oppmerksomhet i praksis.

Av de mange psykoselidelsene er det flere som utvikler et paranoid uttrykk, blant annet vrangforestillingslidelse og enkelte med schizofreni. Schizofreni er en av de alvorligste psykoselidelsene og rammer om lag 5,5-40 per 100 000 mennesker årlig. Livstidsrisikoen for å utvikle schizofreni ligger rundt 1 %. Livstidsforekomsten for vrangforestillingslidelse er rundt 0,1 %. Å leve med psykose kan ha stor innvirkning på den enkeltes liv, da det ofte medvirker til redusert funksjonsnivå, angst, depresjon og kognitive vansker. Disse pasientene har i tillegg økt risiko for selvmordsproblematikk og lavere levealder (Helsedirektoratet, 2013). De med langvarige psykoselidelser har ofte behov for tett oppfølging av psykisk helsevern over lengre tid (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010). På grunnlag av dette mener vi det er viktig at vi som sykepleiere øker vår kunnskap rundt temaet slik at vi kanskje kan bidra til å forebygge konsekvenser som ytterligere funksjonsfall

og tilleggsvansker, samt støtte pasientene til å mestre hverdagen. Vi ønsker å finne ut mer om hvordan vi kan utøve sykepleie i en akutt fase, da tidlig innsats kan ha betydning for den enkeltes tilfriskningsprosess (Helsedirektoratet, 2013).

Vi vil i denne oppgaven se nærmere på ulike måter vi kan tilnærme oss pasienter med paranoid psykose på for å bidra til bedring. Vi ønsker å øke vår kunnskap om hvordan vi kan møte pasienter som har en paranoid psykose for å kunne håndtere lignende situasjoner i fremtiden. For å få til dette er det viktig å ha kunnskap om lidelsen og hvordan paranoide pasienter opplever sin hverdag. I tillegg har vi som sykepleiere føringer, retningslinjer og lovverk vi må forholde oss til i utøvelsen av sykepleie. Vi skal blant annet tilrettelegge for brukermedvirkning slik at behandlingen baseres på deres valg og ønsker (Helsedirektoratet, 2013), samt bidra til økt frivillighet ved å forebygge tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

I oppgaven diskuterer vi hvordan vi som sykepleiere kan møte pasienter som er mistenksomme. Gjennom oppgaven tilegner vi oss kunnskap om dette, noe som er relevant fordi det påvirker hvordan vi møter pasienter med denne problematikken, som igjen kan ha innvirkning på deres bedringsprosess, mener vi. Samtidig kan det ha overføringsverdi til andre instanser innenfor helsevesenet og liknende situasjoner sykepleiere kan møte.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Vi har valgt å fordype oss i følgende problemstilling, som vi mener er relevant for sykepleiefunksjonen:

«Hvordan kan sykepleiere bidra til en bedringsprosess hos pasienter med paranoid psykose?»

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Vi ønsker å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til bedring hos pasienter med paranoid psykose, gjennom våre samhandlingsevner og ulike tilnæringsmåter. Psykose innebærer flere psykoselidelser og vi har avgrenset oppgaven til å handle om de som utvikler

et paranoid uttrykk på sin psykose. Vi har tatt utgangspunkt i pasienter som er frivillig innlagt, da det er fra dette området vi har egne erfaringer med pasienter med denne problematikken. Selv om man arbeider med pasienter som er frivillig innlagt, må man som sykepleier ha kunnskaper om bruk av tvang, hvilke kriterier som stilles og når det er nødvendig, for å kunne handle riktig i slike situasjoner. Avgjørelser knyttet til dette tas ofte på bakgrunn av de observasjonene vi gjør. Vi velger likevel ikke å utdype bruk av tvang og sykepleierens rolle knyttet til dette, grunnet oppgavens omfang. Av samme grunn velger vi å ikke vektlegge samtykkekompetanse og lovverk som regulerer psykisk helsevern.

Vi ønsker å finne ut mer om hvordan pårørende kan være en ressurs og hvilken innvirkning de kan ha på pasientens tilfriskningsprosess, men velger å ikke gå inn på ivaretagelse av pårørendes behov.

1.4 Begrepsavklaring

Noen begreper vi benytter som vi ønsker å utdype:

Menneske-til-menneske-forhold:

Et forhold som dannes mellom sykepleieren og pasienten som sammen har gjennomgått en prosess hvor de har delt erfaringer og opplevelser for å oppnå gjensidig kontakt og forståelse av situasjonen (Travelbee, 1999).

Recovery:

Begrep som beskriver «prosessen med å utvikle et positivt og selvstendig liv på tross av en lidelse» (Jordahl & Repål, 2009, s.212).

Psykoedukasjon:

«Psykoedukative metoder er et samlebegrep for behandlingstilbud som er utviklet for å ivareta pasientens og familiens behov for kunnskap om lidelsen og hjelp til å omsette ny forståelse i hverdagen» (Lindvåg & Fjell, 2011, s. 283).

Paranoid beredskap:

Kan beskrives som at pasientene stadig er årvåken for deres opplevelser i sine paranoide vrangforestillinger (Kringlen, 2011).

Psykologisk velvære:

Kan defineres som positiv mental helse, livstilfredshet og evne til å føle glede (Freeman et al., 2014).

Realitetsorientering:

Å etablere grunnlag for at pasientene skal kunne være delaktige i den felles virkelighetsforståelsen (Hummelvoll, 2012).

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av 5 kapitler. Kapittel 1 er innledningen og tar for seg bakgrunnen for valg av tema, problemstilling, hvilke avgrensninger som er gjort, begrepsavklaring og oppgavens disposisjon. Kapittel 2 inneholder metode og beskriver vår fremgangsmåte for å finne litteratur, kildekritikk, presentasjon av artikler og etiske overveielser. Teorien presenteres i Kapittel 3. Dette kapitlet inneholder sykepleieteori basert på Joyce Travelbee. I tillegg trekker vi inn teori som vi mener er relevant for oppgaven. Dette dreier seg blant annet om sykepleierens rolle, psykose, paranoid vrangforestilling, miljøterapi og alliansebygging. I kapittel 4 drøfter vi problemstillingen ut fra teorien, egne erfaringer og forskningsartikler. Gjennom dette tilegner vi oss mer kunnskap om hvordan vi kan utøve sykepleie til pasienter med paranoid psykose. Konklusjonen presenteres i kapittel 5. Der oppsummeres det vi kommer frem til.

2. Metode

Metode handler om hvordan vi velger å tilegne oss informasjon som kan bidra til ny eller økt kunnskap om et tema vi ønsker å undersøke. Dette innebærer systematisk og grundig innsamling av data, samt analyse og tolkning av materialet før man trekker en konklusjon (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010).

Etter skolens retningslinjer skal bacheloroppgaven baseres på litteratur og avspeile forskningsprosessen gjennom blant annet litteratursøk, utvelging av data, analyse og presentasjon av funn og drøfting. I dette kapittelet beskriver vi nærmere hvordan vi har gått frem for å finne litteratur, knyttet til vår problemstilling og hva vi har vektlagt i utvelgelse av litteratur. Vi har basert oppgaven på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, egne erfaringer fra praksis og forskningsartikler. Vi har brukt Dalland (2012) og Johannessen, Tufte & Christoffersen (2010) som metodebøker.

2.1 Datasamling

Vi har benyttet relevant pensumlitteratur og funnet selvvalgt litteratur på høgskolens bibliotek og andre folkebibliotek. Vi har søkt i biblioteksdatabasen deres på blant annet disse søkeordene: Sykepleieteorier, Joyce Travelbee, Psykose, Miljøterapi, Psykiatri. Disse søkeordene ga oss flere bøker vi mener er relevante.

I søk etter artikler tok vi utgangspunkt i problemstillingen og hva vi ønsket å finne svar på. Vi har forsøkt å finne gode søkeord som kan belyse oppgavens problemstilling og har søkt hovedsakelig på engelsk for å finne flere relevante treff. Databasen PsycINFO har egne verktøy til søk som forenkler det å spesifisere søket til MESH-termer som blir brukt i deres database. I tillegg er det mulighet for å sette opp synonymer til søkeordene og kombinere disse på en oversiktlig måte.

Ved søkt etter forskningsartikler har vi hovedsakelig vektlagt at forskningen skulle være rettet mot sykepleiefaget slik at vi var sikre på at funnene hadde betydning for sykepleiere. Søkeordene vi har brukt i søkene er blant annet: Psychosis, Paranoia, Delusions, Nursing, Psychiatric nursing, Recovery, Mental health, Ego identity, Ego development, Therapeutic

alliance, Psychoeducation, Milieu therapy, Quality of life og Well-being. Søkeordene ble fortrinnsvis satt opp etter PICO-skjema.

De fleste artiklene vi har benyttet i oppgaven er funnet gjennom databaser vi har tilgang til gjennom høgskolen, hovedsakelig PsycINFO. Vi har for det meste foretatt egne søk i de enkelte databasene, men også utført søk i Oria. Andre databaser vi har gjort søk gjennom er Idunn, EBSCOhost, Google Scholar, UpToDate og Cochrane Library. De to sistnevnte databasene inneholder oppsummert forskning, men vi følte treffene var mer rettet mot medisin fremfor sykepleiefaget. I tillegg har vi sett etter forskningsartikler i tidsskriftet Sykepleien Forskning.

Vi mener det er vesentlig å trekke inn hva gjeldende retningslinjer sier om oppgavens tema og har derfor søkt etter nasjonale retningslinjer til psykosebehandling i Helsedirektoratet.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk innebærer å kritisk vurdere om kildene som brukes er pålitelige og hvilken relevans de har, knyttet til det vi ønsker å få finne svar på i problemstillingen. Kildekritikk skal belyse hvilke refleksjoner som er gjort og hvilke kriterier som brukes i utvelgelsen av litteratur (Dalland, 2012). Under denne skriveprosessen har vi forsøkt å kritisk vurdere litteratur vi har funnet etter bestemte kriterier vi vil beskrive videre.

I oppgaven har vi benyttet pensumlitteratur. Denne litteraturen er faglig vurdert av høgskolen og vi har valgt ut det vi mener er relevant for vårt tema. Vi har også benyttet oss av selvvalgt litteratur for en nærmere og mer omfattende beskrivelse av fenomener vi ønsker økt kunnskap om. Litteraturens pålitelighet og hvilken relevans det har for vår oppgave er vektlagt. Vi har brukt Kringlen (2011) for å finne ut mer om paranoide tilstander, samt Jordahl & Repål (2009) for å belyse vår problemstilling. I tillegg har vi vært bevisste på bøkens alder, da bøker av nyere dato styrker innholdets troverdighet i et fagfelt som stadig er i utvikling (Dalland, 2012). Boken Travelbee (1999) er av eldre dato, men vi mener denne er relevant, da den omhandler sykepleieteori som fremdeles er gjeldene.

Vi har forsøkt å benytte primærkilder fremfor sekundærkilder, da innholdet og perspektivet til den opprinnelige forfatteren kan ha blitt fortolket (Dalland, 2012). Utover dette har vi

valgt å bruke Hall (2010) sin veileder gjennom Nasjonalt senter for erfaringskompetanse, fordi vi anser dette som en trygg kilde.

I utvelgelse av forskningsartikler har vi vektlagt at artiklene skal være publisert i et tidsskrift, da det er her man finner den nyeste kunnskapen på et tema (Dalland, 2012). Våre kriterier har vært at innholdet skal være relevant og holdbart til vår oppgave, samt av nyere dato. I tillegg har vi vært bevisste på hvor studiene har funnet sted, for at innholdet skal være overførbart til hvordan vi arbeider i Norge. Det stilles strengere krav til artikler som publiseres i vitenskapelige tidsskrifter, da disse blir fagfellevurdert. Dette innebærer at de evalueres, vurderes og godkjennes av eksperter på området før de publiseres. For at artiklene skal bli godkjent stilles det krav til innhold og form, samt at valg av metode, funn og resultater gjøres rede for og diskuteres (Dalland, 2012). Disse kravene har vært viktige for oss når vi har vurdert artiklenes troverdighet. At funnene i studiene har betydning for sykepleiefaget, har også blitt vektlagt.

Vi har forsøkt å få variasjon av forskjellige typer forskningsartikler, da kvalitative og kvantitative studier har ulike egenskaper. I kvantitative studier har fenomener blitt telt opp og kategorisert. Fordelen med disse, er at studiene er utført på mange personer, noe som gir oss et større bilde av hvordan fenomenet er. Det som undersøkes blir satt opp i tallsystem, og gir oss derfor ikke et utdypende bilde av hvordan dette er for den enkelte. For å finne ut av dette må kvalitativ metode benyttes, som utføres på færre mennesker da de har anledning til å utdype hvordan fenomenet som forskes på, oppleves for den enkelte. Hvordan noe oppleves for den enkelte, kan være annerledes for andre da vi snakker om menneskelige fenomener. Det er derfor viktig å vurdere hvor pålitelige disse funnene er med tanke på overførbarhet til andre situasjoner, samt forskerens egen objektivitet (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2010). Noen av artiklene vi har benyttet er små kvalitative studier. Vi har likevel valgt å bruke artiklene, da vi mener funnene har overføringsverdi.

2.2.1 Presentasjon av artiklene

Her presenteres metode og kildekritikk på forskningsartiklene vi har brukt. Funnene presenteres i teoridelen.

Freeman, D. et al: Persecutory delusions and psychological well-being, 2014.

Denne kvantitative studien måler hvor stor grad personer med forfølgelsesvrangforestillinger føler positiv psykologisk velvære. Pasientgruppen på 150 personer ble sammenlignet via spørreskjemaer med en kontrollgruppe på 347 tilfeldig valgte personer i befolkningen. Studien er rettet mot psykologi og psykiatri, men vi mener funnene i denne artikkelen også er viktige for sykepleiere, da den oppfordrer til å rette fokus mot psykologisk velvære for å føre til bedring hos pasienter som har forfølgelsesideer.

Huhn, M. et al: Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses, 2014.

I denne studien har de gått gjennom meta-analyser for å finne ut mer om effektene til psykoterapi og medikamentell behandling og sammenlignet disse, da det pågår en debatt om hva som bør være hovedfokuset i behandlingen av psykiske lidelser.

Karlsen, R: Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfag samarbeid: Profesjonell kompetanse, 2009.

I denne kvalitative studien er det utført et fokusgruppeintervju med 29 psykiatriske sykepleiere i Norge for å finne ut mer om hva som er sykepleierens fagspesifikke kompetanseområde i tverrfaglig samarbeid i psykisk helse.

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M: Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study, 2008.

Denne kvalitative forskningsartikkelen tar for seg 35 pasienters meninger om hvordan sykepleiere kan bidra til økt livskvalitet hos pasienter innlagt på en akuttavdeling. Pasientene som ble intervjuet hadde diagnosene schizofreni, schizotyp lidelse eller paranoid vrangforestillingslidelse.

Salzmann-Erikson, M: An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities, 2013.

I denne review artikkelen har 14 fagfelleverderte kvalitative studier blitt gjennomgått for å finne ut hva pasienter med psykiske lidelser mener har vært viktig i deres personlige bedringsprosess.

Walker, H., Connaughton, J., Wilson, I. & Martin, C. R: Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings, 2012.

Denne kvantitative artikkelen er en pilotstudie som ser på effektene psykoedukasjon har for pasienter med psykose. De 48 deltakerne i studien ble delt opp i to hovedgrupper hvor kontrollgruppen fikk behandling som vanlig, mens behandlingsgruppen i tillegg deltok i psykoedukasjonsprogrammet Coping With Mental Illness (CWMI). Før psykoedukasjonsprogrammet ble satt i gang var det lite forskjeller i gruppenes kunnskapsnivå om deres lidelse, noe som styrker troverdigheten i funnene.

Årseth, A. L., & Johannessen, B: Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose, 2013.

I denne kvalitative studien ble fire personer intervjuet om hvordan de selv opplevde det å få og leve med en psykiatrisk diagnose. Artikkelen er relevant for sykepleie fordi den sier noe om hvilke holdninger vi bør ha og hvordan pasientene ønsket å bli møtt av helsepersonell. Selv om bare fire personer er inkludert i studien kan opplevelsene som beskrives være overførbare til flere situasjoner.

2.3 Ethiske overveielser

Etter skolens retningslinjer har vi fulgt APA-standard for å henvise til kilder vi har benyttet. Vi har vært nøye med dette under skriveprosessen, slik at forfatterne får den anerkjennelsen de fortjener.

Vi har vektlagt å anonymisere egne erfaringer i oppgaven. Det er vesentlig at leseren ikke skal kunne gjenkjenne hvem som står bak erfaringene, da vi har taushetsplikt ovenfor pasientene vi møter i praksis (Dalland, 2012).

Vi har også vurdert hvilke etiske overveielser som er gjort i de forskjellige forskningsartiklene vi har valgt.

3. Teori

Teoridelen starter med Travelbees tolkning av sykepleie, som vi bygger oppgaven vår på. Deretter kommer teori hvor vi skal gå nærmere inn på sykepleierens rolle, psykose og paranoid vrangforestilling. Videre tar vi for oss miljøterapi og andre tilnæringsmåter vi kan benytte, samt alliansebygging med pasienter med paranoid psykose. Funn i forskningsartiklene blir også presentert.

3.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i 1926 og døde i 1973. Hun var psykiatrisk sykepleier og underviste innen sykepleie i USA. I sin bok «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» vektlegger hun at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, da det alltid omhandler mennesker. «... 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» (Travelbee, 1999, s. 29).

Vi mener Travelbees tolkning av sykepleie er relevant, da hennes interaksjonsteori fokuserer på det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient, noe vi mener er sentralt når man skal danne en allianse med den psykiatriske pasienten. Travelbee mener det mellommenneskelige forholdet ikke kan bygges opp mellom to roller, slik «sykepleier» og «pasient» er. Dette er også noe Hummelvoll (2012) beskriver i sin teori i begrepet sykepleier–pasient–fellesskapet, hvor det legges mer vekt på at det er to likeverdige mennesker som møtes, i stedet for å legge vekt på de ulike rollene personene innehar. Menneske-til-menneske-forholdet vil si at både pasienten og sykepleieren møter den andre som unike individer og på denne måten kunne føle mestring og mening i de erfaringene sykdommen har gitt (Travelbee, 1999).

Som profesjonell sykepleier må man kunne bruke seg selv terapeutisk når man tilnærmer seg pasientene. Det vil si ens egen personlighet, atferd og kunnskaper, samt hvilken innvirkning det har på pasientenes bedringsprosess. Skal dette fungere innebærer det selvinnsikt og evne til å tolke atferd både hos seg selv og pasienten, i tillegg til det å ha innsikt i å være et

menneske (Travelbee, 1999). Dette er grunnleggende for å få til et hjelpeforhold ovenfor pasientene, i tillegg til en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte. Dette er en del av sykepleierens fagkunnskaper, samt det å kunne bruke denne kunnskapen i planlagt sykepleie og i evalueringen av sykepleien (Travelbee, 1999).

Det er grunnleggende nødvendig å bygge en relasjon til pasientene, noe som bygges opp over lengre tid og omhandler all kontakt sykepleierne har med pasientene. For å bygge opp relasjonen kan det være hensiktsmessig å bevisst gå inn for lære seg å kjenne pasientene og ivareta deres behov hver gang man møter dem. Slik kan man best mulig oppnå sykepleiens hensikt, som er å bidra til endring i sykdomssituasjonen (Travelbee, 1999).

For å danne menneske-til-menneske-forholdet, mener hun man må bruke kommunikasjon. Kommunikasjon kan ha stor innvirkning på den mellommenneskelige nærheten og brukes for å få til en forandring i sykepleiesituasjonen og til å dele tanker og følelser. Gjennom kommunikasjon mener Travelbee man videre kan oppnå sykepleiens formål gjennom å bli kjent med pasientene, forstå deres behov og bidra til mestring av sykdommen (Eide & Eide, 2007). Gjennom non-verbal kommunikasjon blir sykepleiernes omsorg ovenfor pasientene uttrykket. Kommunikasjonens kvalitet og sykepleiernes evne til å etablere kontakt med pasientene, avhenger av sykepleiernes evne til å benytte sin fagkunnskap og seg selv på en terapeutisk måte (Travelbee, 1999).

Det er fem ulike faser sykepleierne og pasientene må gjennom før de oppnår et menneske-til-menneske-forhold, for over tid å kunne bygge alliansen man har behov for i utøvelsen av sykepleie. Kort fortalt er dette fra første møte mellom sykepleierne og pasientene hvor de gjør seg opp meninger om hverandre gjennom å observere. Sykepleiernes oppgave blir å se hele menneske og ikke kategorisere. Videre til å kunne se den andre som et unikt individ og her blir sykepleiernes oppgave å skape empati. Når det oppstår empati vil sykepleierne enklere kunne forstå og sette seg inn i pasientenes situasjon. Ut fra dette kan det utvikles sympati og medfølelse ovenfor pasientene og som sykepleier ønsker man da sterkere å hjelpe pasientene mot en bedring i deres situasjon. Til slutt har man oppnådd et menneske-til-menneske-forhold, hvor man opplever gjensidig forståelse av situasjonen og en gjensidig måte å oppfatte hverandre på, samt deres felles erfaringer. Da kan sykepleierne se på pasientene som unike individer (Travelbee, 1999). Interaksjonsteori innebærer nettopp dette,

at to individer har innflytelse på hverandre på en gjensidig og respektfull måte (Travelbee, 1999).

3.2 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleie omhandler å hjelpe et annet menneske. Sykepleiernes tilstedeværelse er tett knyttet opp mot det å bry seg om de syke. I noen situasjoner er det kun det mellommenneskelige som har betydning, hvor den hverdagslige og allmennmenneskelige omsorgen kommer frem. Da kan sykepleiernes tilstedeværelse og det å vise empati og omtanke være tilstrekkelig. Likevel er sykepleiernes fagkunnskap grunnleggende for pasientpleien. Gjennom kunnskap om pasientenes lidelse har vi et bedre og helt nødvendig grunnlag for å yte god sykepleie til pasientene. Sykepleiere skal bidra gjennom sykdomsforløpet ved å støtte pasientenes opplevelse og reaksjoner, samt bidra til å finne erfaringer i dette (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Når man arbeider rundt pasienter med psykose, vil relasjonen over tid kunne bidra til håp om forandring. Her kan sykepleiere bidra ved å lære pasientene om hvordan de selv kan håndtere livet etter gjennomgått psykose, ved å finne erfaringer de kan ha fått gjennom sykdomsforløpet, samt bidra til å finne pasientenes ressurser (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Å ha evnen til å forstå situasjonen sett fra pasientenes side er essensielt. Ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov er sentralt i all sykepleie. Dette er også noe pasientene har krav på at blir ivare tatt. Vi skal hjelpe dem til å mestre de konsekvensene sykdommen har gitt. Sykepleiernes oppgave her er blant annet å gi informasjon og opplæring, i tillegg til å ivareta trygg og sikker administrering av legemidler. Dette kommer frem i noen av sykepleiernes funksjoner (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Som sykepleiere har vi yrkesetiske retningslinjer vi må forholde oss til i vårt arbeid for å opprettholde en god etisk standard. Disse bygger på grunnprinsippene til det internasjonale sykepleierrådet. Retningslinjene beskriver hva god praksis er, både når det gjelder sykepleiernes forhold til profesjonen, pasienten, pårørende, medarbeidere, arbeidsstedet og samfunnet. De skal også verne om sykepleiernes viktigste verdier og menneskesyn (Sneltvedt, 2013).

Punkt to i retningslinjene omhandler sykepleieren og pasienten. Den vil være mest sentral i vår oppgave. Herunder står det at sykepleieren skal ivareta pasientene på en helhetlig måte og sykepleien skal være tilpasset den enkelte pasient. Iboende verdighet skal respekteres. Vi skal også beskytte pasientene for unødvendige og ulovlige begrensninger for deres rettigheter, samt tvang (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.3 Nasjonal strategi

Helsepersonell er pålagt å ha medisinfrie behandlingstilbud i tillegg til tilbud om medikamenter. Dette kommer frem i en nasjonal strategi som Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet for 2012 til 2015. Visjonen i strategien er at helsetjenester skal baseres på frivillighet, samt vise respekt for pasientenes ønsker og behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Ved å vektlegge pasientenes ønsker og behov kan man bidra til positive opplevelser i møte med helsevesenet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Viktig å understreke at medikamentellfrie behandlingstilbud gjelder så langt det er forsvarlig. Når pasienter motsetter seg anbefalt behandling, er tvang et nødvendig alternativ dersom pasientene er til fare for eget eller andres liv. Man har i tillegg lov å gripe inn med tvang for å forebygge at pasientenes sykdomssituasjon blir betydelig redusert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Hvis det går for lang tid før pasienter med psykose får behandling, kan det vanskeliggjøre møte med pasientene når de førstes oppsøker hjelp. De kan da ha betydeligere redusert innsikt i egen sykdomssituasjon og motsi seg behandling (Jordahl & Repål, 2009).

3.4 Psykose

Psykose er den overordnede begrepet for lidelser hvor pasientene har realitetsbrist. Realitetsbrist er det viktigste kjennetegnet ved psykose (Strand, 1990), og vil si at man har forandret og annerledes oppfatning av virkeligheten i forhold til hva andre mennesker har (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Hummelvoll (2012) skriver at realitetsbrist må kjennes ensomt for pasientene, da deres oppfatninger og opplevelser ikke deles med

omverdenen. Denne ensomheten kan føre til engstelse og tankemessig forvirring hos pasientene, som igjen kan føre til isolasjon fra omverdenen og økt følelse av ensomhet. Dette kan påvirke pasientenes identitet og de kan utvikle en distanse til andre mennesker (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Psykose kan opptre i alle aldre, men det er ofte i ung voksen alder det forekommer. De som utvikler psykose har ofte medfødt sårbarhet og kanskje i tillegg opplevd stress grunnet hendelser i oppveksten. Årsaker til psykose kan være mange, blant annet oppvekstvilkår, negative hendelser i personenes liv og traumer kan utløse psykose. Mangel på søvn kan i seg selv være en utløsende årsak (Hall, 2010). Det kan også forekomme organiske psykoser som kommer av skade på hjernen, grunnet stoffmisbruk eller sykdom (Skårderud, Hugsgjerd & Stänicke, 2010).

Psykotiske pasienter har liten eller ingen innsikt i sin egen sykdomssituasjon. De mener selv deres symptomer er reelle og har sammenheng med ytre påvirkninger. De mener derfor at de ikke har behov for behandling (Kringlen, 2011a). Pasienter med schizofreni har de mest bisarre vrangforestillingene (Håkonsen, 2009). Symptomene ved psykoselidelser er delt i to grupper, negative og positive symptomer. De positive symptomene betegnes som funksjoner som er i tillegg normalfunksjoner, mens negative symptomer er reduksjon fra de normale funksjonene. Negative symptomer kan være tap av motivasjon og tilbaketrekning fra omverdenen (Helsedirektoratet, 2013), samt affektavflatning. De negative symptomene kommer ofte til syne gjennom pasientenes atferd da de i større grad enn positive symptomer reduserer pasientenes funksjonsnivå. Pasientene kan da fremstå som merkelig og uforståelig i relasjoner (Håkonsen, 2009). Positive symptomer er persepsjonsforstyrrelser og forstyrrelser i tanker og tankeinnhold og gir realitetsbrist (Helsedirektoratet, 2013).

Det er utfordrende å møte pasienter med psykose, da de mister mye av sin kontaktevne (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Sykepleiere må være bevisst i sin kommunikasjon da pasientene kan oppfatte kommunikasjon og samhandling annerledes. Sykepleiere bør møte pasientene på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte, da dette bidrar til tillit og trygghet (Eide & Eide, 2007). Vi må være bevisste på vår non-verbale kommunikasjon i møte med disse pasientene. Dette innebærer blant annet kroppsspråk og øyekontakt. Sykepleierne kan her vise sin interesse og ønske om kontakt. Ved å vise

sammenheng mellom verbal og non-verbal kommunikasjon fremstår sykepleieren som pålitelig og ekte. Vi må også være bevisst på vår verbale kommunikasjon i møte med paranoid psykotiske pasienter (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjonen må være enkel, tydelig og direkte, og unngå å ta opp flere problemområder samtidig (Berge & Repål, 2010).

Positive symptomer er ofte mer fremtredende enn negative. Persepsjonsforstyrrelser, eller hallusinasjoner er sanseopplevelser som opptrer uten stimuli og virker reelle for pasientene. Det kan være de hører eller ser ting som ikke er reelle. Vrangforestillinger er et annet vanlig symptom ved psykotiske lidelser. Dette innebærer feiltolkninger av omgivelsene og er forstyrrelser i pasientenes tankeinnhold. Disse feilaktige oppfatningene er så fastlåst i pasientenes tankegang at det er ikke lette å endre på hvordan pasientene oppfatter omgivelsene eller personer ved å informere om at andre ikke oppfatter verden på samme måte (Helsedirektoratet, 2013). Vrangforestillingene deles inn i storhetsideer, influens, ideer om at kroppen blir forandret etter forfølgelsesideer. Forfølgelsesideer er sentralt ved paranoide vrangforestillinger (Kringlen, 2011b).

3.5 Paranoide vrangforestillinger

Paranoid vrangforestilling er et uttrykk for mistenksomhet og forfølgelsesideer. For paranoide pasienter kan verden oppleves skremmende og utrygg. Utviklingen av den paranoide tilstanden kommer ofte over lengre tid. Det kan starte med opplevelser av nederlag hvor man kan utvikle endret oppfatning og holdning til omverden. Videre kan pasientene begynne å belaste andre mennesker for den ulykken de opplever og mene andre konspirerer mot seg (Kringlen, 2011c), eller styrer ens tanker og handlinger, også kalt influens (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

De paranoide vrangforestillingene har som oftest blitt utløst av noe i pasientenes livssituasjon eller på grunn av et traume (Kringlen, 2011c). Ved paranoid psykose er forfølgelse den mest vanlige vrangforestillingen. Pasientene opplever da å bli forfulgt, spionert på eller forgiftet. Siden pasientene selv ikke har innsikt i situasjonen, og de mener de paranoide vrangforestillingene er realiteten, oppdager man ofte vrangforestillingene på grunn av deres engasjement i å fortelle om eksempelvis sine forfølgelsesideer (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Man kan forklare paranoid psykose med forsvarsmekanismen projeksjon, det vil si å overføre tanker og hendelser over på en annen person, ofte i nære relasjoner. Det er også denne personen som blir forfølgeren. Pasientene tolker alt i verste mening, er mistenksomme og finner en ond og dypere mening ved handlinger. Andre vrangforestillinger som også kan ha paranoide forestillinger er sjalusiforestillinger, erotiske forestillinger og storhetsforestillinger (Kringlen, 2011c).

En kjent problemstilling er at pasientene med paranoide vrangforestillinger mener sine vrangforestillinger ikke er uttrykk for sykdom og dermed ofte ikke motivert for behandling. Pasientenes innsikt i sine paranoide ideer kan variere fra dag til dag (Kringlen, 2011a), noe som kan vanskeliggjøre behandlingen av paranoide pasienter. En annen ting som gjør behandlingen vanskelig er at vrangforestillingene er så forankret i pasientenes tankegang at de påvirkes dårlig av realitetsorientering. Hvis sykepleierne prøver å få pasientene til å tenke reelle tanker ender det ofte i diskusjon (Jordahl & Repål, 2009). Når pasientene er i paranoid beredskap hindres utvikling og vekst. Samtidig er pasientene mistenksomme ovenfor sykepleierne og ser på andre mennesker som truende. Det er derfor hensiktsmessig å få pasientens tillit for å danne et samarbeid. Tilstanden kan bli kronisk da behandling er krevende. Pasientene kan utvikle symptomer på depresjon som kan oppfattes som forverring. Kringlen skriver at dette ofte kan være et positivt tegn, da pasientene selv kan ha begynt å få innsikt i sin sykdomssituasjon (Kringlen, 2011c).

3.6 Miljøterapi

«Miljøterapi defineres ofte som en planlagt tilretteleggelse av dagliglivet i en døgnenhet. Miljøterapi som begrep omfatter både enhetens psykososiale miljø, det sosiale læringsmiljøet og relasjonen mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient» (Helsedirektoratet, 2013. s. 71). Det er pasientene som er innlagt på enheten og personalet, i tillegg til de fysiske rammene som utgjør miljøet på den enkelte enhet. Miljøterapi i trygge, støttende og forutsigbare rammer er tiltak hvor man benytter miljøet på eksempelvis en sengepost for å bevisst hjelpe pasientene til en mer hensiktsmessig fungering i dagliglivet. Under en innleggelse bruker pasientene mesteparten av sin tid på enheten. Det er derfor

viktig for sykepleiere å ha kunnskaper om postmiljøets betydning gjennom sykdomsforløpet og videre behandling (Jordahl & Repål, 2009).

Det er fem terapeutiske aktiviteter miljøet på en enhet bør inneha, mener Gunderson (Referert i Jordahl & Repål 2009). Han er opptatt av at man må forstå disse fem aktivitetene for å kunne tilrettelegge bedre for hvert enkelt individ. Det første er at man som sykepleier skal ivareta pasientenes grunnleggende behov (Jordahl & Repål, 2009). Det omhandler å sørge for søvn, ernæring, personlig hygiene (Hummelvoll, 2012) og trygghet, samt forebygge at pasientene er til fare for seg selv eller andre (Jordahl & Repål, 2009). Sykepleiere skal i tillegg ha den støttende funksjonen ovenfor pasientene, slik at man øker pasientenes selvfølelse og velvære mens den er innlagt. For å få til dette vil en strukturert hverdag være hensiktsmessig. Ved å gi rom for oversikt og forutsigbarhet ivaretar man strukturen inne på enheten (Jordahl & Repål, 2009). Å involvere pasientene i egen behandling kan gjøres ved å la pasientene aktivt delta i miljøet og aktivitetene der. Til slutt er det viktig å la pasientene ha privatliv og utvikle seg ved å få utfordringer å prøve seg på. Dette er med på å gjøre pasientene mer selvstendig (Jordahl & Repål, 2009). Det må for hver enkelt pasient vurderes hvilke tiltak som er aktuelle, eksempelvis vil forutsigbarhet være mer sentralt enn utfordringer når pasientene er psykotiske (Jordahl & Repål, 2009). Dette er med på å styrke pasientenes egofunksjoner og tiltak for forutsigbarhet er å utarbeide tydelige dags- og ukeplaner for å redusere kaos for pasientene (Hummelvoll, 2012).

Det er viktig å tilrettelegge miljøet ut fra pasientgruppen. For psykotiske pasienter vil et oversiktlig og begrenset miljø være hensiktsmessig. Samtidig skal miljøet gi rom for aktivitet og hvile (Strand, 1990), da psykotiske pasienter ofte er engstelige og isolerer seg. De vil ha god nytte av at det er få pasienter å forholde seg til. Da kan de enklere etablere relasjoner med medpasienter, samt nærhet til personalet, noe som kan bidra til bedring (Hummelvoll, 2012). I tillegg vil det å få fysisk avstand være trygghetsskapende. At pasientene har egne rom de kan trekke seg tilbake på kan forebygge overstimulering, spesielt i starten av behandlingen for å forebygge forverring av sykdommen (Jordahl & Repål, 2009). Psykotiske pasienter kan ha mangelfulle grenser og vil trenge grensesetting utenfra for hjelp til å styrke sitt ego. Grenser og beskyttelse vil eksempelvis være nødvendig i et miljø med psykotiske pasienter, fordi deres angst kan vise seg i form av aggresjon (Strand, 1990).

Sykepleierne kan hjelpe pasientene til å bygge opp tillitt til omverdenen ved å være åpne og delta i praktiske gjøremål. Da skapes et arbeidsfellesskap. Her må det vektlegges avtaler og holde disse slik at pasientene opplever mening i ord. Dette kan bidra til felles forståelse og videre redusere pasientenes følelse av å bli misforstått eller opplevelse av omverden som truende (Hummelvoll, 2012). Samhandling er dermed sentralt med tanke på realitetsforståelse. De praktiske gjøremålene bør være oversikt og avgrenset slik at de kan virke roende og samlende ovenfor pasientene. Man må vektlegge mestring i gjøremålet gjennom å vite hva pasientene kan få til på nåværende tidspunkt (Strand, 1990). For at aktiviteten skal ha noen hensikt er det fordelaktig at pasientene har interesse for aktiviteten for å fremme motivasjonen og øke sjansene for gjentakelse (Strand, 1990). Her kommer balansegangen mellom støtte og utfordring til syne (Hummelvoll, 2012).

3.7 Psykoedukasjon og familiesamarbeid

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2010) skriver at:

Systematiske psykoedukative intervensjoner kan bestå av informasjon om sykdomsformer, gi realistiske forventninger om prognose og bedring, påpeke betydningen av kommunikasjon, redusere familiemedlemmers skyldfølelser, formidle kunnskap om medikasjon, samt hjelp til å lære tidlig å fange opp pasienters signaler om behov for hjelp (s. 177).

Dette innebærer å sørge for at pasientene og pårørende får informasjon som kan hjelpe dem til å mestre deres situasjon. Det stilles ekstra krav til utformingen av behandlingen når man arbeider med personer med en psykoselidelse og det må tas utgangspunkt i de kognitive begrensningene pasientene kan ha. Psykoedukasjon er en strukturert metode som kan bidra til at pasientene selv blir aktiv deltaker i egen behandling (Lindvåg & Fjell, 2011). Det er sykepleierne som har hovedansvaret for å gi pasientene informasjonen om virkning og bivirkning av medikamenter, i tillegg ansvaret for å observere kroppslige bivirkninger pasientene kan få, dette sammen med pasientene (Hummelvoll, 2012). Sykepleierne skal også informere om hvilke behandlingsalternativer pasientene har (Hall, 2010).

I følge Helsedirektoratet kan involvering av pårørende ha flere positive innvirkninger på pasientenes lidelse (referert i Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Når et familiemedlem blir psykotisk vil dette ofte ramme hele familien. Familien vil trenge samtaler og kunnskap

for å kunne ivareta seg selv og være en støtte og ressurs for pasientene gjennom innleggelse og tiden etter (Hummelvoll, 2012). Familien er en viktig ressurs for pasientene (Helsedirektoratet, 2008), men setter ofte egne behov til side for å ivareta sine nærmeste (Lindvåg & Fjell, 2011). Familien kan bidra i behandlingen siden de kjenner til de tidlige varselsignalene pasientene hadde, hva som bidrar til at pasientene blir stresset, samt deres mulighet som pårørende til å støtte dem (Hummelvoll, 2012). Å se på familien som en likestilt partner rundt pasientene kan bidra til å redusere isolasjon (Hummelvoll, 2012).

Begrepet expressed emotion (EE) brukes i forskning for å kunne si noe om hvordan det følelsesmessige miljøet rundt pasientene er og hvordan dette har innvirkning på risikoen for tilbakefall (Jordahl & Repål, 2009). Personer med realitetsbrist er sårbare for mas og kritikk (Berge & Repål, 2010). Høy score av EE indikerer for mye kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering innad i familien, mens lav EE indikerer mindre av disse faktorene (Lindvåg & Fjell, 2011).

3.8 Alliansebygging

Alliansebygging er sentralt for å oppnå resultater i behandlingen (Hummelvoll, 2012). Sammen med tillit, er dette grunnleggende i møte med psykotiske pasienter (Berge & Repål, 2010). Hensikten med alliansen er å få til et samarbeid med pasientene og dette er helt grunnleggende innenfor psykisk helsearbeid. Fra starten av behandlingen vil det være hensiktsmessig med felles forståelse av behandlingen og målet med den. Noe som kan være utfordrende hvis pasientene og sykepleierne har ulik oppfatning av sykdomssituasjon og behandlingsforløp. Sykepleiernes holdninger vil være vesentlig for pasientenes opplevelse i møte med helsevesenet. Gjennom å møte pasientene med respekt i behandlingsforløpet, vise interesse og nysgjerrighet for deres opplevelser og situasjon danner man et stabilt grunnlag for behandlingen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Mangel på motivasjon fra de paranoide pasientenes side er utfordrende for alliansebyggingen. Årsaker til manglene motivasjon kan være fler, men lite innsikt i egen situasjon og dermed også lite forståelse for nødvendigheten av endring, er en årsak (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Dette viser seg ofte hos psykotiske pasienter. I tillegg kan mistenksomheten (Hummelvoll, 2012), hos disse pasientene skape utfordring

(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Pasientene kan prøve å finne ut om sykepleierne er til å stole på og om den er interessert i situasjonen, samtidig som pasientene vil kunne trenge tid til å venne seg til at sykepleierne skal være nære dem. Det er derfor viktig å ha kjennskap til psykotiske pasienters behov for nærhet og avstand. I tillegg vil det være hensiktsmessig å vite hvor mye man skal støtte pasientene og hvor grensen for utfordringer går. Det er dette som er essensen i den profesjonelle holdningen i sykepleie (Hummelvoll, 2012). Ved å vise tålmodighet, vennlighet og ro kan man få pasientene til å forstå at vi er der for å hjelpe dem (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Det er denne tryggheten pasientene trenger for kunne dele sine følelser, tanker og bekymringer (Hummelvoll, 2012). Når pasientene deler dette, er det viktig at sykepleierne viser aksept og forståelse for innhold og følelser knyttet til vrangforestillingene, samtidig for man ikke bekrefter vrangforestillingen. Heller fortelle hvordan en selv opplever realiteten (Strand, 1990).

Pasientenes negative symptomer kan være utfordrende ovenfor personalets tålmodighet og forståelse. Pasientene kan mene de ikke trenger behandling, noe som vil føre til at det kan ta lang tid å behandle. Da vil her-og-nå-situasjon og fremtiden være fokus fremfor fortiden, med realistiske og oppnåelige mål for pasientene og deres situasjon (Hummelvoll, 2012). Ved å gi pasientene oppfølging og kontakt over tid kan man skape tillitt hos pasientene og lettere kunne oppnå målet med hjelpen, «å fremme en positiv endring i pasientenes mentale helse.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 10).

Når man arbeider med psykotiske pasienter tar det ofte lang tid før man ser resultat av behandlingen. Det er tidkrevende arbeid, og tar ofte måneder før man har oppnådd en god samarbeidsallianse (Berge & Repål, 2010). Man kan som sykepleier oppleve frustrasjon og håpløshet, fordi pasientene har liten evne til å samarbeide, samt at dere atferd kan være impulsiv og provoserende (Jordahl & Repål, 2009). Refleksjon over ens egne og andres holdninger, kan være hensiktsmessig for å forebygge kategorisering av pasientene og heller se det enkelte individ (Hummelvoll, 2012). Det kan eksempelvis være essensielt å ha kunnskap om at pasientenes følelse av angst kan være det som gjenspeiler seg i aggresjonen og kan komme uten ytre stimuli. Som sykepleier bør man ha egenskapen å undres over hvorfor pasientene opptrer som dem gjør og hvorfor det vanskeliggjør samarbeidet. Dette kan være positivt for det videre behandlingsforløpet og samarbeid (Jordahl & Repål, 2009).

3.9 Funn i artiklene

Freeman, D. et al: Persecutory delusions and psychological well-being, 2014.

Denne studien viste at pasientgruppen som hadde forfølgelsesvrangforestillinger hadde svært nedsatt positiv psykologisk følelse av velvære, sammenlignet med gruppen som ikke hadde forfølgelsesvrangforestillinger. For å måle forskjellene brukte de måleverktøyet WEMWBS (Warnick-Edinburgh Mental Well-Being Scale) som måler personers subjektive følelse av glede, positiv psykologisk fungering i hverdagen og samhandling med andre mennesker.

Huhn, M. et al: Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses, 2014.

Bakgrunnen for denne studien var å finne ut hvilket behandlingstilbud som hadde best effekt. I artikkelen kommer det frem at forskningsmetoden som blir brukt ved farmakologi og ved psykoterapi er så forskjellig at de er vanskelig å sette opp mot hverandre. De oppfordrer derimot heller å fokusere på hvordan vi kan forbedre et helhetlig behandlingstilbud.

Karlsen, R: Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfag samarbeid: Profesjonell kompetanse, 2009.

Sykepleierne mente at vår spesifikke kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet var våre kunnskaper om kroppen, grunnleggende behov, sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse og viktigheten av å jobbe med begge deler samtidig. I tillegg mente deltakerne i fokusgruppeintervjuet at sykepleierens handlingsorienterte tilnærming var spesifikt for sykepleiere og inkluderte hvordan vi kartlegger og raskt setter inn praktiske tiltak. Mange mente denne praktiske tilnæringsmåten bidro til å skape gode relasjoner til pasientene. Det kom også frem at sykepleiere ofte var de som tok ansvar for hele pasientsituasjonen og sørget for helhetlig tenkning i behandlingen.

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M: Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study, 2008.

Pasientene ble intervjuet om hvordan sykepleierne bidro til livskvalitet og hvilke områder de mente det var forbedringspotensial fra sykepleiernes side. Sykepleiernes fremgangsmåter og metoder til å fremme livskvalitet ble avgrenset til fem kategorier og innebar empowerment,

sosialt samvær, aktiviteter, sikkerhet og fysisk helse. For at sykepleiere skulle kunne bidra til økt livskvalitet, mente pasientene at de måtte vise respekt og interesse, samt gi støtte og lytte til håp og drømmer. De fortalte også om at de ønsket mer informasjon. Muligheten til å delta i sosiale aktiviteter, følelse av trygghet i enheten og ivaretagelse av somatisk helse var også viktig for deres livskvalitet.

Salzmann-Erikson, M: An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities, 2013.

Pasientene mente at de selv måtte akseptere lidelsen for å komme seg videre i bedringsprosessen. Det å få støtte fra andre, inkludert helsepersonell hadde i tillegg en innvirkning på deres bedring. Pasientene mente deltakelse i sosiale og meningsfulle aktiviteter, samt en strukturert hverdag hadde innvirkning på deres bedringsprosess. Artikkelen sier også at sykepleiere må vise respekt, empati og interesse og bevisst fokusere på pasientenes egne opplevelser, da dette er vesentlige faktorer for å veilede pasientene til bedring.

Walker, H., Connaughton, J., Wilson, I. & Martin, C. R: Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings, 2012.

I denne studien ble to grupper sammenlignet for å se hvilken effekt psykoedukasjon kan ha. Det ble brukt et evalueringssystem for å evaluere de enkeltes fremgang når det gjelder kunnskap og håndtering av sin lidelse, deres rettigheter, bedringsprosess og selvvinnsikt. Gruppene ble evaluert før oppstart, når det var fullført og etter seks måneder. Evalueringen etter seks måneder viste forskjeller mellom gruppene, da personene i behandlingsgruppen hadde en signifikant økning i kunnskap om sin lidelse.

Årseth, A. L., & Johannessen, B: Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose, 2013.

Funnene fra denne artikkelen belyser viktigheten av helsepersonellens holdninger i møte med psykiatriske pasienter. Pasientene ønsket å bli møtt som et menneske, ikke som en diagnose. Det var forskjellige meninger om hvordan det var å få en diagnose. I studien forteller deltakerne om hva som førte til positive og negative opplevelser i møte med helsepersonell. Det er avgjørende at pasientenes ressurser og erfaringer blir vektlagt under behandlingen. Studien vektlegger også viktigheten av å møte pasientene som helhetlige individer.

4. Drøfting

Vi skal i dette kapittelet belyse oppgavens problemstilling gjennom å drøfte innholdet fra teoridelen, forskningsartiklene og våre egne erfaringer. Kapittelet er delt inn i tre underkapitler hvor vi tar for oss temaene sykepleiers rolle, alliansebygging og tilnæringsmåter.

4.1 Sykepleierens rolle

I følge Travelbee (1999) er hensikten med sykepleie å bidra til endring i pasientene sykdomssituasjon. For å bidra til bedring hos psykotiske pasienter bør det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasienten vektlegges. Det er fordelaktig med en felles forståelse av behandlingen og målet med den for å danne et stabilt grunnlag for behandlingen. Første gang man som sykepleier møter en psykotisk pasient vil det derfor være hensiktsmessig å bli kjent med dens livssituasjon og tanker (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Vi mener at på denne måten viser vi respekt for det enkelte individ, noe yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) også sier vi skal, i tillegg viser vi interesse for den enkeltes opplevelse av situasjonen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Vår kunnskap rundt pasientenes diagnose vil være nødvendig for å gi sykepleie til psykotiske pasienter. Alle sykdommer har sine spesielle problemer og dette er noe sykepleiere må ha kunnskap om for å kunne yte god sykepleie (Nortvedt & Grønseth, 2010). Paranoide pasienter er ofte utrygge og kan oppleve vår tilstedeværelse som truende (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Vår erfaring er at sykepleiere derfor må jobbe med å skape trygghet og tillit allerede fra første møte, da det er dette de vektlegger ved eventuell senere reinnleggelse. Dette kan oppnås gjennom å være tålmodig og vise vennlighet og ro ovenfor pasientene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Vi viser da over tid at vi er til å stole på og de kan på denne måte føle seg tryggere på å dele sine opplevelser (Hummelvoll, 2012). Vi har erfart at paranoide mennesker ofte vil forsøke å teste helsepersonell for å undersøke om vi er til å stole på. Sykepleiere må gjennom handling vise dette ved å møte opp og holde det vi sier. Vi må være tilgjengelig igjen og igjen (Strand,

1990). Vår omsorg kommer da til syne gjennom handlingene vi gjør, noe som kan bidra til endring i pasientenes sykdomssituasjon (Travelbee, 1999).

Pasientene trenger også tid til å venne seg til at vi er rundt dem og det er derfor vesentlig at vi har kunnskaper om deres behov for balanse mellom nærhet og avstand. Sammen med kunnskap om støtte og utfordring er dette kjernen i den profesjonelle holdningen til sykepleierne (Hummelvoll, 2012). I en studie kommer det frem at sykepleierne som går litt utenfor komfortsonen når det gjelder den profesjonelle rollen, bidrar i større grad til personlig recovery hos pasientene. Dette innebar for eksempel å gjøre noe helt spesielt for pasientene hvor de gikk utenfor den tradisjonelle sykepleierrollen (Salzmann-Erikson, 2013). Vi tror dette kan ha sammenheng med at disse sykepleierne klarte å skape et spesielt nærvær sammen med pasientene, slik at pasientene kanskje klarte å tenke på andre ting enn det som er vanskelig for dem.

Nortvedt & Grønseth (2010) skriver at å se situasjonen fra pasientenes side er nødvendig. I tillegg mener vi å vise forståelse for individuelle opplevelser av det å leve med samme diagnose er essensielt. Det er dette Travelbee (1999) også mener med å ikke kategorisere etter diagnose, men se individet. Når det oppstår empati i menneske-til-menneske-forholdet vil sykepleierne lettere ha forståelse for pasientenes situasjon og sette seg inn i den (Travelbee, 1999), noe Hummelvoll (2012) også mener er sentralt for å få til et samarbeid med pasientene.

Når en pasient er innlagt arbeider fler yrkesgrupper i team rundt pasienten Hver yrkesgruppe har sin rolle og funksjon ovenfor pasienten, for sammen å bidra i bedringsprosessen. I en studie ble sykepleiere intervjuet vedrørende deres spesielle kompetanseområde i et tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne mente vår kunnskap om kroppen og sammenhengen mellom psykisk helse og kroppslige reaksjoner er et viktig bidrag i tverrfaglig samarbeid. De mente det stort sett var sykepleierne som tok ansvar for det helhetlige fokuset, ved å se helhet i pasientenes tilstand slik at behandlingen ikke ble oppstykket. De mente det var viktig å behandle både somatisk og psykisk lidelse samtidig (Karlsen, 2009). En annen studie bekrefter viktigheten av dette, da flere pasienter mente at sykepleiere som også ivaretok somatisk helse og tilrettela for hvile, hadde innvirkning på deres livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Vårt kliniske blikk med bred kunnskap

om både somatiske og psykisk helse er spesifikt for sykepleie når vi observerer pasientenes tilstand. Vi ser etter andre ting og våre observasjoner gjør at vi kan stille relevante spørsmål, som igjen gir oss et helhetlig bilde av pasientens tilstand (Karlsen, 2009).

Som sykepleiere bidrar vi i tverrfaglig samarbeid med vår kunnskap om det syke mennesket, menneskets grunnleggende behov og vår handlingsorienterte tilnærming. Gjennom kartlegging og rask iverksettelse av praktiske tiltak, tilrettelegger vi for å oppnå god relasjon til pasientene. Hvordan vi utøver omsorg ovenfor pasientene er også helt spesielt for sykepleiefaget (Karlsen, 2009). Noen pasienter mente det var viktig for deres livskvalitet at sykepleierne tilrettela slik at de kunne føle seg fysisk trygge ved enheten (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008).

I møte med mennesker som har paranoid psykose, må vi som sykepleiere ta ansvar for å se pasientens helhetlige tilstand, se sammenhengen mellom deres fysiske og psykiske helse, kartlegge deres behov, samt iverksette praktiske tiltak ut fra deres individuelle behov, som i seg selv kan ha en innvirkning på alliansen. Pasienter ønsker å bli møtt som et helhetlig individ (Årseth & Johannessen, 2013). Det står i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) at vi skal ivareta helhetlig omsorg for den enkelte pasient og som sykepleiere har vi bred kunnskap som gjør at vi har evne til å ivareta dette behovet, gjennom våre sykepleiefunksjoner (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

4.2 Alliansebygging

For å få til en endring i pasientenes sykdomssituasjon er det helt nødvendig med relasjon til pasientene og alliansebygging (Travelbee, 1999). Det er utfordringer knyttet til alliansebygging og tilfriskningsprosessen til pasientene med paranoid psykose Dette fordi pasientgruppen vi skriver om har lite eller ingen sykdomsinnsikt, mangler motivasjon, i tillegg til deres mistenksomhet ovenfor omverdenen (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Dette vanskeliggjør en felles forståelse av behandlingen og målet med den (Hummelvoll, 2012), samtidig kan det føre til at det tar måneder å danne allianse (Berge & Repål, 2010). En felles forståelse er hensiktsmessig for å oppnå en god allianse (Hummelvoll, 2012). En viktig del av den personlige indre bedringsprosessen innebærer å akseptere sin lidelse. Denne aksepten er ofte det som tar lengst tid å oppnå på veien mot

bedring. For å oppnå dette må pasientene over lengre tid ha motivasjon og styrke (Salzmann-Erikson, 2013).

Gjennom grensesetting kan sykepleiere gradvis bidra til at pasientene får innsikt i den fellesopplevde virkeligheten igjen (Strand, 1990). Dette kan skape forutsigbarhet ovenfor pasientene noe som kan redusere deres opplevelse av stress og dermed også angstfølelse (Hummelvoll, 2012). Ved at sykepleierne sørger for forutsigbarhet, bidrar vi til å skape en struktur i hverdagen. En strukturert hverdag er vesentlig for pasientenes bedringsprosess (Salzmann-Erikson, 2013). På bakgrunn av dette mener vi en viktig sykepleieroppgave blir å sørge for forutsigbarhet under innleggelsen til de paranoide pasientene. Slik at de skal kunne oppleve en bedring. Dersom vi ikke klarer å oppnå denne strukturen, risikerer vi at den paranoide fortsatt opplever et indre kaos og utrygghet, som igjen hemmer bedringsprosessen (Kringlen, 2011c).

Vi må være bevisste på, og ta på alvor at kjernen i de paranoide reaksjonene kan være bunnet i virkeligheten (Kringlen, 2011c). Vi mener derfor det er vesentlig å undersøke om vrangforestillingene kan være reelle, slik at vi ikke avfeier potensielt farlige situasjoner. Vi mener ved å realitetsteste vrangforestillingene, blir vi også kjent med pasientenes opplevelser og følelser i deres situasjon. På denne måten bidrar man over tid til gjensidig forståelse av situasjonen og hverandre, noe som er essensielt for deres mulighet til å ha innflytelse på hverandre som individer (Travelbee, 1999). Da det er nødvendig at sykepleiere oppnår en relasjon og allianse med de paranoide pasientene, mener vi denne gjensidige innflytelsen er vesentlig for at vi skal få en god allianse og på sikt kunne bidra til en tilfriskningsprosess hos den enkelte.

Holdningene til sykepleiere påvirker hvordan pasientene opplever situasjonen og møte med helsevesenet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Vi har funnet forskning som underbygger hvordan sykepleiernes holdninger i møte med pasientene påvirker alliansebyggingen i positiv og negativ retning. Fler av deltakerne i studien følte de ble møtt og behandlet ut fra diagnosen de fikk, mens en følte seg sett som et helhetlig individ. Deltakerne ønsket å bli møtt som et menneske, da de så på diagnosen som kun en liten del av seg selv. Når de ble møtt som en diagnose følte de at de ble fratatt ansvaret og bestemmelse for eget liv, samt følelsen av verdighet. På den andre siden følte den som ble møtt som

individ at den ble trodd og dermed fikk valgmuligheter og ansvar for eget liv (Årseth & Johannessen, 2013). Det at pasienter har ansvar for eget liv er helt sentralt når det kommer til deres muligheter for bedring (Salzmann-Erikson, 2013). Som sykepleiere må vi derfor sørge for at paranoide pasienter har ansvar for eget liv og at deres rett til selvbestemmelse ivaretas, da vi ser at konsekvensen av å frata ansvar fra pasientene kan føre til at de ikke oppnår tilfriskning.

Som sykepleiere har vi et etisk ansvar å ivareta pasientens verdighet og rett til medbestemmelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Vi ser at konsekvensen av å ikke møte de paranoide pasientene som helhetlige individer, går på tross av våre yrkesetiske plikter. Det blir derfor vesentlig at sykepleiere møter pasientene som individer og ikke en diagnose for å ivareta vårt etiske ansvar, samt at pasientene beholder sin verdighet og føler at deres rett til ansvar for egne liv ivaretas. Travelbee (1999) mener å bli møtt som et helhetlig individ er essensielt for å danne menneske-til-menneske-forholdet, noe som er grunnlaget for alliansen man trenger for å gi sykepleie til disse pasientene. For å kunne forstå mennesket med diagnosen, må vi klare å se den enkelte pasient og sette oss inn i dens opplevelse (Schibbye referert i Årseth & Johannessen, 2013). Dette kan bidra til at pasientene selv kan oppdage egne ressurser og ta ansvar for eget liv (Årseth & Johannessen, 2013). Vi mener for at sykepleiere skal kunne bidra til tilfriskningsprosessen hos pasienter med paranoid psykose må vi være bevisste på å møte dem som individer og ikke som diagnosen som settes. Ut i fra vår problemstilling må vi møte pasientenes paranoide følelser som redsel, utrygghet og mistenksomhet, fremfor å tenke at pasientene er psykotiske. Dette vil ha betydning for vår mulighet til å oppnå en god allianse med pasientene, samt at vi handler utfra vårt etiske ansvar ovenfor dem.

At paranoide pasienter selv mener de er friske og dermed motsier seg behandling (Kringlen, 2011a), stemmer overens med våre erfaringer. Det var deres engstelse rundt forfølgelsesopplevelsene som gjorde at de oppsøkte trygghet og dermed la seg inn på enheten. Vi tror ved å fokusere på opplevelsene til den enkelte, fremfor å jobbe med å overbevise pasientene om at de er syke og trenger hjelp, kan man starte med å bygge allianse gjennom at pasientene opplever de blir tatt på alvor. Berge & Repål (2010) bekrefter at ved forsøk på å overbevise pasientene om at de tar feil, er sannsynligheten stor for å ødelegge alliansen. Hvis pasientenes opplevelser i møte med helsevesenet er negative kan det

ødelegge mulighetene for videre samarbeid, alliansebygging og psykoedukasjon, noe som igjen reduserer pasientenes mulighet til å få innsikt i egen situasjon og da også motivasjonen for behandling. Konsekvensene av dette kan være at pasientene ikke ønsker å ta kontakt igjen om de skulle få behov for hjelp og sykdommen fortsetter sin utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). For å unngå at pasientene får negative opplevelser er det viktig at sykepleierne engasjerer seg for å finne ut av hva pasientenes symptomer er uttrykk for. Dette kan gjøres ved å gi pasientene mulighet til å uttrykke sine opplevelser og følelser, noe som kan føre til at de blir mer delaktig i egen behandling, samt at makten forskyves over på dem (Årseth & Johannessen, 2013). Det å la pasientene uttrykke opplevelser og følelser er noe av det som inngår under vår lindrende funksjon som sykepleiere (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Vi har selv erfart at pasienters livssituasjon har ført til forfølgelsesforestillinger og paranoid psykose. Sykepleierne må vise interesse og aksept for det pasientene deler av følelser, tanker og bekymringer (Hummelvoll, 2012), uten å underbygge eller bekrefte vrangforestillingene. Dette kan man gjøre gjennom verbal kommunikasjon ved å gi korte bekreftende ord for å vise at man lytter og forstår det sentrale i det pasientene forteller. Dette kan bidra til trygghet og tillit, som er positivt for en god allianse (Eide & Eide, 2007). Hvis pasientene føler de opplever en situasjon på en mistenksom måte, kan vi fortelle hvordan vi opplever situasjonen selv, uten å avkrefte deres oppfatning. På denne måten slipper pasientene å bruke energi på å overbevise oss om at det de opplever stemmer (Berge & Repål, 2010). På bakgrunn av dette kan kanskje pasientene etterhvert selv utforske gyldigheten i symptomene (Strand, 1990).

I forskning vi har funnet mener pasientene at sykepleierne viste interesse for dem og hadde evne til å sette seg inn i deres situasjon, gjennom å snakke om alminnelige ting som deres familie, venner, jobb og dyr. Dette gjorde at de følte sykepleierne var profesjonelle, som igjen virket støttende for dem i behandlingen (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Som en del av bedringsprosessen er innflytelse fra andre personer viktig. Dette innebærer også sykepleiere. Sykepleiernes tilnærming til pasientene hadde innvirkning på deres personlige bedringsprosess. For å bidra til bedring, må sykepleiere møte pasientene med empati og respekt. Sykepleierne må også vise interesse, være aktiv og lytte til pasientene (Salzmann-Erikson, 2013).

Selv om de ofte anser seg selv som friske har pasienter med forfølgelsesvrangforestillinger høyere grad av depresjon og lavere selvtillit, noe som fører til sosial tilbaketrekning (Freeman et al. & Smith et al. referert i Freeman et al., 2014). Forskning viser at pasienter med forfølgelsesvrangforestillinger har svært lavere psykologisk velværefølelse enn befolkningen generelt. Graden av paranoia påvirket deres psykologiske velvære ved at velværet ble lavere ved økt opplevelse av paranoia. Pasientene med forfølgelsesvrangforestillinger hadde lavere livstilfredshet og følte mindre glede. Psykologisk velvære ble assosiert med angst og depresjon. Pasientenes score kunne her sammenlignes med psykologisk velvære hos pasienter med depresjon (Freeman et al., 2014).

Når vi ser at pasientene føler mindre velvære i sitt liv selv om de ser på seg selv som friske, mener vi at sykepleiere kan bidra til en bedringsprosess hos mennesker med paranoid psykose, selv om de ikke har innsikt i sin situasjon på nåværende tidspunkt. Dette fordi sykepleierne kan oppnå allianse med pasientene ved å fokusere på opplevelser og følelser fremfor sykdom og lidelse. En annen studie viste at sykepleierne kunne bidra til økt livskvalitet hos inneliggende pasienter, gjennom blant annet at sykepleierne viste interesse, ga oppmuntring og hadde samtaler med pasientene. Pasientene vektla også at sykepleiere ga informasjon og muligheter for selvbestemmelse noe som hadde innvirkning på deres livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Ved å rette fokus mot pasientenes livskvalitet ivaretar sykepleierne også her, sin lindrende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Pasientene mente å ha en dagskontakt som hadde overordnet ansvar for dem, hadde stor innvirkning på deres behandling. Det var hovedsakelig med dem de dypere samtaler foregikk (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Noen mente at samtaler med deres kontaktsykepleier var en av de viktigste behandlingssituasjonene (Koivisto, referert i Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Dette samsvarer med våre erfaringer fra praksis, da vi mener dagskontakter som er kjent for pasientene sørger for at man opprettholder en allianse, hvor pasientene føler seg tryggere til å dele sine følelser og erfaringer, samt at det sørger for en kontinuitet i behandlingen. Dette oppnås over tid fordi man har opparbeidet gjensidig tillit gjennom kontinuerlig oppfølging og kontakt. Noe som forenkler mulighetene for å bidra til en positiv endring i pasientenes psykiske helse (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Oppmuntring til blant annet å komme tilbake i jobb, samt

at sykepleierne ga muligheter for at den enkelte skulle ha innflytelse på egen behandling og liv var viktig for pasientene i studien. De mente dette hadde stor innvirkning på deres livskvalitet, da de var innlagt og ønsket at vi fortsatt fokuserte på disse tingene. I tillegg ønsket de at sykepleierne skulle ha økt oppmerksomhet på deres individuelle behov, vise respekt og empati, samt lytte mer til deres håp og drømmer (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008).

Oppmuntring av pasientenes håp er vesentlig for å kunne ivareta den enkelte (Corring, referert i Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). At vi som sykepleiere har troen på at pasientene selv skal kunne mestre sitt liv er en viktig holdning (Hummelvoll, 2012). I denne sammenheng mener vi dette er sentralt da vi har erfaring med at pasientene blir avhengige av oss som sykepleiere når de er i sårbare situasjoner, slik som paranoide pasienter er. Dette gjør at vi har innflytelse på pasientene og ved at vi viser vi har troen på dem, kan det på sikt føre til at de selv får tilbake troen og kan mestre sitt eget liv (Travelbee, referert i Eide & Eide, 2007). Dette blir sentralt i pasientenes bedringsprosess, da troen på seg selv er elementær til å oppnå en indre personlig bedring. Ved å ha realistiske mål som oppnås kan pasientene få økt selvtillit, som innvirker på denne troen på seg selv (Slazmann-Erikson, 2013). Ved å lytte til håp og drømmer, samt oppmuntre og ta utgangspunkt i individuelle behov hos pasienter med paranoid psykose, bidrar sykepleie til å opprettholde eller forbedre deres livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008), noe som er i tråd med vår funksjon som sykepleiere (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Kommunikasjon er sentralt i samhandling med paranoide pasienter. Vi tror måten man kommuniserer på kan være nøkkelen til å danne en god allianse. På den andre siden kan man ødelegge muligheten for alliansebygging dersom man ikke kommuniserer hensiktsmessig. Kommunikasjon til pasienter med paranoid psykose kan være utfordrende grunnet deres realitetsbrist (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Travelbee (1999) mener det er nødvendig å kommunisere for å danne menneske-til-menneske-forholdet for videre å kunne meddele tanker og følelser gjensidig og dermed ha innvirkning på hverandre som individ. Vår omsorg til pasientene kommer ofte til uttrykk gjennom non-verbal kommunikasjon (Travelbee, 1999). Gjennom riktig bruk av øyekontakt i tillegg til ansiktsuttrykk og kroppsspråk kan vi vise vår interesse i den syke som individ og fremme relasjon med pasientene. Vi må sørge for at blikkontakten ikke blir for intens (Eide & Eide, 2007). Blir

øyekontakten for intens, mener vi ut fra erfaring at pasientenes følelse av å bli overvåket forsterkes.

Dersom vår verbale kommunikasjonen ikke samsvarer med den non-verbale, risikerer vi å skape utrygghet og mistillit hos pasientene, noe som kan ødelegge alliansebyggingen (Eide & Eide, 2007). Vi har erfart at enkel og tydelig verbal kommunikasjon er essensielt i møte med denne pasientgruppen, da selv enkle ting kan bli utfordrende å oppfatte. I tillegg kan vi risikere at de psykotiske pasientene faller ut, da de kan ha problemer med å holde oppmerksomheten (Berge & Repål, 2010). De har også en tendens til å tolke alt i verste mening og kan tillegge en ond og dypere mening i enhver handling selv om det i utgangspunktet var godt ment fra sykepleiernes side (Kringlen, 2011c).

Det at paranoide pasientene er mistenksomme, har mistillit og kan tro at vi vil dem det verste kan by på utfordringer for sykepleiere som ønsker å hjelpe (Kringlen, 2011c). Vi er nødt til å oppnå tillit hos disse pasientene for at de skal forstå at vi der for å hjelpe dem. Vi har erfart at i samhandling med paranoide mennesker, kan selv de minste ting bli vanskelige å utføre. Dette kan for eksempel være at pasienter ikke ønsker å spise da de tror maten som serveres ved enheten er forgiftet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). De kan ha liten samarbeidsevne og impulsstyrt adferd, som kan føre til at det tar lang tid før man ser resultater av behandling. Når de ikke stoler på oss, tolker det vi sier i verste mening, samt at det vi forsøker å oppnå kan ta svært lang tid, kan dette vekke følelser i oss som sykepleiere. Vi kan kjenne på følelser som frustrasjon og håpløshet over at vi ikke klarer å få til et samarbeid med pasientene (Jordahl & Repål, 2009). For å ikke ødelegge alliansen med pasientene må vi være bevisste på disse følelsene og reflektere over dem (Hummelvoll, 2012), slik at ikke disse styrer oss. Vi må reflektere over hva som ligger bak pasientenes handlinger og hvorfor samarbeidet føles vanskelig, fremfor å gi opp på grunn av følelsen av håpløshet (Jordahl & Repål, 2009). Med dette mener vi at vi må vise pasientene at vi er til å stole på ved å være tilgjengelig gang på gang, slik Strand (1990) mener er grunnleggende for å danne allianse med psykotiske pasienter. Vi tror dette kan bidra til positive opplevelser, noe som er hensiktsmessig allerede under første innleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). På denne måten kan vi danne et samarbeid med pasientene og finne andre tilnæringsmåter.

4.3 Tilnæringsmåter

Helseforetakene er pålagt å ha medikamentfrie behandlingsalternativer, i tillegg til tilbudet om medikamenter. Dette bidrar til at vi kan imøtekomme også de pasientene som mangler innsikt og motivasjon for behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). For å finne andre miljøterapeutiske tiltak som kan hjelpe pasientene til bedring, vil det være nødvendig å bli kjent med pasientene og deres individuelle situasjon, slik vi har beskrevet gjennom alliansebygging. I forskning kommer det frem at pasienter ønsker at sykepleierne er mer bevisste på deres individuelle behov når vi iverksetter tiltak, da dette var viktig for deres livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). På bakgrunn av dette må sykepleiere iverksette tiltak og aktiviteter som er individuelt tilpasset etter den enkeltes behov og ønsker hos pasienter med paranoid psykose. Dersom vi ikke tar hensyn til individuelle behov når vi iverksetter miljøterapeutiske tiltak, risikerer vi at pasientene ikke får tilfredsstilt sine behov, noe som kan føre til redusert livskvalitet (Slade et al. & Hansson et al., referert i Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Bevissthet rundt dette kan føre til at sykepleierne igangsetter bedre og riktige tiltak (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008), noe vi mener har betydning for den paranoides bedringsprosess.

Miljøterapiens hensikt er å ved hjelp av miljøet på avdelingen, kunne bidra til at pasientene opplever bedre fungering psykisk (Jordahl & Repål, 2009). Dersom pasientene deltar aktivt i miljøet, kan dette føre til at de også blir mer delaktig i egen behandling. I et miljøterapeutisk perspektiv skal vi blant annet ivareta pasientenes grunnleggende behov (Jordahl & Repål, 2009), som blant annet er å sørge for hvile (Hummelvoll, 2012). Når pasientene kommer til enheten, vil god informasjon om aktivitetene der være positivt for om pasientene vil delta og ta nytte av disse (Jordahl & Repål, 2009). Vi har erfart at pasientene stort sett oppholder seg på eget rom tidlig under innleggelsen på akutt enhet. For deretter å delta mer aktivt i fellesmiljøet underveis i behandlingen. Vi tror dette kan ha sammenheng med at pasientene deltar mer aktivt i fellesmiljøet etterhvert som vi har opparbeidet en allianse, slik at de paranoide pasientene føler seg tryggere og dermed kan nyttiggjøre seg bedre av den delen i miljøterapien som foregår i samhandling med andre mennesker. På den andre siden er det viktig at pasientene har mulighet for å trekke seg tilbake i starten av innleggelsen, for å forebygge overstimulering (Jordahl & Repål, 2009).

Karlsen (2009) sier det er behov for mer forskning om effekten av sykepleierens spesifikke intervensjoner. En artikkel tar for seg nettopp dette. Pasientene mente sykepleierne bidro til livskvalitet gjennom blant annet sosial intervensjon og aktivitetsorientert intervensjon. Pasientene vektla at deres familie ble inkludert i behandlingen, samt at sykepleierne tilrettela for besøk av både familie, venner og eventuelt dyr. Pasientene mente også at det svært viktig at sykepleierne tok hensyn til deres ønske om å reise hjem på permisjon og tilrettela for dette (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har ofte lite sosialt nettverk (Albert et al, Hansson et al, referert i Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). På grunn av dette mener vi det er svært viktig at sykepleiere tilrettelegger for sosialt samvær. Da dette er sentralt for pasientene på veien mot bedring (Salzmann-Erikson, 2013). Paranoid psykose fører ofte til isolasjon fra omverdenen og ensomhet (Hummelvoll, 2012). Vi tror dersom sykepleierne tilrettelegger for sosialt samvær, kan dette bidra til å redusere denne isolasjonen. Dette blir spesielt viktig fordi isolasjon i seg selv kan bidra til å opprettholde pasientenes realitetsbrist, da de ikke har noen å dele sine opplevelser og oppfatninger med (Salzmann-Erikson, 2013).

Ved å delta i praktiske gjøremål kan sykepleierne bidra slik at psykotiske pasienter kan bygge opp igjen tillit til omverdenen (Hummelvoll, 2012). Daglige aktiviteter har stor innvirkning på pasientenes livskvalitet under innleggelsen. Her kan sykepleierne bidra ved å tilrettelegge for betydningsfulle aktiviteter for dem. Flere pasienter som har vært innlagt har fortalt at det var viktig for dem at sykepleierne tilrettela for at de kunne drive med sine hobbyer under innleggelsen. Dette innebar blant annet håndarbeid, spill, tv og fysisk aktivitet. Pasientene uttrykte et ønske om mer organisert fysisk aktivitet og at sykepleierne selv deltok i aktivitetene sammen med pasientene. Hall (2010) sier at fysisk aktivitet i seg selv har en positiv innvirkning på pasientenes psykiske helse. Dette har vi selv erfart, samtidig som vi har opplevd at det ofte kan være lettere å komme i samtale med pasienter under for eksempel en gåtur, fremfor på pasientene rom. Vi har lagt merke til at dette har betydning spesielt rett etter pasientene har blitt innlagt. Daglige gjøremål kan også virke roende og samlende for psykotiske pasienter, dersom de er oversiktlige for den enkelte, samt at det tar utgangspunkt i deres egne interesser (Strand, 1990). Dette er også i tråd med våre egne erfaringer, da vi har sett utvikling og personlig vekst hos pasienter som deltar i aktiviteter med betydning for dem, samt fører til mestring av deres livssituasjon. Ved å tilrettelegge for dette arbeider vi mot hensikten med miljøterapi, som er at pasientene oppnår

forbedret funksjonsnivå (Jordahl & Repål, 2009). Praktiske gjøremål og aktiviteter er i seg selv med på å bidra til en strukturert hverdag, som igjen er viktig for å oppnå bedring (Salzmann-Erikson, 2013).

Aktivitetene må være tilpasset etter individuelle behov og vi tror dette er vesentlig for at pasientene skal kunne føle glede og eierskap over utførelsen av aktivitetene. Til motsetning mener vi dersom det iverksettes aktiviteter de paranoide pasientene ikke har interesse for, risikerer vi å bryte allianse, da pasientene kan føle vi ikke lytter til dem. Vi må lære oss å kjenne pasientene, slik at deres interesser kan inkluderes i aktivitetene (Jordahl & Repål, 2009). Dette er fordelaktig med tanke på å øke motivasjon for videre deltakelse i aktivitetene (Strand, 1990). Deltakelse i musikkgrupper ble også trukket frem som en påvirkningsfaktor til livskvalitet (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008).

I en akutt fase kan samtaler være vanskelig å gjennomføre, og kontinuitet og regelmessighet blir gjerne de viktigste tiltakene (Berge & Repål, 2010). Gjennom dette må sykepleiere vise at de er der og skape tillit, da pasientene på den ene siden ønsker kontakt, men er mistenksomme og dermed engstelige for kontakt (Strand, 1990). På denne måten mener vi sykepleiere på sikt kan bidra til økt mottakelighet for samtaler og psykoedukasjon.

Sykepleiere har bred kunnskap om sammenhengen mellom kropp og psyke. Denne kunnskapen er det viktig at vi formidler til de paranoide pasientene, slik at de får en forståelse for sammenhengen mellom psykiske symptomer og kroppslige reaksjoner (Karlsen, 2009). Som sykepleiere har vi en undervisende funksjon som innebærer at vi tar ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter og pårørende (Nortvedt & Grønseth, 2010). Likevel mener vi det må være økt bevissthet på informasjonsformidling, da forskning viser at pasientene fortsatt ikke er fornøyde med den informasjonen de har fått av sykepleierne (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Informasjon om sykdom og behandling kan i seg selv bidra til livskvalitet hos pasientene (Pekkala & Merinder, referert i Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008). Vi mener derfor det er en viktig sykepleieoppgave å sørge for at pasienter med paranoid psykose får tilstrekkelig informasjon, som kan bidra til livskvalitet hos den enkelte.

Gjennom psykoedukasjon kan vi som sykepleiere i henhold til vår undervisende funksjon, sørge for at pasientene får informasjon om sin lidelse, samt lære seg mestringsstrategier og

gjenkjennelse av varselsignaler ved eventuelle tilbakefall av psykotisk tilstand (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Bruk av mestringsstrategier er vesentlig i pasientenes bedringsprosess (Salzmann-Erikson, 2013). Sykepleiere kan bidra til å lære pasientene mer om mestringsstrategier gjennom psykoedukasjon, med utgangspunkt i vår kunnskap og pasientenes egne opplevelser og erfaringer. Psykoedukasjonen foregår strukturert og tilrettelegges ut ifra den enkeltes kognitive begrensninger (Lindvåg & Fjell, 2011). Denne strukturen og tilretteleggingen, tror vi kan være med å øke sannsynligheten for at pasientene forstår informasjonen som blir gitt, siden kommunikasjonen med de paranoide menneskene må være enkel og tydelig. En studie viser at psykoedukasjon er et godt verktøy når man skal gi informasjon til pasienter med psykoseproblematikk. En del av deltakerne i denne studien deltok i et psykoedukasjonsprogram over tid. De fikk betydelig økt kunnskap om sin lidelse, rettigheter og bedringsprosesser, sammenlignet med kunnskapsnivå før de deltok i programmet og gruppen deltakere som ikke deltok i psykoedukasjonsprogrammet. I tillegg hadde de økt selvinnsikt. Studien viste også at pasientene forbedret deres evner til å beholde kunnskapen de hadde fått over tid (Walker, Connaughton, Wilson & Martin, 2012). På bakgrunn av disse funnene, bør vi som sykepleiere bruke psykoedukasjon som metode når vi skal gi informasjon og veiledning til pasienter med paranoid psykose. Denne informasjonen om blant annet sykdom og behandling kan fremme trygghet hos den enkelte da de får mer kunnskap om sin sykdomssituasjon, som igjen kan bidra til å redusere stress for pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Det følelsesmessige miljøet rundt pasientene påvirker også pasientenes bedringsprosess og risikoen for psykotisk tilbakefall. For å kunne undersøke dette nærmere brukes begrepet expressed emotion (EE) som måleverktøy. Ved å se nærmere på EE i familiedynamikken kan man vurdere i hvilken grad faktorer som kritikk, fiendtlighet og emosjonell overinvolvering er tilstedeværende (Jordahl & Repål, 2009). Høy grad av disse faktorene indikerer høy EE, mens lav EE indikerer at familiedynamikken preget av varme og positive bemerkninger, som på sin side har stor betydning og virker støttende i pasientenes bedringsprosess.

Det kan være hensiktsmessig å trekke inn pårørende når vi arbeider med psykoedukasjon. I følge Helsedirektoratet kan involvering av pårørende ha stor innvirkning på pasientenes lidelse da det kan redusere faren for tilbakefall, føre til symptomreduksjon og bedre sosial

fungering, samt økt følelse av mestring både for pasientene og pårørende (referert i Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Mange pårørende lurer ofte på hva de kan gjøre og hvordan de best kan støtte den som har en lidelse. Ved å inkludere pårørende til samarbeid med psykoedukasjon kan vi bidra til at de oppnår bedre forståelse for pasientenes behov og hvordan de kan regulere sitt engasjement, slik at det kommer til best mulig nytte for pasientenes bedringsprosess (Lindvåg & Fjell, 2011). Gjennom veiledning i psykoedukasjonsarbeidet mener vi at sykepleiere kan bidra til å optimalisere EE, slik at dette ikke blir for høyt. Da det igjen påvirker pasienter med paranoid psykose sin bedringsprosess. Vi mener det er svært vesentlig at sykepleiere har kunnskap om dette, da Bebbington, Kuipers og Bentsen sier høy EE har sammenheng med en dårligere prognose og at det er inntil tre ganger høyere risiko for at pasientene opplever tilbakefall av sin lidelse (referert i Lindvåg & Fjell, 2011).

Som en del av psykoedukasjonsarbeidet skal sykepleiere også informere om medikamenter (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Dette innebærer informasjon om virkninger og bivirkninger av de aktuelle medikamentene (Hummelvoll, 2012). Det er også sykepleierne sitt ansvar å administrere medikamentene (Nordtvedt & Grønseth, 2010), samt observere virkning og bivirkning (Hummelvoll, 2012). Forskning viser at pasienter føler seg tryggere når sykepleierne tar seg av administrering av medikamenter (Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki, 2008).

Vi har erfaring med at paranoide pasientene ofte ikke ønsker medikamentell behandling. Kringlen (2011c) bekrefter at de ofte motsier seg denne behandlingen, selv om det har god effekt hos disse pasientene. Dette vanskeliggjør sykepleiernes forebyggende og helsefremmende funksjon, som i denne sammenheng blir å forebygge risiko for økt helsesvikt (Nordtvedt & Grønseth, 2010). Er det opparbeidet et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasientene, kan man bruke kommunikasjon for å motivere og påvirke dem (Travelbee, 1999). Gjennom denne relasjonen kan sykepleiere bidra til at pasientene endrer holdninger til egen lidelse (Eide & Eide, 2007), og videre finne meninger og erfaringer knyttet til opplevelsene av sykdommen (Nordtvedt & Grønseth, 2010).

Når vi gir informasjon til paranoide pasienter må vi være bevisste på hvordan vi kommuniserer, da disse pasientene er mistenksomme og skeptiske i utgangspunktet

(Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Vi skal som sykepleiere respektere pasientenes valg om medikamentfrie alternativer, så lenge det er faglig forsvarlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Som sykepleiere må vi sørge for at deres valg tas på bakgrunn av at de har fått tilstrekkelig informasjon, som også innebærer hvilke behandlingsalternativer de har (Hall, 2010). Pasientene må få økt kunnskap om hvilken effekt medikamentenes virkning kan ha på deres liv. De kan blant annet redusere stress slik at pasientene blir mer motstandsdyktig til å takle hverdagen. De kan bidra til at pasientene får overskudd til å ta bedre vare på seg selv og ivareta sine egne grunnleggende behov, i tillegg til at det som oppleves vanskelig kan føles mer håndterbart. Likevel kan denne stressreduksjonen også oppnås gjennom ikke-medikamentelle tiltak. Blant annet ved å være i fysisk aktivitet, sørge for gode søvnrutiner og hvile, samt ernæring (Hall, 2010). På den andre siden vil det for enkelte pasienter med mer alvorlige psykiske lidelser være helt nødvendig med medikamenter i behandlingsopplegget, i tillegg til andre miljøterapeutiske tilnærminger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Gjennom å respektere pasientenes ønsker bidrar man til positive opplevelser under innleggelsen. Pasientene kan gjennom dette ha opparbeidet tillit til sykepleierne og enheten, noe som er hensiktsmessig for samarbeidet videre. Dette kan i seg selv bidra til forebygging av tvangsmedisinering, fordi pasientene kan ha lettere for å ta kontakt med helsevesenet senere om sykdommen skulle utvikle seg igjen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Hvis det går for lang tid før pasientene oppsøker behandling kan det vanskeliggjøre møte med pasientene og dermed bli mer utfordrende å bygge opp allianse, noe som kan føre til tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering (Jordahl & Repål, 2009).

Medikamentell behandling krever mindre ressurser en andre tilnæringsmåter (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). I en studie kommer det frem at pasienter ofte vil ha god effekt av både medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Artikkelen oppfordrer dermed til å fokusere på hvordan vi kan forbedre et helhetlig behandlingstilbud ved bruk av både psykoterapi og medikamenter, fremfor å diskutere hva som har mest effekt og er den beste fremgangsmåten ved psykiske lidelser (Huhn, et al, 2014). Hall (2010) mener at enten - eller tenkning er en del av problemet rundt bruk av psykofarmaka i dag og oppfordrer til å se nyanser og valgmuligheter, fremfor kun å tenke bruk eller ikke bruk av medikamenter. Vi tror at det er vesentlig å fokusere på et helhetlig tilbud, da diskusjon om den ene

behandlingen eller den andre, kan føre til redusert utvikling av gode behandlingstilbud, noe som ikke blir til pasientenes beste.

5. Konklusjon

Gjennom vår oppgave har vi sett på hvordan sykepleiere kan bidra til bedring hos pasienter med paranoid psykose. Som vi skrev innledningsvis synes vi mistenksomheten og utfordringene knyttet til paranoide pasienter skapte interesse. Vi ønsket derfor å finne ut hvordan sykepleiere kunne bidra for å forebygge at disse pasientene ble skrevet ut i samme tilstand som de hadde ved innleggelse. For å bidra til en bedringsprosess i sykdomsforløpet har vi gjennom forskning og litteratur funnet ulike måter å tilnærme oss paranoide pasienter som motsier seg behandling, og spesifikt medikamentell behandling.

Funn fra forskning viser at sykepleiernes tilnærming har gitt pasientene følelse av personlig bedring. Gjennom oppgaven har vi sett at pasienter med forfølgelsesvrangforestillinger føler mindre livstilfredshet, selv om de mangler innsikt i egen sykdomssituasjon. Vi har funnet ut at sykepleierne kan bidra på flere måter for å øke pasientenes livstilfredshet, som igjen kan medvirke til deres bedringsprosess. Sykepleiere kan bidra til den paranoides bedringsprosess ved å sørge for en strukturert hverdag, vise respekt, empati og interesse, samt fokusere på pasientenes opplevelser. I tillegg har sykepleiere bred kunnskap og ivaretar et helhetlig perspektiv i behandlingen hos pasienter med psykiske lidelser. Da vi har god kunnskap om det syke mennesket og kan observere mennesket helhetlig med tanke på psykisk lidelse og kroppslige reaksjoner. Travelbees teori, om å se individet helhetlig og ikke kategorisere etter diagnose går godt over ens med funn fra forskning, da pasientene selv har sagt at det ønsker å bli møtt som et helhetlig individ.

Vi har gjennom oppgaven funnet ut at psykoedukasjon er et godt verktøy for å veilede og overføre vår kunnskap til pasienter og pårørende. Ved å lære seg mestringsstrategier, samt lære å akseptere sin lidelse for å komme videre. Dette er viktige faktorer i bedringsprosessen hos paranoide pasienter. Involvering av pårørende kan bidra til å forebygge tilbakefall av lidelsen.

Gjennom alliansebygging blir vi kjent med pasientene og deres individuelle behov og opplevelser. Vi har ut fra forskning funnet ut at dette påvirker pasientenes livskvalitet i positiv retning. Sykepleiere kan bidra til livskvalitet hos inneliggende pasienter ved å tilrettelegge for brukermedvirkning, slik at de føler ansvar og har mulighet til å påvirke egen

behandling. Det bør tilrettelegges for å ha primærpsykepleier til pasienter med paranoid psykose, da vi ser dette har stor betydning for alliansebyggingen og dermed mulighet for bedring. Gjennom miljøterapeutiske tiltak bidrar vi til at pasientene kan oppnå bedre fungering i hverdagen. Vi må tilrettelegge for sosialt samvær, deltakelse i organiserte aktiviteter, samt bidra til at pasientene føler seg trygge på enheten. Ved å iverksette praktiske tiltak som er interessante for pasientene, kan sykepleierne bidra til økt motivasjon for videre behandling. Gjennom dette kan pasientene få økt innsikt i egen sykdomssituasjon, slik at de på et senere tidspunkt kanskje ønsker å motta medikamentell behandling. Da vi ser at dette ofte er nødvendig, i tillegg til miljøterapi.

Vi ser viktigheten av å tilby pasientene både medikamenter og psykososiale tiltak gjennom behandlingsforløpet, men tror dette vil være mer sentralt når pasientene får økt innsikt i sin sykdomssituasjon. Gjennom miljøterapeutiske tiltak og å respektere pasientenes medikamentfrie valg, har vi gjennom oppgaven funnet ut at dette skaper tillit og bidrar til pasientenes bedringsprosess. Dette kan igjen gi pasientene økt sykdomsinnsikt, noe vi tror kan føre til bedring i seg selv eller øke pasientenes mottakelighet for medikamentell behandling på sikt.

Litteraturliste

- Berge., T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T, E. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
- *Freeman, D., Startup, H., Dunn, G., Wingham, G., Cernis, E., Evans, N... & Kingdon, D. (2014). Persecutory delusions and psychological well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(7), 1045-1050. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-013-0803-y>.
- *Hall, W. (2010). *Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka*. (erfaringskompetanse.no 2010:5). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- * Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs: Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester* (Veileder IS-1512/2008). Oslo: Helsedirektoratet.
Lokalisert på:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/338/Parorende-en-ressurs-konvertert-IS-1512.pdf>
- *Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. (Rundskriv IS-1957). Lokalisert den på <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- *Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet: Nasjonal strategi på økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012-2015*. Lokalisert på https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

- * Huhn, M., Tardy, M., Spineli, L. M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G... & Leucht, S. (2014). Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71(6), 706-715. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.112.
- Hummelvoll, J, K. (2012). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.
- Håkonsen, K, M. (2009). *Innføring i psykologi*.(4.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(4.utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- *Jordahl, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser: Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- * Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfag samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 198-204. DOI:10.4220/sykepleienf.2009.0099.
- * Kringlen, E. (2011a). Nevrose- og psykosebegrepet. I E. Kringlen, *Psykiatri* (10. utg.). (s. 331-337). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kringlen, E. (2011c). Paranoide tilstander. I E. Kringlen, *Psykiatri* (10. utg.). (s. 331-337). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kringlen, E. (2011b). Symptomer og forståelse. I E. Kringlen, *Psykiatri* (10. utg.). (s. 90-98). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- * Lindvåg, A. J. & Fjell, A. (2011). Psykoedukativ familiebehandling ved psykose. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (4.utg.) (s. 280-299). Stavanger: Hertevig Akademisk Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2010) Klinisk sykepleie: funksjon og ansvar. I. H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*(4. utg., s. 17-31). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1598-1606. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.03.003.

*Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. § 2. (2013).

* Salzman-Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing*, 34(3), 185-191. doi:10.3109/01612840.2012.737892.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sneltvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg.), (s.97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Solli, H. P. & Rolvsjord, R. (2014). «The Opposite of Treatment»: A qualitative study of how patients diagnosed with psychosis experience music therapy. *Nordic Journal of Music Therapy* 24(1), 67-92. <http://dx.doi.org/10.1080/08098131.2014.890639>.

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samhandling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Gyldendal Norsk Forlag AS 1990.

*Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Walker, H., Connaughton, J., Wilson, I. & Martin, C. R. (2012). : Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(10), 881-890. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2012.01873.x.

*Årseth, A. L., & Johannessen, B. (2013). Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 10(1), 25-35.

http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/tph/2013/01/opplevelsene_av_f_og_leve_med_en_psykiatriskdiagnose

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Før vi startet prosessen med å søke etter forskningsartikler, fikk vi veiledning av bibliotekar på høgskolen for å gjøre oss kjent i forskjellige databaser og med bruk av MeSH-termer.

For å finne forskningsartiklene vi har benyttet i vår oppgave, har vi hovedsakelig søkt via databasen PsycINFO. Vi utførte søk med følgende søkeord i kombinasjoner satt opp etter PICO-skjema.

P	I	C	O
- "Paranoia (psychosis)" - "Delusions" - "Psychosis" - "Paranoid delusions" - "Paranoid disorder"	- "Milieu therapy" - "Non-medical treatment" - "Treatment" - "Psychoeducation" - "Therapeutic alliance" - "Non-pharmacological treatment"		- "Quality of life" - "Recovery (disorders)" - "Recovery"

I dette søket ble søkeordene og MESH-termene kombinert med kommandoen «OR» innad i de forskjellige fanene og til slutt brukte vi kommandoen «AND» for å kombinere det til et fullstendig PICO-skjema. Dette søket ga 301 treff. Ut fra dette søket valgte vi å bruke to artikler. Vi valgte artiklene "An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities" og "Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings".

Vi neste søk i samme database brukte vi samme fremgangsmåte i samme database med følgende søkeord etter PICO-skjema:

P	I	C	O
- "Paranoia (psychosis)" - "Delusions"	- "Mental health" - "Nursing"		- "Quality of life" - "Well being"

- "Psychosis"	- "Psychiatric nurses" - "Mental health personnel" - "Ego" - "Psychotherapeutic techniques" - "Supportive psychotherapy" - "Ego identity" - "Ego development" - "Therapeutic processes"		- "Self esteem"
---------------	--	--	-----------------

Vi brukte her samme fremgangsmåte ved å kombinere de forskjellige søkeordene og MESH-termene innad i fanene med kommandoen «OR» for så å kombinere fanene med kommandoen «AND». Dette ga oss 165 treff. Vi fant her i tillegg til artikkelen vi valgte å bruke, tre artikler som vi leste i fulltekst, men valgte bort fordi vi mente de ikke ble relevante nok til å belyse vår problemstilling. Ut ifra dette søket valgte vi å bruke følgende artikkel i vår oppgave: «Persecutory delusions and psychological well-being».

Vi utførte et tredje søk, også i PsycINFO med følgende søkeord:

P	I	C	O
- "Psychiatric patient"	- "Nursing" - "Intervention"		- "Quality of life"

Disse søkeordene ble satt i kommando «OR» under samme fane, før de ble kombinert med kommandoen «AND». Dette søket ga tre treff og vi valgte å bruke følgende artikkel: «Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study».

Vi har også utført søk i databasen Idunn. Her brukte vi søkeordene «psykiatri», «individ» og «opplevelse». Dette søket ga 35 treff. Ut ifra dette søket valgte vi å bruke artikkelen «Opplevelsene av å få og leve med en psykiatrisk diagnose».

Vi har sett etter forskningsartikler i det norske tidsskriftet Sykepleien Forskning. Her valgte vi å benytte artikkelen «Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse».

Vi har også funnet en forskningsartikkel, hvor vi har gått via sosiale medier på et forum for fagpersoner innen psykisk helse. Her hadde det blitt lagt ut en link til en artikkel vi syntes så interessant ut og derfor valgte å bruke. Dette var artikkelen «Efficacy of Pharmacotherapy and Psychotherapy for Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Overview of Meta-analyses».

Vi har også foretatt søk i databasene EBSCOhost, Google Scholar, UpToDate og Cochrane Library uten å finne relevante treff.