



Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Ida Moe og Gina Nyborg

Veileder: Anna-Lena Pedersen

Bacheloroppgave

”Kongen befaler”

”The king commands”

Antall ord: 12727

Bachelor i sykepleie

BASY 2014

2017

Samtykker til utlån hos høyskolebiblioteket JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage JA NEI

Sammendrag

Norsk tittel: ”Kongen befaler”

Engelsk tittel: ”The king commands”

Hensikt: Vi ønsker å få økt kunnskap om hvordan man kan bruke de egostyrkende sykepleieprinsippene som et verktøy i møte med pasienter som er i psykose, og hvordan vi kan ivareta deres behov for trygghet.

Problemstilling: ”Hvordan kan vi ved bruk av egostyrkende sykepleie, ivareta behovet for trygghet hos pasienter med psykose ved en skjermet enhet?”

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie, som er basert på selvvalgt litteratur, forskning, pensumlitteratur og egne erfaringer fra praksis.

Resultat og konklusjon: Vi har kommet frem til at ved å bruke de egostyrkende sykepleieprinsippene som et verktøy, danner vi gode rammer for pasienter som er i en psykose. Samtidig som vi bidrar til at de får økt livskvalitet og trygghetsfølelse og at vi styrker deres ego. Vi ser også viktigheten av at disse prinsippene blir brukt sammen som en kombinasjon. Hvis vi som sykepleiere har gode holdninger, viser god omsorg, og har en god kommunikasjonsevne er dette med på å skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Vi må huske på at alle mennesker er individer, og at vi må se personen bak sykdommen fremfor symptomer og diagnoser.

Forord

*For jeg levde mine dager som sau
mens alt i meg lengtet etter å jakte over savannene.
Og jeg lot meg drive fra kve til innhegning til fjøs
når de sa at det var det som var best for en sau.*

Og jeg visste at det var feil.

Og jeg visste at det ikke ville vare evig.

For jeg levde mine dager som sau.

Men i morgen var jeg alltid en løve.

- Arnhild Lauveng

Innhold

SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNHold	4
1. INNLEDNING	6
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLINGEN	6
1.3 BEGREPSAVKLARING	7
1.4 AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN	7
1.5 PRESENTASJON AV CASE	8
1.6 OPPGAVENS DISPOSISJON	9
2. METODE	10
2.1 FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK	10
2.1.1 <i>Databaser og søkeord</i>	<i>10</i>
2.1.2 <i>Valg av litteratur</i>	<i>11</i>
2.2 KILDEKRITIKK	11
2.3 ETISK OVERVEIELSER	12
2.4 PRESENTASJON OG FUNN FRA FORSKNING	13
3. TEORI	16
3.1 PSYKOSE	16
3.1.1 <i>Årsak</i>	<i>16</i>
3.1.2 <i>Symptomer på psykose</i>	<i>17</i>
3.1.3 <i>Møte med pasienter i psykose</i>	<i>18</i>
3.2 TRYGGHET	19
3.3 SYKEPLEIETEORI	19
3.3.1 <i>Joyce Travelbee – Mellommenneskelige forhold i sykepleie</i>	<i>19</i>
3.3.2 <i>Menneske-til-menneske-forhold</i>	<i>20</i>
3.3.3 <i>Kari Martinsen – Omsorgsteori</i>	<i>21</i>
3.4 SYKEPLEIERROLLEN OG ETISKE PRINSIPPER	22

3.4.1	<i>Autonomi</i>	22
3.4.2	<i>Velgjørenhet og ikke-skade</i>	22
3.5	EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE	23
3.5.1	<i>Egostyrkende sykepleieprinsipper</i>	23
3.6	RETNINGSLINJER OG LOVVERK	27
3.6.1	<i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	27
3.6.2	<i>Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)</i>	28
3.6.3	<i>Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)</i>	29
4.	DRØFTING	31
4.1	RELASJONSBYGGING MED OLE	31
4.2	HVORDAN STYRKE EGOET TIL OLE	32
4.3	BRUK AV EGOSTYRKENDE SYKEPLEIE SOM VERKTØY I SAMHANDLING MED OLE 32	
5.	KONKLUSJON	40
	LITTERATURLISTE	41

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Det å være psykotisk kaller man en realitetsbrist, de som er psykotiske har en annen oppfatning av virkeligheten og verden rundt seg. Denne verdenen kan være kaotisk og usammenhengende (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 303).

Vi har valgt å skrive om psykisk helse. Temaet vi har valgt er psykoser, nærmere bestemt pasienter med psykose ved en skjermet enhet. Vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap om hvordan vi kan møte pasienter som er i en psykotisk tilstand, og hvordan vi kan møte disse på best mulig måte. Grunnen til at vi har valgt dette temaet er for at vi interesserer oss for dette temaet og at vi begge har praksis og jobberfaring fra skjermingsavdeling og psykiatri. Dette mener vi vil være med på å gi oss motivasjon og et enda bedre læringsutbytte. Vi vil bruke vår personlige erfaring og lese oss opp slik at vi blir faglige sterke på hvordan vi kan møte denne pasientgruppen ved hjelp av de egostyrkende sykepleieprinsippene. Og hvordan vi kan bruke de til å styrke identiteten til denne pasientgruppen. Vi vil også skape en relasjon til hvert enkelt individ, samtidig gi trygghet, håp og god omsorg. For oss som sykepleiere er de egostyrkende sykepleieprinsippene et verktøy som er med på å styrke pasientens ego (Strand, 1990, s. 74). Det kan også være utfordrende for en sykepleier å stå i en slik situasjon, og ikke vite hvordan man skal gå frem og utøve god sykepleie i møte med pasienter i en psykotisk tilstand (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 313). Vi ønsker å få kunnskap om egostyrkende sykepleie i møte med psykotiske pasienter slik at vi kan bruke det som et verktøy i arbeidslivet.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Ut fra temaet vårt psykoser og skjerming vil vår problemstilling bli: *”Hvordan kan vi ved bruk av egostyrkende sykepleie, ivareta behovet for trygghet hos pasienter med psykose ved en skjermet enhet?”*

1.3 Begrepsavklaring

I vår problemstilling har vi flere begreper, disse vil vi kort definere og oppklare her. Noen av begrepene vil vi utdype mer i teoridelen i oppgaven vår.

Ivareta – Som sykepleier ivaretar man integriteten og verdigheten til den enkelte pasient, og retten til helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 8). Vi har her valgt å fokusere på ivaretagelse av trygghet hos en pasient som er psykotisk.

Skjermet enhet – Når man er på skjermet enhet innebærer dette at pasienten er delvis eller helt adskilt fra personell og medpasienter som ikke deltar i omsorgen eller behandlingen til den enkelte pasient. Dette tiltaket er for å ivareta pasienten og omgivelsene rundt (psykisk helsevernloven, 1999, § 4.3). Med skjermet enhet mener vi innen spesialisthelsetjenesten.

Pasient – En pasient er et sentralt begrep i medisin og sykepleie. Det brukes om et individ som får behandling og pleie av helsearbeidere eller leger. Individene befinner seg ikke alltid på et sykehus. Det er vanlig å bruke begrepet pasient om mennesker som er innlagt eller som er brukere av en helsetjeneste (Travelbee, 2001, s. 61).

1.4 Avgrensning av problemstillingen

Vi har valgt og begrenset oppgaven vår til å handle om psykotiske pasienter som er innlagt på en skjermet enhet, og hvordan vi kan ivareta disse menneskene ved hjelp av de egostyrkende sykepleieprinsippene. Vi har valgt oss ut den psykiske lidelsen schizofreni. Vi har valgt og ikke skrive om alle de egostyrkende sykepleieprinsippene. Dette på grunn av oppgavens ordbegrensning, og vi mener at ikke alle er like relevante med tanke på vår case. Noe annet som er relevant i forhold til psykotiske pasienter som er skjermet er utagering og vold. For pasienten sin egen trygghet og sikkerhet kan det i enkelte situasjoner være nødvendig og ta i bruk tvangsmidler (Hummelvoll, 2012, s. 272). Vi synes at tvangsmidler og bruk av tvang er et omfattende tema og skrive om, og velger derfor ikke å skrive om det i vår oppgave. I casen nevner vi samboer og venner av pasienten, vi velger og ikke ta med pårørende i oppgaven da vi vil ha mest fokus på pasienten i casen. Ved akutte tilstander med psykose og uro bør pasienter få medikamentell behandling med nevroleptika. Begynner pasienten og miste kontrollen samtidig som han er svært urolig kan det være nødvendig å sedere pasienten raskt ved bruk av benzodiazepiner og haloperidol som en kombinasjon (Kringlen, 2011, s.

321). På bakgrunn av vår problemstilling har vi valgt og ikke ta med medikamentell behandling i denne oppgaven, da vårt fokus er de egostyrkende sykepleieprinsippene. Ofte kan det å oppnå kontakt med pasienten være nok til å avbryte en akutt psykose (Kringlen, 2011, s. 321).

1.5 Presentasjon av case

Vi har valgt å ha med en case i vår oppgave, som vi kan ta utgangspunkt i drøftingsdelen.

Ole er en mann i tjuårene. Han har en kjent psykoselidelse, schizofreni, som han fikk diagnostisert for tre år siden. Fra tidligere innleggelse er det kjent at Ole har hatt en aggressiv og truende atferd. Den siste tiden har samboer og venner vært bekymret for Ole. De sier at han ikke er til å kjenne igjen. Samboeren forteller at Ole er mistenksom ovenfor henne og venner, og mener de er ute etter å gjøre han vondt. Samboer syns også at Ole snakker usammenhengende, og at han fremstår redd og engstelig. I tillegg beskriver samboeren at Ole hører stemmer som er med på å påvirke tankene hans. Ole omtaler disse stemmene som Kongen, og at det er Kongen som befaler hva Ole skal gjøre. Ut fra disse opplysningene blir Ole tvangsinnlagt på §3.2 tvungen observasjon. jmf psykisk helsevernlov på skjermet enhet. I løpet av de første dagene på skjermingen er Ole urolig, vandrer mye og stemningsleie er skiftende. Ole er verken orientert for tid eller sted, og viser ingen sykdomsinnsikt. Før Ole ble tvangsinnlagt kunne samboer fortelle at Ole snakket med en mann som han omtalte som "Kongen", denne mannen ba Ole om å være truende mot familie og venner. Ole bekrefter nå at han også ser denne mannen klart og tydelig, samt at Kongen befaler Ole til å gjøre seg selv vondt. Ole viser tydelige symptomer på psykose som hallusinasjoner i form av syn og hørsel, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Han er også mistenksom overfor personalet, og har flere ganger kommet med verbale trusler. Samboer ringer til avdelingen og sier hun er bekymret for Ole, hun forteller at hun aldri har sett han så dårlig som han var før tvangsinnleggelsen.

1.6 Oppgavens disposisjon

Vår oppgave er delt inn i fem kapitler, kapitlene i oppgaven er bygget opp slik:

I kapittel 1 presenteres innledningen, begrunnelse for valg av tema, problemstillingen og avgrensingen av denne, begrepsavklaring og presentasjon av case.

I kapittel 2 presenteres metodekapittel, dette viser fremgangsmåten vi har benyttet oss av for litteratursøk, valg av litteratur. Det blir presentert hvilke databaser og søkeord vi har benyttet oss av, samt kildekritikk og etiske overveielser. Kapitlet avsluttes med presentasjon av funnene i forskningsartiklene.

I kapittel 3 presenteres teorien som vi har brukt for å kunne svare på problemstillingen vår. I starten av dette kapitlet presenteres symptomer og årsaker til psykose, og hvordan vi skal møte en person med psykose, etterfulgt av sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Kari Martinsen. Videre presenteres sykepleierrollen og de etiske prinsippene autonomi, velgjørenhet og ikke skade, før vi videre presenterer de egostyrkende sykepleieprinsippene. Før vi avslutter dette kapitlet med presentasjon av retningslinjer og lovverk

I kapittel 4 presenteres vi vår drøftingsdel, der vi anvender den teorien og forskningen vi har benyttet oss av. Målet med drøftingen er å besvare vår problemstilling.

I kapittel 5 vil vi avslutte med en oppsummering av drøftingen i en konklusjon.

Tilslutt kommer litteraturlisten, der litteraturen vi har brukt blir presentert i en alfabetisk rekkefølge. Etterfulgt av vedlegg 1, som handler om artikkelsøk.

2. Metode

Vilhelm Aubert skriver at ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111).

I overenstemmelser med retningslinjene for denne bacheloroppgaven står det at metoden som skal brukes for å besvare denne oppgaven litteraturstudie. Når man samler inn kunnskap fra skriftlige kilder kalles det for litteraturstudie. Og man skal vise at man forstår kunnskapen som man innhenter, dette kan være fra pensum, forskningsartikler og selvvalgt litteratur ifølge Magnus & Bakketeig (referert i Thidemann, 2015, s. 81).

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Når vi har søkt etter forskningsartikler har vi valgt og skrive inn funnene i et skjema, dette legger vi ved som et vedlegg (vedlegg 1). Vi har valgt å bruke dette skjemaet for å få en bedre oversikt over søkene vi har gjort. Dette er med på å gjøre det mer oversiktlig. Vi har skrevet inn i skjemaet dato for når søket ble gjort, hvilken database vi brukte, antall treff, hvilke begrensninger vi gjorde, leste abstrakter og antall artikler som vi har anvendt i oppgaven.

2.1.1 Databaser og søkeord

Vi har valgt og benyttet oss av databasene som ligger på biblioteket på Høgskolen i Innlandet for å finne relevante forskningsartikler. De databasene vi har brukt er Svemed+, Oria, Cinahl og SAGE. Søkeord som vi anvendte: *pasient, sykepleie, psykiske lidelser, mental helse, skjerming, tvang, relasjon og ivareta*. For å finne relevante artikler på engelsk har vi benyttet oss av Ordbrett som kilde for å finne engelske søkeord. De engelske søkeord vi anvendte: *patient, nurse, psychotic disorders, mental health, shielding og coercion, psychotic illness og acute-psychiatric*. Vi forsøkte først og finne MeSH-termer av engelske søkeord i Svemed+, dette ga oss ikke de engelske søkeordene vi var ute etter, derfor har vi ikke valgt og bruke Svemed+ til og finne Mesh-termer. For å begrense søket etter artikler har vi kombinert flere søkeord, samt avgrenset til fagfellevurdert og avgrenset til publiseringsdato fra 2009 til 2016, dette fordi vi vil ha så ny forskning som mulig. Likevel har vi valgt og tatt med en forskningsartikkel fra 2004, da vi mener denne er veldig relevant

for vår problemstilling. Vi har også med en forskningsartikkel som handler om primærhelsetjenesten, vi tok den likevel med på bakgrunn av at vi mente innholdet var relevant for vår oppgave, og at de funnene kan brukes i spesialisthelsetjenesten. Når vi har søkt etter artikler har vi prioritert at den forskningen vi fant skulle ha en betydning for faget sykepleie, slik at vi var sikre på at vi fikk gode søk med relevant tema. Vi søkte først i Cinahl, men følte ikke at vi fant det vi var ute etter der. Vi endte derfor opp med og bruke Svemed+ og Oria.

2.1.2 Valg av litteratur

Vi har i vår oppgave brukt pensumlitteratur fra alle de tre årene på sykepleieutdanningen, som er relevant for vår oppgave. Denne litteraturen mener vi er pålitelig siden den er godkjent og anbefalt av Høgskolen. Vi har også benyttet oss av 400 sider selvvalgt litteratur som vi har funnet på Høgskolens bibliotek. Den selvvalgte litteraturen er markert med en * i litteraturlisten. Vi har benyttet oss av primær og sekundærlitteratur, der fokuset har vært mest på primærlitteratur. Primærlitteratur er litteratur som er skrevet av en hovedforfatter, mens sekundærlitteratur er litteratur som er tolket av andre forfattere (Dalland & Tygstad, 2012, s. 78-79). Vi har også brukt både sekundær- og primærkilder i besvarelsen. En primærkilde er den opprinnelige kilden, mens en sekundærkilde er når noen har sitert eller tolket litteratur fra andre forfattere (Dalland, 2012, s. 86). I vår oppgave har vi hatt mest fokus på primærkilder, men har måttet bruke noen sekundære kilder. Når vi skulle velge oss ut forskningslitteratur har vi lest nøye på innholdet i artiklene, og dato, samt publiseringssted. Vi har funnet og brukt to norske artikler og to engelskspråklige. Vi har valgt og anvendt disse forskningsartiklene i vår oppgave da vi mener de er relevante for vår problemstilling. Metoden som er brukt i våre forskningsartikler er kvalitativ. En kvalitativ metode fanger opp opplevelser og meninger som man ikke kan måles i tall eller ikke vil komme frem hvis man bruker en kvantitativ metode. En kvantitativ metode gir data i målbare enheter, eksempel hvor mange som er innlagt på en skjermet enhet (Dalland, 2012, s. 112).

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode man bruker for å finne ut om en kilde er troverdig eller ikke (Dalland & Tygstad, 2012, s. 67). Kildekritikk betyr at vi må karakterisere og vurdere den

litteraturen vi bruker i oppgaven vår. Vi skal være kritiske til det kildematerialet vi bruker. Hensikten er at den som leser skal få ta del i refleksjoner vi har anvendt i oppgaven, samtidig hvor gyldig litteraturen er når det kommer til å svare på problemstillingen vår (Dalland & Tygstad, 2012, s. 72).

Når vi har lett etter faglitteratur har vi vært kritiske i å vurdere litteraturen vi har brukt. Vi har vært bevisste på alderen til bøkene, begrunnet med at nyere bøker har et mer oppdatert innhold. Siden våres fagområde stadig er under utvikling, kan kunnskapen bli utdatert. Men det finnes også noen kilder som vil være like gyldige nå som før (Dalland & Tygstad, 2012, s. 76-77). Vi fant ut at litteraturen vi har brukt som vi synes var relevante for vår problemstilling ikke var av nyere dato. Vi har allikevel valgt og anvende den litteraturen vi mente var relevant, uavhengig av når den ble gitt ut. Vi har allikevel forsøkt og finne nyere utgaver hvis det har blitt utgitt og de har vært tilgjengelig på biblioteket. På grunn av vår problemstilling har vi valgt og bruke Strand (1990), da hennes teori ikke har forandret seg noe. Vi har som nevnt benyttet oss av noen sekundære kilder, og denne har vi vurdert til at den er pålitelig. Vi tar allikevel forbehold om at den sekundære kilden kan ha feiltolket innholdet.

Noen av forskningsartiklene vi har anvendt er blitt skrevet på engelsk. Når vi har oversatt artiklene til norsk, tar vi forbehold om at vi ikke har forstått innholdet helt, eller at vi kan ha feiltolket det.

Vi har hatt fokus på at forskningsartiklene skal ha validitet og reliabilitet. Validitet betyr at kilden skal være relevant og gyldig, og reliabilitet betyr pålitelighet (Dalland, 2012, s. 52).

I søket etter forskning har vi anvendt IMRAD-strukturen. Denne strukturen er et hjelpemiddel for å finne ut om de artiklene vi har funnet er forskning. Denne strukturen viser hvordan oppbygningen av en vitenskapelig artikkel skal være. IMRAD står for introduction, method, results and discussion (Thidemann, 2015, s. 68).

2.3 Etisk overveielser

Etiske overveielser går ut på at vi må tenke gjennom de etiske utfordringene som følger vårt arbeid, og hvordan de utfordringene kan bli håndtert. Det er bare menneskene som kan gi oss kunnskap om deres livssituasjon og måten de forholder seg til samfunnet vårt på. Det er

derfor viktig at vi tenker over de etiske utfordringene (Dalland, 2012, s. 95). Taushetsplikten gjelder for alle som er helsepersonell og studenter innenfor helse og sosialutdanningen. Taushetsplikten omhandler alle opplysningene man får om menneskers personlige forhold, og den gjelder også i forbindelse med forskning og undersøkelse som kommer med det å være studenter eller ansatt (Dalland, 2012, s. 104).

Anonymisering betyr at det ikke er mulig og knytte enkeltindivider til de opplysningene som er gitt. Både navn eller andre personlige opplysninger skal erstattes av fiktive navn og opplysninger slik at den som leser ikke kan kjenne igjen opplysningene (Dalland, 2012, s. 103). I vår oppgave har vi laget en case, der både pasienten, som blir omtalt som "Ole" og sykdomsforløpet er fiktivt. Derfor skal ikke innholdet i den være gjenkjennbart.

2.4 Presentasjon og funn fra forskning

Her vil vi presentere forskningsartiklene og funnene som ble gjort. Metoden som er brukt i våre forskningsartikler er kvalitativ.

Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?

Forfatter: Toftthagen (2004).

Tidsskrift: Nordic Journal of Nursing Research.

Hensikten med denne studien er å klargjøre hva en sykepleier kan bidra med for å skape en hjelpende relasjon til mennesker som er psykotiske i en akuttpsykiatrisk enhet. Studiens metode som er brukt er kvalitativ. I denne studien ble det intervjuet ni sykepleiere respondenter. Studiens funn ble presentert i tre faser. Den første fasen går ut på at sykepleier og pasient ser på hverandre som likeverdige. Den andre handler om skape en tillitsrelasjon, slik at sykepleieren danner en allianse med pasienten. Dette gjør at pasienten opplever økning av trygghet og tillit til seg selv og andre mennesker. Denne studien sin problemstilling synliggjør at det i virkeligheten er praktisk kunnskap som bør systematiseres og ikke teoretisk. Studiens siste fase handler om å skape en fellesmenneskelig relasjon, denne fasen er ikke så relevant for vår problemstilling, så vi velger derfor og ikke beskrive den (Toftthagen, 2004, s. 4-8).

Shielding in Mental Health Hospitals: *Description and Assessment by Staff.*

Forfattere: Haugom & Granerud (2016).

Tidsskrift: SAGE open.

Hensikten med studien er å undersøke og belyse hvordan de ansatte i en psykiatrisk avdeling vurderer og beskriver skjerming. Studien som er gjort er basert på et materiale fra et landsomfattende skjermingsprosjekt utført i Norge av Akutt Network i psykiatri. Studien er en kvalitativ metode. Det ble sendt ut spørreskjemaer til 64 avdelinger, der 57 av de valgte og delta i studien, det ble innhentet 159 beskrivelser som var besvart av erfarne helsepersonell. Et av hovedfunnene i studien var at man kan tolke og forstå skjerming på ulike måter. Konklusjonen er at det er en konstant spenning mellom behandling og kontroll, hvor kontroll blir beskrevet som den viktigste faktoren. Regelmessig personlig kontakt, begrense stimuli og struktur er viktige terapeutiske faktorer. Grensesetting, skjerming, begrensninger og sikkerhet av pasienter er kontrollfunksjoner som er viktigere enn de terapeutiske faktorene når det kommer til urolige pasienter. Informantene i denne studien mente at tilgjengelig helsepersonell gir pasientene en trygghet og sikkerhet (Haugom & Granerud, 2016, s. 1-8).

Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse – En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv.

Forfatter: Sanna & Granerud (2009).

Tidsskrift: Nordic Journal of Nursing Research.

Hensikten med studien er å finne ut hvordan helsepersonell som jobber i primærhelsetjenesten opplever muligheten for selvbestemmelse og hensikten med det hos de som er alvorlig psykisk syke. Studiens metode er kvalitativ. Studien ble gjennomført gjennom tre fokusgrupper der man ønsket å sette fokus på beboernes mulighet for selvbestemmelse. Det var tolv ulike helsepersonell som deltok i studien. Konklusjonen er at for mennesker med alvorlige psykiske lidelser skal kunne oppnå økt kontroll over sitt eget liv, samt selvbestemmelse er det viktig at personalet møter de med gode holdninger og at relasjonen mellom pleier og pasient varer over tid. (Sanna & Granerud, 2009, s. 37-40).

Confirming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by persons experiencing psychotic illness: an interview study.

Forfatter: Sebergsen, Norberg & Talseth (2016).

Tidsskrift: BMC Nursing

Målet med denne studien å forstå, undersøke og beskrive hvordan sykepleierne i en akuttpsykiatrisk avdeling gir omsorg som hjelper personer med psykotiske lidelser. Det er viktig at sykepleiere innenfor psykisk helse møter pasientene med trygghet, sikkerhet og omsorg. Det er brukt en kvalitativ metode i denne studien. Deltakerne er pasienter fra 18-64 år, der åtte pasienter var tvangsinnlagt og fire ble lagt inn frivillig i henhold til psykisk helsevernloven. Intervjuperioden varte fra en til åtte uker. Resultatene i denne studien er satt opp som tre hovedkategorier. Vi skriver bare funnene fra to da de er mest relevante for vår oppgave. Den første kategorien handler om det å bli bekreftet som en person som opplever akutte psykotiske lidelser i behov av utholdenhet. Pasientene ønsker å bli forstått av sykepleierne, samtidig at de har en god kommunikasjon og et ubetinget forhold. Kategori to handler om at sykepleiere og leger hjalp pasientene med å redusere lidelsen, i form av at pasientene opplevde selvrespekt og gode relasjoner med leger og sykepleiere. De resultatene som ble funnet bekrefter at de handlingene som en sykepleier utfører er med på å hjelpe personer slik at de føler seg bedre. Disse handlingene er med på å vise forståelse for sykdommen og personen bak, og har en god måte å kommunisere på. De resultatene som ble funnet, bekrefter at de handlingene som en sykepleier utfører er med på å hjelpe personer slik at de føler seg bedre. Disse handlingene er at man viser forståelse for sykdommen og personen bak. Det at sykepleierne er åpne, følsomme og omsorgsfulle, er med på å hjelpe psykotiske pasienter med å føle seg bedre (Sebergsen, Norberg & Talseth, 2016, s. 1-11).

3. Teori

Jeg visste jo godt at jeg hadde slått meg selv, men jeg hadde ingen følelse av at jeg hadde hatt noe valg. Det var Kapteinen som slo, men mine hender, og det visste jeg og erfarte jeg, men jeg kunne ikke forklare det, fordi det var en virkelighet jeg ikke hadde noen ord for. Derfor sa jeg så lite som mulig (Lauveng, 2014, s. 27-28).

3.1 Psykose

Det å være psykotisk handler om å ha en annen oppfatning av virkeligheten. Dette kalles realitetsbrist. En som er psykotisk vil ikke oppfatte verdenen rundt seg, eller sine egne og andres holdninger på samme måte som det andre gjør. Verdenen deres kan være kaotisk og usammenhengende. Psykosene kan være korte og gå fort over, mens andre kan være langvarige og da ofte med et fall i den sosiale funksjonen. Psykoser kommer som regel i ung alder mellom femten og tretti år (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 302-303). Immanuel Kant sin definisjon på psykose er en ”drøm i våken tilstand” (siteret i Strand, 1990, s. 7).

Den psykotiske pasienten oppfører seg unormalt og har mistet grepet på virkeligheten, i tillegg har den psykotiske ingen sykdomsinnsikt og mener at symptomene er virkelige og er påvirket utenfra. Den psykotiske mangler evne til å skille mellom subjektive indre og objektive ytre stimuli, i flere tilfeller kan det virke som de grensene mellom omgivelsene og jeg'et er visket ut. En psykotisk pasient vil benekte hva som er virkelighet og vil derfor erstatte denne virkeligheten med andre ting (Kringlen, 2011, s. 133-135). Den mest alvorlige og vanligste psykotiske lidelsen er schizofreni (Håkonsen, 2000, s. 103).

3.1.1 Årsak

Sannsynligheten for at man utvikler schizofreni i løpet av livet er i underkant av en prosent. Man vet ikke helt sikkert årsaken til denne lidelsen, men arv er noe man ser at kan spille en rolle. Selv om arv alene ikke er nok til at noen kan forklare hvorfor man får schizofreni. Det er også en rekke andre faktorer som spiller inn som et samspill av psykologiske, sosiale og biologiske faktorer. Det er noen individuelle sårbarhetstrekk som at det er en overfølsomhet i det autonome nervesystemet, redusert evne til å bearbeide informasjon, feil i stoffskiftet i hjernen og schizotype personlighetstrekk. For mennesker som uavhengig av årsak har en

biologisk disposisjon, vil det senere i livet være en større sannsynlighet for å utvikle diagnosen schizofreni. Personlighetstrekk, psykososiale påkjenninger og psykologisk fungering vil ha betydning for når, hvis og om lidelsen oppstår. Det er vanlig at overgangen fra ungdom til voksen er så belastende at det i seg selv kan være en utløsende faktor (Jordahl & Repål, 1999, s. 19-21). Rusmidler kan være med på å komplisere schizofrenien, da den kan forverre symptomene (Jordahl & Repål, 1999, s. 149).

3.1.2 Symptomer på psykose

Begrepet psykose er en samlebetegnelse på mange alvorlige sinnslidelser. Det er bestemte symptomer som tankeforstyrrelser, hallusinasjoner i form av syn og hørsel og vrangforestillinger samtidig som kontaktevnen er redusert (Kringlen, 2011, s. 133). Man deler psykosene inn i forskjellige diagnosegrupper som paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser, schizoaffektiv psykose og schizofreni (Jordahl & Repål, 1999, s. 14-15).

Schizofreni er den alvorligste og mest tragiske psykiske sykdommen av de forskjellige diagnosegruppene (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 317; Cullberg, 1999, s. 296).

Man deler inn symptomene i positive/aktive og negative symptomer. De positive symptomene er vrangforestillinger og hallusinasjoner. De negative symptomene innebærer sløvheter, tretthet, passivitet og affektavflatning. Man kan si at de negative symptomene er symptomer som beskriver fravær. Det er ikke uvanlig at pasienten trekker seg tilbake og isolerer seg, blir innadvendt og tause. Schizofreni ledes også ofte av tankeforstyrrelser, og kan virke skremmende for den personen som opplever de (Jordahl & Repål, 1999, s. 17-18).

Her vil vi kort beskrive symptomene på psykose:

Tankeforstyrrelser kjennetegnes ved usammenhengende tale eller ved at personen snakker på en måte som blir vanskelig og forholde seg til. Det kan være at personen ofte bytter tema midt i en setning eller at han lager seg uvanlige ord som har betydning for seg selv, men som blir uforståelig for den som lytter (Jordahl & Repål, 1999, s. 99).

Vrangforestillinger er noe pasienten oppfatter eller forestiller seg som oppleves virkelig selv om det ikke er det. De kan være overbevist om at det er noen andre som styrer tankene deres og kontrollerer deres handlinger. Den psykotiske kan være overbevist om at andre personer kan lese tankene deres. Det er veldig naturlig og prøve og overbevise den psykotiske om at

vedkommende tar feil, men det vil som oftest ikke føre til noen endring av oppfatningen til den psykotiske (Jordahl & Repål, 1999, s. 98-99).

Hallusinasjoner betyr at man ser, hører eller lukter noe som ikke er der. Man kan beskrive det som om at man drømmer i en våken tilstand. Det å høre stemmer når man er alene er et av de vanligste symptomene på diagnosen schizofreni. Man må tenke over at disse stemmene som den psykotiske hører oppfattes helt reelle. Den psykotiske vil av og til oppleve at stemmen ber han/hun om å utføre forskjellige handlinger (Jordahl & Repål, 1999, s. 99).

3.1.3 Møte med pasienter i psykose

Det vil være utfordrende å møte en pasient med psykose, på grunn av den tilstanden de befinner seg i. Det er nødvendig med tålmodighet, ro og vennlighet for å få en person som er psykotisk til å forstå at vi vil personen vel. I møte med en psykotisk pasient er det viktig at man lærer pasienten å kjenne ved å sette seg inni dens situasjon og tankeverden (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 306).

Kommunikasjon defineres som ”utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter” (Eide & Eide, 2007, s. 17). Det er viktig at sykepleieren har en god og hjelpende kommunikasjonsevne. Sykepleieren må være empatisk, lyttende, speile følelser, ha fokus på det verbale og nonverbale samtidig vise at man ser og forstår pasienten slik at det blir lettere å hjelpe pasienten til å få mer innsikt i sin egen situasjon. Gode kommunikasjonsferdigheter kan brukes som et verktøy for sykepleiere i møte med psykotiske pasienter. Verktøyene kan hjelpe sykepleierne med å ta gode beslutninger sammen med pasienten, forstå pasienten og relasjonen, til å støtte og å hjelpe (Eide & Eide, 2007, s. 16-21).

Ved nonverbal kommunikasjon uttrykker man ulike budskap uten bruk av ord. Man kan uttrykke seg gjennom kroppsbevegelser, gester og ansiktsuttrykk (Travelbee, 2001, s. 138). Det er gjennom nonverbal kommunikasjon at pasienten legger merke til om vi er innstilt på å hjelpe og lytte. Det er et viktig hjelpemiddel for å skape motivasjon, bygge en relasjon og stimulere pasienten til å bruke sine ressurser. Det er avgjørende for at pasienten føler seg godt ivaretatt (Eide & Eide, 2007, s. 198-199).

3.2 Trygghet

Travelbee (2001) definerer trygghet som ”følelsen av å være sikker på den andre, basert på erfaring og bevis. Trygghet er altså et trinn videre i forhold til tillit” (s. 215). Ifølge Maslow er trygghet et av de grunnleggende behovene. Han skriver at trygghet er behovet for beskyttelse og forutsigbarhet (referert i Thorsen 2011, s. 110). Det er vanskelig og forstå betydningen av trygghet før man har erfart hva det vil si å være utrygg. For å kunne etablere mest mulig trygghet er det viktig at personalet danner gode rammer. Pasientene kan oppnå bedre følelse av kontroll med disse rammer (Beston, 2003, s. 228). I en feltstudie gjennomført av Jan Kåre Hummelvoll kommer det frem at trygghet er et av behovene pasientene setter høyt. De fleste pasienter kjenner seg trygge på avdelingen til tross for at det er låste dører, men de som er der mot sin vilje opplever tap av autonomi og frihet (Hummelvoll, 2003, s. 75). Tryggheten vokser i samværet med personer som vil oss vel, dette kalles for relasjonell trygghet (Thorsen, 2011, s. 119).

3.3 Sykepleieteori

Sykepleierens funksjonsområde kommer tydelig frem ved at teoriene beskriver og identifiserer sentrale sykepleiefenomener. Ved bruk av de begrepene teoriene gir, gjør det lettere å handle, vurdere og tenke som sykepleier utførelsen av sykepleie (Kristoffersen, 2011, s. 108).

3.3.1 Joyce Travelbee – Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee (2001) sin definisjon på sykepleie:

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

Joyce Travelbee jobbet som psykiatrisk sykepleier og var lærer i sykepleieutdanningen. Travelbee har fokus på relasjoner og hvordan dette utvikles mellom pasient og sykepleier. I boken blir sykepleie presentert som en interaksjonsprosess. Hun er opptatt av at hvert enkelt menneske er likt, men et unikt individ. Samtidig fremhever hun at en sykepleier også er et menneske, og det å utsettes for påkjenninger av lidelse, sykdom og død gang på gang gjør at

vi mennesker opplever en forandring. Ved at vi som sykepleiere må stå i andres sårbarhet gjør at vi selv blir stilt ovenfor vår egen sårbarhet. For at man skal kunne akseptere andre mennesker er det viktig at sykepleieren må akseptere og erkjenne seg selv i møte med andre mennesker (Travelbee, 2001, s. 5-6).

3.3.2 Menneske-til-menneske-forhold

Travelbee sin teori bygger på mellommenneskelige dimensjoner. For at man skal forstå hva sykepleie er, og hva det burde være må man forstå hva som foregår mellom en pasient og en sykepleier. Man må forstå hvordan dette samspillet oppleves og om det kan ha konsekvenser for pasienten og dens tilstand. Travelbee sine viktigste begreper er mennesket som lidelse, individ, mening, kommunikasjon og menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2001, s. 113-114).

I vår oppgave har vi valgt og ta med Travelbee sin tolkning av sykepleie da vi mener den er relevant. Det er fordi hun fokuserer på det mellommenneskelige forholdet mellom en pasient og en sykepleier, og det å skape relasjon mellom disse. Et virkemiddel i sykepleiesituasjoner er menneske-til-menneske-forhold. Det er en forutsetning for å nå sykepleiens mål og hensikt. Hensikten er å forebygge eller mestre lidelse og sykdom hos et individ samtidig som man prøver å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 171). Det er sykepleieren som står ansvarlig for å opprettholde og danne dette forholdet. Det er et gjensidig forhold og sykepleieren kan ikke skape denne relasjonen alene (Kirkevold, 2001, s. 116). Et menneske-til-menneske-forhold forutsetter at sykepleier og pasient ser på hverandre som unike enkelt individer i stedet for rollen som sykepleier og pasient (Travelbee, 2001, s. 171).

For å kunne danne en relasjon med pasienten er det viktig at sykepleieren kjenner behovene til pasienten slik at disse blir ivaretatt. Det er en forutsetning at sykepleieren lærer den syke å kjenne ved hvert møte, som er et skritt videre mot menneske-til-menneske-forhold. For å etablere et slikt forhold er det viktig å bygge på dette dag for dag sammen med pasienten. For at et menneske-til-menneske-forhold skal kunne etableres, er det viktig at sykepleieren og pasienten har vært igjennom fire faser. Disse fasene består av et innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s. 171-172).

Det foregår verbal og non-verbal kommunikasjon i hvert møte mellom sykepleier og pasient. Pasienten og sykepleieren uttrykker seg selv gjennom atferd, utseende, ansiktsuttrykk og holdninger. Gjennom kommunikasjon får sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten.

God kommunikasjon er en forutsetning for å ivareta pasientens behov og for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, s. 135).

3.3.3 Kari Martinsen – Omsorgsteori

Kari Martinsen sin teori er basert på omsorg. Vi har valgt og ta med Martinsen fordi hun mener at omsorg er verdigrunnlaget i sykepleien. Omsorg ses på som et ontologisk fenomen i følge Martinsen. Martinsen trekker frem tre viktige sider ved omsorgsbegrepet (Slettebø, 2013, s. 75). Det første er et rasjonelt begrep, det går ut på et gjensidig forhold mellom to mennesker. Det andre er et særtrekk ved omsorg som omtales som et praktisk begrep. Det blir basert på hvordan man utfører ulike konkrete handlinger og hvilken situasjon man befinner seg i. Dette viser til en forståelse av hva som er til det beste for den andre (Martinsen, 2003, s. 14-16). Det tredje begrepet er moralsk. Dette prinsippet baseres på de svake, og ansvaret man har ovenfor disse (Slettebø, 2013, s. 75). Martinsen mener at det er det tredje og siste prinsippet som omsorg blir basert på (referert i Slettebø, 2013, s. 75).

Når man har et slikt syn på omsorg kan det oppstå flere etiske dilemmaer. Hvis man ser på relasjonen og det moralske prinsippet så kan det oppstå makt og avmakt (Slettebø, 2013, s. 75). Martinsen mener at omsorg må bygges på moralsk ansvarlig maktutøvelse, og at maktutførelsen samsvarer med ansvaret man har for de svake (Martinsen, 2003, s. 48). Ved bruk av makt og avmakt vil dette bli sentrale problemer i forhold til velgjørenhet og autonomi hos pasienten. Martinsen sier at mennesker er hovedsakelig avhengig av hverandre, spesielt i perioder med lidelse og sykdom, hun mener at svaret på denne avhengigheten er omsorg. Hun mener at omsorgsarbeid er en generalisert gjensidighet, dette betyr at den som gir omsorg ikke forventer å få noe tilbake fra omsorgsmottakeren (Slettebø, 2013, s. 75).

Martinsen sin teori er også basert mye på moral. Hun sier at den rollen man har som sykepleier er avgjørende for den omsorgen man gir til pasientene, da det er sykepleieren sin oppgave å bestemme hvordan omsorgen skal utføres ut fra sin egen forståelse av situasjonen. Vi er nå i en tid der selvbestemmelse og autonomi blir lagt mer vekt på, og derfor kan man stille spørsmål om det er riktig at sykepleien baseres på Martinsen sin teori som støtter bruken av svak paternalisme (Slettebø, 2013, s. 76). Hovedregelen er at paternalisme skal unngås, men hvis pasienten ikke klarer å bedømme hva som er til hans beste kan til nød svak paternalisme godtas (Brinchmann, 2016, s. 91). Man kan også bruke sterk paternalisme. Den

sterke paternalismen har som mål å hjelpe eller beskytte en person, selv om det skjer mot personens rett til selvbestemmelse (Hoffmann, 2009).

3.4 Sykepleierrollen og etiske prinsipper

En sykepleier går inn i ulike roller etter behov, ettersom hva de mener er viktig for situasjonen. De ulike rollene som en sykepleier kan gå inn i kan være rollen som fremmed, resursperson, lærer, veileder, surrogat og leder ifølge Peplau (referert i Eide & Eide, 2007, s. 131-132).

3.4.1 Autonomi

Ordet autonomi brukes om retten til selvbestemmelse. Hvis man snakker om autonomibegrepet og tvangsbehandling i psykiatrien kan ordet autonomi ha en annen betydning. Man kan ikke ta autonomien fra et menneske, men man kan forstå begrepet på forskjellige måter. I behandlingen av et menneske er det vesentlig at vi som sykepleiere mener at mennesket er autonomt selv om det er under en tvangsbehandling, eller om vi mener at mennesket ikke er autonomt på grunn av de innskrenkningene et menneske i tvangsbehandling har. Når en pasient blir tvangsbehandlet fjerner man mye av retten til selvbestemmelse, men det betyr ikke at pasienten kan ha en autonom vilje. Den retten pasienten har til å fullføre de avgjørelsene kan allikevel være redusert ved at det oppstår hindringer til å ta avgjørelser eller at pasienten blir hindret i å utføre handlinger rundt sin egen behandling (Slettebø, 2013, s. 88-89).

3.4.2 Velgjørenhet og ikke-skade

Velgjørenhets prinsippet handler om at sykepleieren skal gjøre det som er til det beste for pasienten. Ikke-skade prinsippet handler om at pasienten ikke skal bli skadet av den behandlingen som sykepleierne gir. Disse to prinsippene blir ofte omtalt sammen, og er konsekvensetiske, det vil si at de handlingene sykepleieren utfører skal være til pasientens beste (Slettebø, 2013, s. 103).

3.5 Egostyrkende sykepleie

Ordet ego blir brukt når det handler om vår personlige identitet. Det er med på å regulere selvbildet, ivareta integriteten og det vedlikeholder balansen mellom verdier og impulser. Hos en person som er i en psykose blir egofunksjonene svekket, og det oppstår ulike symptomer. Dette kaller man for egosvak. Begrepet ego-styrkende sykepleie handler om å styrke personens ego-funksjoner. Ved at man gir passe støtte og utfordringer. Ved å styrke egofunksjonene til en pasient, kan det være med på å hjelpe pasienten til å mestre daglige gjøremål, personlig integritet, få en bedre relasjon til andre mennesker og en klarere selvpoppfatning. Ved å styrke dette kan det bidra til at pasienten lettere klarer og tilpasse seg omverdenen (Hummelvoll, 2012, s. 343-344).

Egostyrkende sykepleie er en samlebetegnelse på ulike måter som sykepleiere har brukt som et verktøy overfor psykotiske pasienter. Disse tiltakene har eksistert og blitt videreført av helsepersonell i lang tid, men har de senere år blitt forbedret ved at de har styrket kunnskapsgrunnlaget slik at det har blitt mer tilgjengelig (Strand, 1990, s. 74). Hensikten med egostyrkende sykepleie er å øke pasienten sin mestring og å redusere angst (Strand, 1990, s. 97).

3.5.1 Egostyrkende sykepleieprinsipper

Det moderlige og faderlige prinsipp er en overbygning over alt som har med omsorg og gjøre, og alle de egostyrkende sykepleieprinsippene. Disse to prinsippene er vesentlige for vekst og utvikling hos mennesker (Strand, 1990, s. 77). Det moderlige prinsipp handler om en beskyttende faktor der man skal lindre, beskytte og akseptere, mens det faderlige prinsipp innebærer at man utfordrer, stiller krav og påpeker ifølge Barbro Sandin (referert i Bø, 1996, s. 71).

De egostyrkende sykepleieprinsippene består av tolv prinsipper. Disse er kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-function, realitetsorientering, praktiske gjøremål og samhandling, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål og trening i å se valgmuligheter og å foreta valg. Sammen skaper de egostyrkende sykepleieprinsippene mening, derfor brukes de aldri alene (Strand, 1990, s. 76-78).

Vi har valgt oss ut kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, grensesetting, skjerming, realitetsorientering og verbalisering fra de ulike prinsippene. Begrunnet med at vi mener disse kan være med på å styrke pasientens ego i en tidlig fase av psykosen.

Kontinuitet og regelmessighet:

For at forholdet mellom sykepleier og pasient skal få utviklet seg, er kontinuitet og regelmessighet selve grunnlaget. For at man skal kunne tilby noe til pasienten, er det viktig at sykepleieren skaper en allianse i samhandling med pasienten (Strand, 1990, s. 78). Det kan være vanskelig å oppnå en allianse da schizofrene pasienter spesielt ofte har et lukket selvforsvar på grunn av oppvekst med mangel på kontinuitet (Cullberg, 1999, s. 468). På grunn av antall helsepersonell på psykiatriske avdelinger kan det være vanskelig for en pasient og skape et godt forhold til de ansatte. Med den nåværende personalsituasjonen er det nesten umulig og utvikle et kontinuerlig forhold mellom sykepleier og pasient.

Konsekvensen av dette er økt bruk av medikamenter på grunn av uro. Dette kunne vært unngått ved kontinuerlig personlig kontakt, og denne kontakten ville vært med på å påvirke pasientens livssituasjon (Cullberg, 1999, s. 468-469).

For å kunne oppnå en god relasjon sammen med pasienten er det viktig at vi som sykepleiere møter opp og er tilgjengelig for pasienten. Det at vi tilbyr regelmessighet og kontakt, viser pasienten at han kan stole på oss som sykepleiere, ved å følge opp eventuelle tilbud og at vi er tålmodige, og at vi ikke krever altfor mye av pasienten. Kontinuitet og regelmessighet er en av de viktigste måtene at vi som sykepleiere kan vise pasienten at vi er interessert på (Strand, 1990, s. 78-80).

Nærhet og avstand:

En balanse mellom nærhet og avstand er å vise passe interesse. Det er viktig og ha kjennskap til hvor grensene til pasienten går, selv om det er avgjørende og fange opp situasjoner i øyeblikket. Det å samle inntrykk og opplevelser, kontakter sine erfaringer, kunnskaper, følelser og vurderer pasientens behov og situasjon er viktig med tanke på empati. Empati er et sentralt begrep, og det krever både nærhet og avstand. Blir avstanden for stor, klarer man ikke sette seg inn i pasientens situasjon, men blir avstanden for nær kan man ofte bli handlingslammet (Strand, 1990, s. 80). Haviland sier at det å oppnå en optimal balanse mellom nærhet og avstand blir omtalt som en terapeutisk distanse. Man må regulere den

terapeutiske distansen i forhold til tid, rom, klima og innholdet i samværet (referert i Strand, 1990, s. 81).

Grensesetting:

Grensesetting blir ofte brukt som et nødvendig virkemiddel innenfor psykiatrien (Strand, 1990, s. 86). Når den psykotiske pasienten sin egne evne til å ta kontroll svikter er det nødvendig med dette virkemiddelet. For at grensesettingen skal ha en terapeutisk effekt bør innholdet bestå av omsorg, struktur, sikkerhet og trygghet samt læring (Hummelvoll, 2012, s. 268). Det hjelper pasienten til å få en økt mestringsfølelse når det blir utført og anvendt terapeutisk. Grensesetting skal alltid være terapeutisk og skal ha utgangspunkt for økende autonomi hos pasienten (Strand, 1990, s. 86-87). Bjørkly skriver at grensesetting overfor psykotiske pasienter blir sett på som et nødvendig virkemiddel. Grensesettingen skal aldri være en straff, da den vil oppleves krenkende ovenfor pasienten. Man ser også ofte at det er i grensesettende situasjoner at pasienten utagerer eller blir urolig (referert i Holte, 2003, s. 120). Grensesetting kan utføres verbalt, verbalt med påbud om fysiske begrensninger, verbalt ved at man nevner konsekvenser eller ved at man griper inn som fysisk begrensning. Hensikten med å grensesette er at pasienten skal kunne fungere tilfredsstillende i et sosialt fellesskap. En av hovedgrunnene til at pasienten trenger grenser, er at pasienten selv mangler det. Det er fire typer hensikter som er sentrale for at man skal fungere sosialt. De fire typene er: sikkerhet, struktur, beskyttelse mot blamering og stigmatisering og læring (Strand, 1990, s. 88-90).

Skjerming:

Et egostyrkende tiltak overfor psykotiske pasienter er skjerming. Dette skal utøves da pasienten opplever et indre kaos og hensikten er å redusere stimuli som pasienten utsettes for. For pasienten er det viktig at sykepleieren fokuserer på forutsigbarhet, da dette er med på å skape en trygghet og oversikt for pasienten. Dette er noe vedkommende trenger for å øke sine mestringsmuligheter og for å samle seg (Norvoll, 2007, s. 100-101).

Skjerming brukes som en metode som tar utgangspunkt i akutte psykotiske pasienters behandlingsbehov. Bruk av skjerming er et inngrep i pasientens personlige frihet, og derfor skal pasienten ha en mening om hvordan metoden blir gjennomført. Pasientene kan føle et tap av autonomi, og de kan føle seg straffet ved å bli skjermet. Det skal være et personale

som oppholder seg med pasienten i et begrenset og oversiktlig miljø. Skjermingen skal inneholde grensesetting, stimulusbegrensning og struktur. Målet er at man skal støtte pasienten slik at de kan få igjen kontroll over seg selv og sine omgivelser, samtidig gjenvinne sin autonomi (Hummelvoll, 2012, s. 235).

Skjerming kan sees på som en annen form for grensesetting. De fleste av prinsippene som gjelder for grensesetting gjelder også for skjerming. Skjerming av psykotiske pasienter vil bidra til at man begrenser deres inntrykk fra omgivelsene, mengde, ulike krav og sin egen atferd (Strand, 1990, s. 99).

Strand (1990) skriver at hensikten med skjerming av psykotiske pasienter er å beskytte og skåne andre pasienter, skjermingen skal gi personalet en oversikt slik at de kan jobbe terapeutisk og skjermingen skal være et hjelpemiddel slik at pasienten oppnår en indre ro (referert i Holte, 2003, s. 120).

Ved å danne et godt skjermingsgrunnlag er det viktig og tilpasse seg kombinasjonen av nærhet og avstand. Det er pasienter som trenger nær kontakt og at sykepleieren fungerer som et hjelpe-ego, mens andre føler seg invadert ved en slik nærhet. Da kan det være en god måte å gjøre en avtale med pasienten om at sykepleieren sitter rett utenfor rommet slik at pasienten vet at sykepleieren er lett tilgjengelig hvis det skulle være noe, eller at sykepleieren kommer inn på rommet hvert kvarter. Dette vil også være med på å gjøre så pasienten føler at autonomien blir ivaretatt (Strand, 1990, s. 102).

Realitetsorientering:

I følge Løkensgaard så betyr realitetsorientering at man informerer om virkeligheten (referert i Strand, 1990, s. 109). En forutsetning for å forholde seg til realiteten er identitet og autonomi. Egoet til en psykotisk pasient er svekket og vedkommende klarer ikke ivareta realitetsprinsippet. Sykepleieren går inn som et hjelpe-ego for pasienten, ved å være en ryddig, stø og hel person. For pasienten vil dette være en realitetsorientering, og sykepleieren forsøker å erstatte og å bidra for pasientens sviktende egofunksjoner i samvær med pasienten. Sykepleiere skal ikke avvise pasientens oppfatning av virkeligheten, men det er viktig at man deler sin oppfatning av situasjonen. Uavhengig om pasientens virkelighetsfordreining kommer av hallusinasjoner, angst, vrangforestillinger eller persepsjonssvikt er hovedprinsippene i realitetsorientering det samme. Det å prøve å bytte samtaleemne eller få pasienten med på praktiske gjøremål som retter oppmerksomheten bort

fra symptomene kan være den beste avledningen (Strand, 1990, s. 109-110). Strand (1990, s. 111-112) nevner i stikkordsform noen fremgangsmåter for realitetsorientering. Disse er avledning, avlastning, akseptasjon, oversiktig miljø, hjelpe-ego, verbal realitetsorientering og at man meddeler sin egen virkelighetsoppfatning.

Verbalisering:

Når man setter ord på noe kalles det for verbalisering. Gjennom å kommunisere kan man sette ord på følelser, opplevelser, konflikter, tanker og sammenhenger. Når pasienten er psykotisk kan det være vanskelig og forstå hva pasienten snakker om, og det kan gi lite mening. Det ligger ofte et budskap bak det pasienten prøver å si. Dette kan sykepleieren forsøke å sette ord på ved å fortelle pasienten at ”Nå forstår jeg ikke helt hva du sier til meg, men du høres lei deg ut”. Dette er en måte og vise pasienten at man gir noe tilbake, og det kan få pasienten til å forklare det den mener på en annen måte. Denne type spørsmål som sykepleieren stiller bør være åpne, det vil si at man ikke bør stille spørsmål som begynner med hvorfor, da dette kan virke truende og grenseløst (Strand, 1990, s. 117-118). Levander sier at en jeg-styrkende tilnærming handler om å hjelpe pasientene til å formidle det som de opplever og oppfatter. Ved at pasientene setter ord på det de ser på som skremmende opplevelser til et annet menneske, gjør så opplevelsene kan bli mindre skremmende for pasienten enn hva de tidligere ga uttrykk for (referert i Strand, 1990, s. 116-117).

3.6 Retningslinjer og lovverk

Psykisk helsevernloven er den loven som regulerer det psykiske helsevernet i Norge (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 250). Psykisk helsevernloven henger sammen med helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (Helsedirektoratet, 2012, s. 10). Alle lovene henger sammen, men vi har valgt og skrive om psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven på grunn av innholdet i oppgaven.

3.6.1 Yrkesetiske retningslinjer

Plikten til en sykepleier er å forebygge sykdom, lindre lidelse, sikre en verdig død og fremme helse. Selve grunnlaget for all sykepleie skal bygge på omsorg, respekt, verdighet og

barmhjertighet for hvert enkelt individ samt baseres på kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5-7).

3.6.2 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)

Psykiske helsevernloven tar for seg gjennomføring og etablering av tvungent og frivillig psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2012, s. 3). Hensikten med loven er å sørge for at gjennomføring og etablering av psykisk helsevern foregår på en ordentlig måte og som samsvarer med de grunnleggende prinsippene for rettsikkerhet. Videre er de tiltakene som loven beskriver viktig å sikre da de tar utgangspunkt i respekten for enkelt individer og deres behov (psykisk helsevernloven, 1999, § 1-1). Loven tar for seg blant annet hvordan vedtak om tvungen observasjon §3.2 og skjerming §4.3 iverksettes. Vi vil her beskrive de paragrafene som er relevante for problemstillingen vår.

§3-2 Vedtak om tvungen observasjon

Den faglige som er ansvarlig må foreta en vurdering av vilkårene for tvungen observasjon å finne ut om disse er oppfylt:

Det har vært forsøkt med frivillig psykisk helsevern uten resultat eller man ser at det åpenbart ikke har noen hensikt. Det er to leger som skal ha undersøkt pasienten, der den ene legen ikke har noen tilhørighet til avdelingen. Det er mest sannsynlig at pasienten oppfyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern. Institusjonen skal være i stand, både materielt og faglig slik at pasienten kan få en tilfredsstillende behandling samt god omsorg. Samtidig har pasienten rett til å uttale seg (psykisk helsevernloven, 1999, §3.2).

Uansett om vilkårene til loven er oppfylt, kan tvungen observasjon kun fattes hvis dette er den beste løsningen for vedkommende etter en helhetsvurdering, med mindre noe tilsier at vedkommende er til fare for andres liv og helse. Tvungen observasjon kan ikke vare lenger enn ti dager uten at pasienten samtykker til dette. Dersom det skulle være nødvendig kan denne fristen forlenges med ti nye dager hvis lederen fra kontrollkommissjonen samtykker til dette (psykisk helsevernloven, 1999, § 3-2).

§4-3 Skjerming

Hvis skjerming skal iverksettes avhenger dette av pasienten sin psykiske tilstand og om pasienten er utagerende. Den ansvarlige kan av hensyn til andre medpasienter eller behandling bestemme om pasienten skal skjermes helt eller delvis fra personell og medpasienter. Hvis pasienten skal skjermes mer enn ett døgn skal det fattes vedtak. Vedtaket varer inntil to uker, og etter dette må det vurderes på nytt (psykisk helsevernloven, 1999, §4-3).

3.6.3 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Loven skal bidra til å ivareta respekten for hvert enkelt individ, integriteten og menneskeverdet. Den skal være med på å danne tillitsforholdet mellom pasienter, brukere og helse- og omsorgstjenesten. Loven handler om at pasienter og brukere skal ha samme tilgang på ulike helsetjenester. Den er der for brukerne og pasientene sine rettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1).

§3.1 Pasientens og brukerens rett til medvirkning

Pasienter har rett til å bli hørt under gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. De har rett til å være med å bestemme mellom forsvarlige og tilgjengelige behandlingsmetoder. Dette valget skal tilpasses hver enkelt pasient sin evne til å motta og gi informasjon. Hvis pasienten ikke er samtykkekompetent kan nærmeste pårørende medvirke sammen med pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

§3.2 Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten har rett på nødvendig informasjon som handler om sin helsetilstand og hva helsehjelpen inneholder. Hvis det er fare for pasientens liv og helse kan man unnlate å gi informasjon (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2).

§4-3 Hvem har samtykkekompetanse

Hvis pasienter på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser ikke er i stand til å forstå hva samtykke handler om kan samtykkekompetansen bli fratatt helt eller delvis (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). "Undersøkelse og behandling av psykiske lidelser hos personer som mangler samtykkekompetanse etter annet ledd og som har eller antas å ha en

alvorlig sinnslidelse eller motsetter seg helsehjelpen, kan bare skje med hjemmel i psykisk helsevernloven kapittel 3” (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

4. Drøfting

Vi vil i dette kapitlet drøfte vår problemstilling ”*Hvordan kan vi ved bruk av egostyrkende sykepleie, ivareta trygghet hos pasienter med psykose ved en skjermet enhet?*”. Drøftingen baseres på teori, forskning og egne erfaringer, samt Joyce Travelbee og Kari Martinsen sine sykepleieteorier. Tidligere i oppgaven har vi blitt kjent med Ole gjennom et case. Ole har en kjent schizofrenilidelse og er tvangsinnlagt på en skjermet enhet grunnet utløst psykose.

4.1 Relasjonsbygging med Ole

Det kan være utfordrende for oss som sykepleiere å møte Ole i den tilstanden han er i, da han har tydelige symptomer på psykose (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 306). Ole viser symptomer i form av hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser ved at han hører og ser en mann som han omtaler som ”Kongen” (Håkonsen, 2000, s. 109-112). Dette kan gjøre det vanskelig for oss og møte Ole i den tilstanden han er i med tanke på at han er redd, engstelig og mistenksom. Det kan derfor bli utfordrende og skape en allianse med han.

I møtet med Ole er det viktig at vi som sykepleiere lærer han å kjenne, dette er en forutsetning for at vi kan sette oss inn i Ole sin situasjon (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010, s. 306). Det blir også i studien til Toftshagen presentert at det er viktig å se pasienten som en helhet. For at Ole skal kunne føle seg trygg og ha tillit til oss som sykepleiere er det viktig at vi skaper en allianse sammen med han. Det er viktig at vi ikke bare ser symptomene til Ole, men at vi ser på han som et enkelt individ og ser de ressursene han har (Toftshagen, 2004, s. 6-7). Beston (2003, s. 228) skriver at for å skape trygghet er det viktig at vi som sykepleiere skaper gode rammer for pasientene, dette kan gi en følelse av økt kontroll og mestring. For å skape gode rammer for pasienter som Ole, har vi fra egne erfaringer erfart at det å ha en plan for dagen kan bidra til disse gode rammene. Ved bruk av en slik plan vet Ole hva dagen hans skal inneholde av ulike aktiviteter og gjøremål. Dette vil være med på å skape en forutsigbarhet som igjen kan føre til at Ole føler seg trygg og ivaretatt.

For at vi skal kunne skape en god relasjon med Ole, og ivareta de behovene han har, er det viktig at vi som sykepleiere har gode kommunikasjonsferdigheter, da det er gjennom god kommunikasjon man blir kjent med pasienten (Travelbee, 2001, s. 135). Av erfaring vet vi at

det å ha fokus på nonverbal kommunikasjon er like viktig som den verbale kommunikasjonen. Eide & Eide skriver at det er gjennom nonverbal kommunikasjon pasientene oppfatter om vi er engasjerte i deres situasjon og om vi er villige til å lytte og hjelpe (2007, s. 198-199). Travelbee (2001, s. 135) sier at både sykepleiere og pasienter uttrykker seg gjennom nonverbal kommunikasjon i form av holdninger, ansiktsuttrykk, utseende og atferd. Som sykepleiere er det viktig at vi viser Ole respekt og at vi møter han med gode holdninger. Det er viktig at vi har øyekontakt med Ole, og at vi viser interesse for han som individ. Dette kan være med på å gjøre så Ole føler seg trygg og ivaretatt. Studien til Sebergsen, Norberg & Talseth (2016) viser at hvis man har forståelse for sykdommen, enkelt individet og har gode kommunikasjonsferdigheter samtidig som man er omsorgsfull og viser forståelse av pasientene sin sårbarhet kan dette bidra til at pasientene føler seg bedre og at de opplever trygghet (s. 11).

4.2 Hvordan styrke egoet til Ole

Ole hallusinerer og har vrangforestillinger, i følge Hummelvoll er dette tegn på at egofunksjonen hans er svekket. Som sykepleiere må vi gå inn og styrke Ole sine egofunksjoner, dette kan vi gjøre ved at vi er støttende, samtidig som vi utfordrer han med eksempel noe alenetid på rom. Ved at vi bidrar til å styrke Ole sine egofunksjoner kan dette bidra til økt selvfølelse (Hummelvoll, 2012, s. 343-344). Ifølge Strand er egostyrkende sykepleie et verktøy man som sykepleier kan bruke overfor pasienter som er psykotiske, dette verktøyet kan bidra til at Ole opplever økt mestring samtidig som det kan gjøre han mindre redd og engstelig (Strand, 1990, s. 74,97).

4.3 Bruk av egostyrkende sykepleie som verktøy i samhandling med Ole

Kontinuitet og regelmessighet: Dette prinsippet innebærer at vi er der for Ole, og tilbyr regelmessighet og kontakt. Det er viktig at vi viser han at vi er til å stole på, ved at vi er der for han og at vi følger opp eventuelle tilbud (Strand, 1990, s. 78). Travelbee (2001, s. 171) sier at det er viktig at vi som sykepleiere kjenner behovene til pasienter som Ole, for å kunne ivareta disse. For at vi skal kunne bli kjent med Ole og gi han den omsorgen han trenger skriver Travelbee (2001, s. 186) om det innledende møtet. Det er i dette møtet at vi danner

oss et førsteinntrykk av Ole ved at vi observerer, vurderer og gjør oss opp en mening om han, dette gjelder også for Ole.

Travelbee (2001, s. 171-178) sin teori handler om menneske-til-menneske-forhold og hvordan man skaper en relasjon mellom sykepleier og pasient. Det er et gjensidig forhold mellom oss som sykepleiere og Ole, og dette forholdet styrkes etter hvert møte. Det er vi som sykepleiere som står ansvarlig for at et slikt menneske-til-menneske-forhold blir etablert og opprettholdt. Martinsen (2003, s. 14-16) underbygger også at forholdet mellom to mennesker er gjensidig, men i motsetning til Travelbee skal ikke vi som sykepleiere forvente å få noe tilbake fra pasienten, som i dette tilfelle er Ole.

I studien til Tofthagen (2004, s. 7) var funnene i fase to å skape en tillitsrelasjon, dette handler om at vi som sykepleiere skal danne en allianse med pasienten, denne alliansen er med på å gi pasienten tillit til andre og seg selv samtidig skaper det en økt trygghet. Det kan være utfordrende å skape en slik allianse da Ole er mistenksom overfor oss som sykepleiere, og i følge Cullberg kan det å oppnå en allianse med personer som har diagnosen schizofreni være en utfordring på grunn av at de kan ha et lukket selvforsvar (Cullberg, 1999, s. 468). Strand (1990, s. 78-79) sier det er viktig at vi viser vår interesse overfor pasienter som Ole, og at vi er tålmodige. Det er viktig at vi ikke krever for mye av han, og at ansvaret for å oppnå en allianse ligger hos oss som sykepleiere. Vi må være trofaste, og vise Ole at vi er tilgjengelig når han trenger det, dette er en ikke-verbal måte og vise forpliktelse på overfor Ole. Strand (1990, s. 80) sier at det ikke er mulig og svare på hvor mye kontakt som skal til for at pasienter som Ole skal kunne oppleve kontinuitet, da det for noen vil være nødvendig å ha personale rundt seg hele tiden, mens andre behersker alene tid bedre. Kontinuitet og regelmessighet er selve grunnlaget for at forholdet mellom oss og Ole skal få utviklet seg, og det er en av de viktigste måtene vi kan vise Ole at vi er interessert på (Strand, 1990, s. 78).

Nærhet og avstand: I møte med Ole, er det viktig at vi som sykepleiere har kjennskap til hans grenser. Vi må finne en balanse mellom nærhet og avstand til Ole, dette krever at vi som sykepleiere kan vise empati. Å ha empati betyr ikke at vi skal identifisere oss med Ole, men hvis vi kommer for nær han kan vi risikere at vi blir for knyttet til han slik at vi blir passive i behandlingen, samtidig hvis avstanden til Ole blir for stor er det fare for at vi ikke klarer å fange opp situasjoner, eller sette oss inn i hans behov (Strand, 1990, s. 80).

Hummelvoll (2012, s. 355) skriver at vi som sykepleiere må ha kjennskap til forholdet mellom nærhet og avstand. Dette krever at vi viser empati overfor Ole. For at Ole skal åpne seg for oss med sine tanker og bekymringer er det viktig at han føler seg trygg. For oss som sykepleiere er det viktig at vi viser medmenneskelighet, har gode fagkunnskaper, er tilgjengelig og at vi er fleksible i forhold til Ole. Studien til Sanna & Granerud (2009, s. 40) sier at relasjonen mellom en sykepleier og en pasient er viktig og skal vare over tid. Det er viktig at vi i forhold til Ole finner balansen mellom nærhet og avstand, da det er stor sannsynlighet for at Ole vil være innlagt over en lengre periode. Haviland skriver at balansen mellom nærhet og avstand kalles for en terapeutisk distanse, og at man må ta hensyn til tid, rom, klima og innholdet i samværet. Vi som sykepleiere må tenke på hvor ofte og hvor lenge vi er sammen med Ole, vi må vite hvor mye plass han og vi som sykepleiere trenger, mellom og rundt oss. Det er også nødvendig og tenke på hva slags følelsesmessig klima som er terapeutisk for Ole. Hvis det er noen som ikke har en god allianse med han så kan det være en god ide at man bytter personell til en annen sykepleier som Ole har en bedre relasjon med, samtidig må man tenke over hva samtalen handler om. Vi kan snakke om Ole selv og hans situasjon, dette kan da føre til at Ole synes det blir for mye og overveldende, og han vil trekke seg tilbake. Derfor må man passe på samtaleemne og vite når det passer og ta opp hans situasjon (referert i Strand, 1990, s. 81).

Grensesetting: Hummelvoll (2012, s. 268) sier at en person som er psykotisk ikke lenger har evner til å ta kontroll, derfor er det nødvendig med grensesetting. Grensesetting skal ha en terapeutisk effekt og derfor er det viktig at den inneholder sikkerhet, trygghet, omsorg og læring. Ole har en tydelig svikt i sine egofunksjoner, da han hører og ser Kongen. Kongen befaler at Ole skal skade seg selv og andre og derfor vil det være nødvendig for oss som sykepleiere og grensesette han. Strand (1990, s. 86-87) underbygger at grensesetting skal foregå terapeutisk, og at det skal være fokus på autonomi hos pasienten.

Ole har ingen innsikt i egen situasjon, han hører og ser Kongen samtidig som han er mistenksom og truende. Brinchmann (2016, s. 91) skriver at regelen er at paternalisme skal unngås, men hvis pasienten selv ikke klarer og se hva som er til hans beste så kan man til nød bruke svak paternalisme. I forhold til Ole, ser vi at det kan bli behov for å bruke svak, om ikke sterk paternalisme. Av egne erfaringer i situasjoner der grensesetting har blitt brukt, har vi følt at grensesetting er en form for tvang. Ole er urolig og vandrer mye inn og ut av rommet sitt. Her må vi som sykepleiere gå inn og sette grenser for han i form av at han må holde seg på rommet, da vandringen kan være forstyrrende for Ole selv og andre

medpasienter. Det vi må tenke på når vi grensesetter Ole er at han kan utagere mot personale da vi skal sette grenser for han. Bjørkly (1995) skriver at situasjoner med grensesetting kan oppleves krenkende for pasienten, og at det ofte er disse situasjonene som pasientene utagerer (referert i Holte, 2003, s. 120). Det at Ole er urolig og vandrer kan bety at han ikke føler seg trygg. Derfor må vi som sykepleiere sørge for at Ole føler seg ivaretatt. Vi kan gi Ole valget mellom at vi er sammen med han inne på rommet sitt, eller at vi er lett tilgjengelige hvis han heller vil være alene. Dette er med på å ivareta hans autonomi. I studien til Haugom & Granerud (2016, s. 4-6) underbygges det at grensesetting er en terapeutisk form, og at det er mest vanlig og bruke denne formen når det gjelder vrangforestillinger. De som deltok i studien ga uttrykk for at tilgjengelig helsepersonell ga pasientene en sikkerhet og trygghet.

Strand (1990, s. 89) sier at en av grunnene til at grensesetting blir brukt er fordi pasienten selv mangler grenser. Vår oppgave som sykepleiere er at vi skal gjøre det som er til det beste for Ole. Vi må grensesette Ole for at han ikke skal skade seg selv og andre. Slettebø (2013, s. 103) sier at ikke-skade prinsippet og velgjørenhets prinsippet er to prinsipper som blir brukt sammen. De handlingene vi som sykepleiere utfører skal alltid være til pasientens beste, nemlig ikke-skade og gjøre godt. Norsk sykepleierforbund (2011, s. 5-7) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at selve grunnlaget for all sykepleie skal baseres på respekt, omsorg, barmhjertighet og verdighet for hvert enkelt menneske, det skal også baseres på kunnskap. Dette må vi som sykepleiere tenke på da vi skal gå inn og sette grenser for Ole. Lauveng (2005, s. 125-126) skriver at hvis personalet hadde benyttet tvang på en hensynsfull måte, med respekt og omtanke bidrar dette til å bevare verdigheten og gi mer håp hos pasienten. Hun sier at tvang skal være mulig og gjennomføre med respekt for enkelt mennesket. Strand (1990, s. 99) skriver at en mer ekstrem form for grensesetting er skjerming som metode. Derfor vil både skjerming og grensesetting ha de samme prinsippene ved at de blir brukt om hverandre.

Skjerming: Ole er innlagt under §3.2 tvungen observasjon. På grunn av hans psykiske tilstand og tidligere utageringer har han blitt lagt inn på en skjermet enhet etter §4.3 jmf psykisk helsevernloven (psykisk helsevernloven, 1999, §4-3). Norvoll (2007, s. 100-101) sier at skjerming skal brukes for å redusere stimuli hos pasienter som opplever et indre kaos. Det er viktig at vi som sykepleiere er forutsigbare da dette vil være med på å gi en oversikt og skape trygghet hos Ole. I studien til Haugom & Granerud (2016, s 3-6) skriver de at et av grunnlagene for skjerming er å begrense inntrykk og stimuli. Det å begrense er et viktig

tiltak på grunn av sikkerhet og orden på en skjermingsenheten. Dette kan omhandle hva man har tilgang til inne på pasientrommet. For Ole sin del er det nødvendig at vi som sykepleiere vurderer og drøfter sammen hva han skal ha tilgang til, da vi fra før vet at han kan ha en utagerende atferd. Vi må begrense tilgangen på møbler og gjenstander, slik at han ikke skal skade seg selv eller personalet. Strand (1990, s. 99) sier at skjerming kan sees på som en form for grensesetting. Ved at vi skjerner Ole, bidrar dette til at vi begrenser de inntrykkene han får fra omgivelsene, sin egen atferd og krav. Hun sier også at ved bruk av skjerming så skåner og beskytter man andre pasienter. Vi som sykepleiere skal bruke skjermingen som et hjelpemiddel slik at vi kan jobbe terapeutisk og gi Ole en indre ro (referert i Holte, 2003, s. 120).

Ved at Ole er innlagt på en skjermet enhet kan han oppleve tap av sin autonomi.

Hummelvoll (2012, s. 235) sier at når man bruker skjerming som metode så er det et inngrep i pasientens frihet, og skjermingen kan oppleves som en straff. Derfor kan pasientene oppleve skjermingen som tap av sin selvbestemmelse. Skjermingen skal inneholde struktur, begrensning av stimuli og grensesetting. Selve målet med skjerming er at Ole skal få tilbake kontrollen over seg selv og omgivelsene rundt han, samt få tilbake sin autonomi. Haugom & Granerud (2016, s. 8) skriver at en viktig terapeutisk faktor for skjerming er regelmessig kontakt. Da er det viktig at vi som sykepleiere klarer og forholde oss til kombinasjonen av nærhet og avstand. Det kan være pasienter som trenger nær kontakt, mens andre vil føle seg invadert (Strand, 1990, s. 102). Det er viktig at vi kjenner til Ole sine grenser, og vi må finne ut hvor mye kontakt Ole har behov for og ønsker. Dette kan vi gjøre ved å spørre Ole om hva han ønsker, om han vil at vi skal sitte utenfor rommet hans eller om han vil ha oss inne på rommet sammen med han. Strand (1990, s. 102) sier at dette kan være med på å ivareta pasientene sin autonomi. Dette kan være med på å skape en trygghet for Ole samtidig som at han føler at autonomien blir ivaretatt.

Slettebø (2013, s. 88-89) sier at tvangsbehandling er med på å fjerne mye av pasientene sin rett til selvbestemmelse, men det betyr ikke at de kan ha en autonom vilje. For Ole som er innlagt under tvungen observasjon og i tillegg har et skjermingsvedtak er det en stor sjanse for at han allerede føler at autonomien har blitt fratatt. Hummelvoll (2012, s. 235) sier at pasientene skal ha en mening om hvordan skjermingen skal utføres. Ifølge pasient-og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) står det at pasienter har rett til å medvirke i behandlingsmetoden. Ole skal få si sin mening, og han skal få være med på å bestemme hvordan dagene hans skal legges opp. Ole skal selv kunne få komme med ønsker om

hvordan dagen skal være. Av egne erfaringer vet vi at man sammen med pasienten kan sette opp en dagsplan, dette vil være med på å gjøre dagen til Ole mer strukturert som vil resultere i at Ole opplever økt trygghet, fordi han får være med på å bestemme selv.

Realitetsorientering: Hummelvoll (2012, s. 356) skriver at når man realitetsorienterer så informerer man om virkeligheten, dette gjør man for å hjelpe pasientene slik at de klarer og bearbeide de situasjonene de opplever og står i. Strand (1990, s. 109) skriver at når man er i en psykose klarer ikke pasientene og ivareta realitetsprinsippet på grunn av at egoet er svekket. Ole viser tydelige tegn på at hans ego er svekket, han er ikke orientert for verken tid eller sted, derfor må vi som sykepleiere gå inn som et hjelpe-ego. Dette kan vi gjøre ved at vi er til stede for Ole som en ryddig, stø og hel person. Hvis vi klarer og kompensere for Ole sine sviktende egofunksjoner på en måte som fungerer for hans behov, vil dette være med på å gi Ole en følelse av økt trygghet.

Strand (1990, s. 110) skriver at vi som sykepleiere ikke skal avvise den oppfatningen pasienter som Ole har av virkeligheten, men det er viktig at vi forteller han hvordan vi oppfatter situasjonen. Her er det viktig at vi som sykepleiere viser forståelse for Ole. Hummelvoll (2012, s. 356) underbygger dette når det gjelder hallusinasjoner. Han skriver at hos en hallusinert person er det viktig at de får fortalt sine egne opplevelser og hva de selv føler og tenker i forhold til dette. Ole har både syns og hørselshallusinasjoner. Som sykepleiere kan vi fortelle Ole at vi forstår at det å se og høre denne "Kongen" kan være skremmende og at vi skjønner at han blir engstelig og utrygg. Samtidig er det viktig at vi får frem at vi verken ser eller hører det han forteller oss, men at vi kan sitte sammen med han, og passe på han slik at han føler seg tryggere, hvis dette er noe Ole selv ønsker. Strand (1990, s. 110) skriver at det å få med pasienten på praktiske gjøremål eller prøve å bytte tema i samtalen kan være en god avledning bort fra symptomene. Her er det viktig at vi finner en avledning som passer Ole, slik at han kan få følelsen av trygghet, og at tankene blir rettet mot noe annet enn "Kongen". Strand (1990, s. 11-112) nevner i stikkordsform fremgangsmåter for hvordan man kan realitetsorientere en pasient, disse fremgangsmåtene er hovedmomenter i en realitetsorientering. For Ole er det viktig at vi som sykepleiere fungerer som et hjelpe-ego ved at vi kompenserer for hans sviktene egofunksjoner, samtidig må miljøet rundt Ole være tilrettelagt og oversiktlig slik at han får så lite stimuli og nye inntrykk som mulig. Det er viktig at vi aksepterer at Ole opplever det han gjør, men at vi samtidig forteller han vår oppfatning av situasjonen. Vi skal tilby han å være til stede hvis han er redd, dette gjør vi for å skape trygghet. Vi må også kunne avlede han vekk fra tankene sine ved at

vi kan for eksempel ta han med på ulike aktiviteter som turer og spill eller skifte samtaletema, dette har vi erfaringer fra i praksis, og det har hatt god effekt på pasientene og de føler seg tryggere.

Verbalisering: Strand (1990, s. 117-118) skriver at man bruker ordet verbalisering når man skal sette ord på noe. Dette foregår gjennom kommunikasjon, da kan man sette ord på opplevelser, følelser, konflikter, tanker og sammenhenger. Hos en pasient som er i psykose kan det være vanskelig og forstå hva han mener med det han sier, men det ligger som regel et budskap bak det pasienten prøver å formidle. For oss som sykepleiere kan vi fortelle Ole at vi ikke helt forstår hva han mener, men at han eksempel høres engstelig ut. Med dette viser vi Ole at vi vil gi han noe tilbake, og det kan få han til å ordlegge seg annerledes slik at vi forstår hva han mener. Vi bør ikke stille Ole spørsmål som begynner med hvorfor da dette kan virke truende mot Ole, men vi bør stille mer åpne spørsmål. Jordahl & Repål (1999, s. 99) skriver at tankeforstyrrelser er et av symptomene på psykose. Tankeforstyrrelsene kjennetegnes ved at personen har en usammenhengende tale og at det de prøver og formidle blir vanskelig og forstå og å forholde seg til. Personen kan lage seg uforståelige ord og setninger som for han selv er forståelige, men for den som lytter har det ingen mening.

Levander (referert i Strand, 1990, s. 116-117) skriver at for å kunne hjelpe pasientene til å formidle det de opplever og oppfatter må man ha en jeg-styrkende tilnærming. For Ole kan det å sette ord på opplevelsene han har rundt "Kongen" til oss som sykepleiere, bli mindre skremmende enn hva han i utgangspunktet trodde. Hummelvoll (2012, s. 325) skriver at utfordringen for oss som sykepleiere blir her å få pasienter som Ole til å sette ord på sine følelser samtidig som vi må støtte han i de forsøkene han gjør for å uttrykke følelsene sine. Her er det viktig at vi har en empatisk forståelse slik at vi klarer og skille våre egne følelser fra Ole sine. Vi må oppmuntre Ole til at han bruker egne ord på det han føler. Eide & Eide (2007, s. 132) skriver at som sykepleiere går vi inn i ulike roller. I denne situasjonen med Ole vil vi gå inn som en veileder ved at vi lytter til det Ole har og fortelle, og hvilke følelser han har rundt situasjonen.

Martinsen sin teori er basert på omsorg, hun mener at verdigrunlaget i all sykepleie er omsorg (Slettebø, 2013, s. 75). Martinsen (2003, s. 16) skriver at i perioder med sykdom og lidelse oppleves det at mennesker er avhengig av hverandre, og at svaret på avhengigheten er omsorg. Hun mener at den som gir omsorg ikke skal forvente å få noe tilbake, dette kalles generalisert gjensidighet, noe som Martinsen mener er det mest typiske for omsorg.

Travelbee (2001, s. 171-178) sier at hensikten med sykepleie er å forebygge eller mestre lidelse og sykdom hos et menneske, samtidig som man skal hjelpe de med å finne mening i disse erfaringene. For at man skulle oppnå et menneske-til-menneske-forhold er det en forutsetning at forholdet er gjensidig. Dette forholdet kan ikke sykepleieren etablere alene, men det må etableres sammen med pasienten. Her støtter vi oss til Travelbee. For at vi skal kunne ivareta Ole med god omsorg og trygghet er det viktig at vi har et gjensidig forhold, der Ole må gi av seg selv for at vi skal kunne få en forståelse av hvordan han har det.

5. Konklusjon

I vår oppgave har vi prøvd å svare på problemstillingen vår: ”*Hvordan kan vi ved bruk av egostyrkende sykepleie, ivareta behovet for trygghet hos pasienter med psykose ved en skjermet enhet*”. Gjennom vår oppgave har vi anvendt litteratur og forskning for å få økt kunnskap om ulike tilnæringsmetoder vi kan benytte oss av i møte med pasienter som er psykotiske.

Funn fra forskning viser hvordan vi som sykepleiere kan skape gode relasjoner sammen med pasienter som i vår oppgave er Ole. Dette gjør vi ved å vise og gi omsorg, opprettholde god kommunikasjon, ha en regelmessig kontakt og at vi møter de med gode holdninger. Dette bidrar til økt trygghet hos pasienter med psykose. Gjennom denne oppgaven har vi sett at psykotiske pasienter opplever et indre kaos og at de er mistenksomme og engstelige på grunn av dette. De klarer ikke å skille mellom hva som er virkelig og ikke på grunn av at de har en annen virkelighetsoppfatning. Dette kan føre til at de føler seg utrygge og svært mistenksomme. Det kan derfor være utfordrende å skape en relasjon sammen med denne pasientgruppen. Travelbee (2001, s. 171- 186) sier at for å kunne ivareta behovene til pasienten, er det viktig at vi blir kjent med dem og danner en relasjon.

Gjennom vår oppgave ser vi at de egostyrkende sykepleieprinsippene er et godt verktøy i møte med pasienter som Ole. Ved å bruke de egostyrkende sykepleieprinsippene danner vi gode rammer for Ole som er med på å styrke hans ego. Ved at vi bruker prinsippene som verktøy, kan dette bidra til økt livskvalitet hos Ole, som kan gi en økt trygghetsfølelse.

Strand (1990, s. 129) skriver om en erfaren sykepleier som ivaretok en psykotisk pasient, der hun benyttet seg av alle de egostyrkende prinsippene. Dette gjorde hun på en trygg, lyttende, rolig og handlekraftig måte. Ved å gjøre dette vil vi møte pasientene med ansvarlighet, faglighet og medmenneskelighet.

Vi håper at vi blir erfarne og dyktig sykepleiere i årene fremover. Og at vi i denne oppgaven har tilegnet oss masse ny kunnskap som kan benyttes i møte med denne pasientgruppen. Samtidig vil vi alltid ha i bakhodet at hvert enkelt mennesket er unikt og at vi må se individet fremfor symptomer og diagnoser.

Litteraturliste

- *Beston, G. (2003). Brukerperspektiv på Prosjekt og Undervisningsavdeling. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningsamarbeid i akuttpsykiatrien* (s. 220-229). Oslo: Universitetsforlaget.
- *Brinchmann, S. B. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Bø, A. K. (1996). *Omsorgens Ansikt: Om metode og kunst i psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri* (5. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O & Tygstad, H. (2012). Kilde og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., s. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Haugom, E. W. & Granerud, A. (2016). Shielding in Mental Health Hospitals: description and Assessment by Staff. *SAGE open*, 6:1, 1-10. <https://doi-org.ezproxy.hihm.no/10.1177/2158244016629526>
- Helsedirektoratet. (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforordningen med kommentarer*. (Rundskriv IS-9/2012). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hoffmann, B. (2009). Pasient autonomi som etisk rettesnor - en kritisk gjennomgang. *Sykepleien*, 90(17), 39-44. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleiens.2002.0048>
- *Holte, S. J. (2003). Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningsamarbeid i akuttpsykiatrien* (s. 117-146). Oslo: Universitetsforlaget.

*Hummelvoll, J. K. (2003). De nødvendige idealer og de slitsomme realiteter – fokus på akuttpsykiatrien. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (s. 51-87). Oslo: Universitetsforlaget

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

*Håkonsen, K. M. (2000). *Mestring og lidelse: Psykiatri for helse – og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Jordal, H & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser: Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.

*Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. (10. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. –A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 208-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Lauveng, A. (2005). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen Damm.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom: Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter* (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Oslo, Oslo.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015). Hentet fra <https://lovdata.no/>

Psykisk helsevernloven. (1999). Psykisk helsevernloven, LOV-1999-07-02-62. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/>

*Sanna, H. K. & Granerud, A. (2009). Menneskesyn og verdier; utgangspunkt for selvbestemmelse - En kvalitativ studie om erfaringer fra psykisk helsearbeid i førstelinjetjenesten, sett fra et personalperspektiv. *Nordic Journal of Nursing Research*, 29:3, 37-41. <https://doi-org.ezproxy.hihm.no/10.1177/010740830902900309>

*Sebergesen, K., Norberg, A. & Talseth, A.-G. (2016). Conforming mental health care in acute psychiatric wards, as narrated by person experiencing psychotic illness: an interview study. *BMC Nursing*, 15:3, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1186/s12912-016-0126-x>

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

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

*Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen., F. Nordtvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 106-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Toftthagen, R. (2004). Et møte mellom to virkeligheter – Hvordan erfarer den psykiatriske sykepleier å skape en hjelpende relasjon med det psykotiske mennesket?. *Nordic Journal of Nursing Research*, 24(2),4-9. <https://doi.org/10.1177/010740830402400202>

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

Vedlegg 1 - databasesøk

Dato	Database	Søkeord	Treff	Avgrensning Nytt treff	Leste abstrakter	Artikler som er inkludert
19/1	Svemed+ og SAGE	Psychotic disorders AND patient* AND nurs*	25	Peer-rewied tidsskrifter. Nye treff: 10	1	1
19/1	Oria	Mental health AND shielding AND patient* AND coercion	157	Fagfelleverdert tidsskrift. publiseringsdato: 2009-2016. Nye treff: 41	3	1
20/1	Oria	Mental helse AND ivareta* AND relasjon*	260	Fagfelleverdert tidsskrift. Publiseringsdato: 2009-2016 Forfatter: Granerud, Arild Nye treff: 4	1	1
20/1	Oria	Mental health AND patient AND psychotic- illness AND acute- psychiatric	411	Fagfelleverdert tidsskrift. Publiseringsdato: 2009-2016 Nye treff :221	3	1