



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4BACH

Magni Hagen Karlsen og Anders Farstad Bø  
Dina Bjørlo Strande

## Forebygging av rusrelatert psykose i et miljøterapeutisk perspektiv

## The prevention of substance-induced psychosis in a milieu-therapeutic perspective

Antall ord: 13082

Bachelorutdanning i sykepleie

2011 - 2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

## Sammendrag

I denne oppgaven ser vi på pasienter med samtidig psykisk lidelse i form av psykoselidelser og rusmiddelbruk. Vi bruker et selvlaget case for å illustrere eksempler, relatere teori til praksis og vise vår forståelse av fagstoffet vi tar for oss. Vi bruker miljøterapeutiske behandlingsprinsipper sammen med Jan Kåre Hummelvolls prinsipper om psykiatrisk sykepleie i et forsøk på å besvare en egenlagd problemstilling. Før vi drøfter problemstillingen presenterer vi fagkunnskap. Ikke kun om miljøterapi og Hummelvolls teorier, men også om rusmidler, pasientgruppen vi tar for oss og deres lidelse med mer. Gjennom drøfting setter vi fokus på hva disse prinsippene vil si i praksis samtidig som vi ser på områder hvor miljøterapi og Hummelvolls sykepleieteori fungerer godt sammen. Vi skriver ikke om alt innenfor disse teoriene, men trekker frem det vi mener er mest relevant for oppgaven og for å besvare problemstillingen. I konklusjonen trekker vi sammen de ulike refleksjonene vi har gjort i drøftingen i et forsøk på å besvare problemstillingen. Utenom drøfting og teori har vi også med et metodekapittel hvor vi tar for oss de ulike kildene vi har brukt og kritikk mot disse, hvordan vi har funnet frem til disse og hvorfor de relevante for oppgaven og diskuterer etiske overveielser vi har måtte gjort oss mens vi skrev denne oppgaven.

# Innhold

1.0 Innledning.....	
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formålet med oppgaven.....	
1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling.....	
1.3 Oppgavens oppbygning.....	
1.4 Case.....	
2.0 Metode	
2.1 Metode og litteraturstudium.....	
2.2 Presentasjon av artikler.....	
2.3 Kildekritikk.....	
2.4 Ethiske overveielser.....	
3.0 Hvem er pasienten	
3.1 Rusrelatert psykose.....	
3.2 Rusmidler og deres virkning.....	
3.3 Enhet for psykosebehandling.....	
4.0 Sykepleieteoretiske rammer	
4.1 Sykepleieteoretiker Jan Kåre Hummelvoll og hans verdier som psykiatrisk sykepleier.....	
4.2 Dannelsen av sykepleier-pasient-fellesskapet.....	
4.3 Arbeidsfasen i sykepleier-pasient-fellesskapet.....	
4.4 Motivasjonssvikt, selvinnsikt og situasjonsforståelse.....	
4.5 Miljøterapeutiske tilnærming.....	
4.5-1 Miljøterapeutiske tilnærming med fokus på støtte.....	
4.5-2 Miljøterapeutiske tilnærminger med fokus på struktur.....	
5.0 Hvordan kan sykepleiere forebygge tilbakefall av psykose til pasient på sengepost i spesialisthelsetjenesten?.....	
6.0 Konklusjon.....	

Kildeliste.....

Vedlegg 1.....

## 1.0 Innledning

I innledningen ønsker vi å gi leserne en innføring i hvorfor vi har skrevet denne oppgaven, hva vi skal skrive om og hvordan vi ønsker å løse den. Dette skal være med på å gi et oversiktlig bilde av hva man videre kan lese i teksten. Vi har begge igjennom praksis og jobb vært med på situasjoner der vår problemstilling er relevant. Mange mennesker med psykiske lidelser har et samtidig rusbruk (Jordahl & Repål, 2009). I de situasjonene vi selv har vært med i har vi opplevd det som svært utfordrende og lærerikt. Ettersom vi begge har opplevd pasienter med psykiske lidelser og et samtidig rusmiddelproblem i løpet av våre korte karrierer i spesialisthelsetjenesten mener vi det er et svært aktuelt tema. Spesielt for oss som gjerne vil jobbe innenfor psykisk helse etter endt utdanning. I tillegg til dette oppfatter vi pasienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbruk som en gruppe som har mange negative holdninger rettet mot seg. Dette gjelder da også spesielt psykoselidelser som f.eks. schizofreni. Vi har også funnet en forskningsartikkel som belyser dette. Denne artikkelen tar for seg holdninger blant helsepersonell ut i fra lidelse og så på hvilke lidelser som var mest utsatt for negativ holdninger. Det kom her frem at når det kom til uforutsigbarhet og vedrørende om pasienten var til fare for andre tronet rusmisbrukere og schizofreni over de andre (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008). Dette er også med på å inspirere oss til å skrive denne oppgaven. Dårlige holdninger hos helsepersonell provoserer frem idealisme hos oss.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og formålet med oppgaven

Vi har valgt å skrive om psykose og psykosebehandling fordi vi synes dette er et spennende og interessant tema som vekker vår oppmerksomhet. Vi har begge vært i praksis på to forskjellige enheter hvor psykose var en av diagnosene som vi ble kjent med både i sammenheng med rus og andre utløsende årsaker. Begge har jobbet på disse enheten også i etterkant av praksis og vi ønsker å få en dypere forståelse og kunnskap om hvordan vi kan utføre en god behandling til pasienter innlagt for psykose som sykepleiere. Vi har valgt å fokusere på pasienter på sengepost som ikke lenger er i den akutte fase, men som er i enhet for behandling av problematikken som måtte oppstå i etterkant av psykose(r). Fra egne erfaringer i praksis så vet vi hvor eksistensielt det er for behandlingen å skape gode relasjoner til pasientene og vi har derfor valgt å sette oss inn i denne prosessen. Vi vil skrive om denne

tematikken på bakgrunn av at når vi kommer ut i arbeid som sykepleiere på disse enhetene om få måneder så vil vi ha en faglig tygde som vil komme oss til gode i møte med pasienter med en slik lidelse.

## **1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling**

Vi ønsker å styrke vår forståelse og kunnskap innenfor temaet psykosebehandling til pasienter med rusrelaterte psykoser. Fra tidligere praksis har vi erfart at dette er en pasientgruppe som er spesielt krevende på grunn av deres sammensatte sykdomsbilde. Det er utfordringen rundt behandlingen til disse pasientene vi ønsker å søke kunnskap om og belyse i denne oppgaven gjennom å besvare følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleiere forebygge tilbakefall av psykose til pasienter på sengepost i spesialisthelsetjenesten?”

Som nevnt har vi valgt å ta for en spesifikk type psykose, nemlig rusrelatert psykose. Med dette mener vi psykoser som er et resultat av inntak av rusmidler eller psykose som resultat av at man er i en avgiftningsperiode. Vi tar utgangspunkt i et selvlaget case og at pasienten befinner seg på en sengepost i spesialisthelsetjenesten og på denne måten ikke lenger er i en akutt fase. Med dette som utgangspunkt vil vi se på hvordan vi kan bygge relasjoner til pasienter og hjelpe dem til å bli selvstendige i denne fasen for å kunne oppnå gode behandlingsresultater. Vi skal bruke Jan Kåre Hummelvoll som sykepleieteoretiker for å komme til en konklusjon. Av hans fagstoff skal vi bruke sykepleier-pasient-fellesskapet – om hvordan man kan danne dette fellesskapet og om arbeidsfasen via dette. I sammenheng med dette trekker han fram 9 hjørnesteiner som han beskriver som eksistensielle for sykepleier-pasient-fellesskapet. Selv om vi ser viktigheten av alle de ni hjørnesteinene har vi valgt å bruke kun 5 av disse for å besvare problemstillingen vår. De 5 vi har valgt er likeverdighet, møte/nærværenhet, mål, mening og verdiavklaring, åpenhet og innsikt og håp. I tillegg til dette vil vi trekke fram motivasjonssvikt og selvinnsett og situasjonsforståelse som Hummelvoll skriver om i arbeidsfasen i kapitlet om samarbeid med psykotiske mennesker fordi det er nettopp denne fasen vi har fokus på. Vi skal også trekke fram noen aspekter innenfor miljøterapi og ha spesiell fokus på støtte og struktur til pasientene. Vi har gjort et bevisst valg ved å overse den medikamentelle delen av pasientens behandling. Vi begrunner

dette med at det leger som bestemmer hvordan denne behandlingen skal gjennomføres. Vi håper med dette å synliggjøre sykepleieperspektivet i større grad.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Vi skal innlede oppgaven med å presentere problemstillingen vi har valgt oss og avgrensingen til den. I tillegg skal vi vise til et selvlagd case som skal representere pasientgruppen vi ønsker å bygge oppgave rundt. På denne måten vil det kunne gi leserne klare rammer for hva det videre innhold i oppgaven skal være.

Vi skal deretter presentere de teoretiske rammer som vi legger til grunn for besvarelsen av problemstillingen. Videre vil vi besvare oppgaven ved å drøfte hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å forebygge tilbakefall av psykose hos pasienten og gjennom drøftedelen trekke inn teori fra teoridelen. Pasientgruppen vi skal ta for oss er i en behandlingsfase hvor støtte og struktur er behandlingsgrunnlaget vi vil ha fokus på. På en annen måte kan det sies at dette er sykepleierens arbeidsfase. Vi skal med utgangspunkt i miljøterapeutisk tilnærming drøfte dens innhold og trekke inn sykepleieteoretiker Jan Kåre Hummelvoll sine tilnærminger til pasienter med psykoseproblematikk for å komme til gode behandlingsmetoder hos denne pasientgruppen. Og utfra denne drøftingen vil vi komme til en konklusjon på om disse tilnærmingene vil ha god nytte i behandlingsfasen til pasienten og om det vil kunne virke forebyggende for tilbakefall av psykose.

### **1.4 Case**

Helge er 32 år gammel og har en historie med mye rusmisbruk, hovedsakelig benzodiazepiner og amfetamin, men har også brukt alkohol noe mer sporadisk. Helge er nå kommet til en sengepost fra akuttmottaket. Da han kom til mottaket var han psykotisk med mistanke om inntak av rusmidler. Det kommer også frem under innkomstsamtale at dette var tilfellet.

Under innkomstsamtale med Helge kommer det frem at pasienten tidligere har vært syns- og hørselshallusinert ved flere anledninger, både mens han har vært ruset eller mens han har forsøkt å avgifte seg på egen hånd. Helge sier også at han ikke er motivert for å bli rusfri enda, men at han har mye press på seg fra familie og gamle venner han har god kontakt med slik at han vil gi det et forsøk. Det er av denne grunnen pasienten har lagt seg inn frivillig.

Etter to netter på avdelingen har Helge fortsatt ikke fått sove. Han forklarer dette med at han

er vandt med å få hjelp av rusen til å sove og at det er vanskelig å slå seg til ro uten. Senere samme kveld blir Helge psykotisk og blir syns- og hørselshallusinert. Neste dag er pasienten tilsynelatende realitetsorientert og husker ikke noe av hva som skjedde kvelden før. Etter en lengre samtale innrømmer Helge at han ruset seg på benzodiazepiner i går kveld og at det nok var det som skyldtes denne episoden. Som sykepleiere på avdelingen vil jobbe på en slik måte at vi i høyest grad kan forhindre at Helge får tilbakefall av psykose.



## 2.0 Metode

### 2.1 Metode og litteraturstudium

Denne oppgaven er et litteraturstudium. Dette betyr at vi baserer oppgaven på det vi innhenter av fagstoff fra forskningsartikler og annen litteratur, f.eks. fagbøker. Det er derfor essensielt at forfatterne av den litteraturen vi baserer vår oppgave på blir kreditert for den jobben de har gjort. Dette gjøres med kildehenvisning etter APA-standard. Denne type oppgave setter også krav til oss i forhold til utvalg, analyse og kritikk av den litteraturen vi finner og eventuelt velger å bruke i oppgaven. Dette er å finne i egne kapitler i metodedelen i tillegg til et vedlegg med søkehistorikk. Kritikk rettet mot den litteraturen vi finner kommer i stor grad til å omhandle dens relevans til problemstillingen, hvilket år kilden er utgitt, hvordan forskningen er utført eller presentert og til slutt forfatterne selv. Søkeordene vi benytter for å innhente vil også bli valgt ut i fra relevans til problemstillingen.

### 2.2 Presentasjon av artikler

Vi har tatt i bruk fire forskningsartikler som vi føler er dekkende og utfyllende til å besvare problemstillingen vår. Disse fire er;

”Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care”, er en kvalitativ forskningsartikkel hvor de har intervjuet 120 helsepersonell, både med somatisk- og psykiatrisk bakgrunn, om 7 forskjellige psykiske lidelser og deres holdninger til dette. Årsaken til at denne undersøkelsen ble gjennomført var å redusere stigma og diskriminering mot pasienter med psykiske lidelser fordi disse holdningene hindrer pasientene til å integrere seg i samfunnet. Og i arbeidet mot stigma og diskriminering spiller helsepersonell er spesielt viktig rolle. Intervjuene viste at somatiske helsepersonell har negative holdninger om lidelsen schizofreni enn hva psykiatrisk helsepersonell har, hvor de svarte at disse pasientene er mer farlig og uforutsigbare. Derimot hadde helsepersonell med psykiatrisk bakgrunn flere forutinntatte holdninger om de forskjellige lidelsene og utsiktene for bedring blant disse. Denne forskningen konkluderer med at helsepersonell har sammenlignbare meninger om mennesker med psykiske lidelser som offentlige meninger. For å videre kunne belyse om holdningene om farlighet og

uforutsigbarhet er realistiske opplevelser eller fordommer foreslår forskerne å gå videre med kvalitative studier for å komme fram til en fasit.

Den andre forskningsartikkelen vi har benyttet oss av er ”Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning” og er en kvalitativ studie. Formålet med forskningen var å sammenligne livskvalitet hos personer med psykiske lidelser og personer uten psykiske lidelser slik at de kunne få økt forståelse for behovene til personer med psykiske lidelser og hvordan stigma virket inn på dem. For å finne ut av dette sammenlignet de hvilken rolle selvtillit og sosialfungering spilte. Et utvalg av 104 personer, hvor 52 av disse hadde en kjent psykiske lidelse, gjennomgikk undersøkelsene The World Health Organization Livskvalitet tiltaket (WHOQOL - 100) og Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE). Disse undersøkelsene viste da at det var store forskjeller mellom de med og de uten psykiske lidelser og de som hadde en kjent psykiske lidelse hadde en lavere selvfølelse. Forskerne konkluderer med at de negative konsekvensene av psykiske lidelse omfatter alle aspekter av livskvaliteten som de andre konstaterte å være viktig velvære og trivsel i hverdagen. Det kommer også fram at mennesker med psykiske lidelser har et stort behov for en normalisert hverdag i form av støtte og sosiale nettverk. Det de mener må gjennomføres er effektive tiltak som hjelper pasienter med psykiske lidelser til å utvikle samarbeidsrelasjoner.

”Amphetamine availability and admissions for psychosis in New South Wales, 2001—2009” er en kvantitativ forskningsartikkel som omhandler amfetaminbruk. Målet med forskningen er å se om endringer i tilgjengeligheten av amfetamin har noen påvirkning på innleggelser i spesialisthelsetjenesten og spesielt i forbindelse med psykose. For å finne ut av dette undersøkte de innleggelser i akuttenehet i perioden 2000-2009. De sammenlignet tilgjengeligheten av amfetamin i form av priser på kriminelle tilfeller av amfetaminbesittelse og bruk med blant annet primær eller komorbide diagnoser og psykoseinnleggelser. Det de fant ut var at økt tilgjengelighet av amfetamin ser ut til å føre til flere innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Og det vil derfor være positivt å føre en linje for å redusere tilgangen slik at bruken av det går ned, og videre unngår innleggelser av amfetaminrelaterte psykoser.

Artikkelen ”Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings” er en kvalitativ studie som utforsker bevis for å støtte et

utdanningsprogram som innebærer psykose og som gir nye vurderingsverktøy for å måle kunnskapsgevinst hos pasienter. Dette utdanningsprogrammet er lagd for pasienter med psykoselidelser i et høysikkerhetssykehus i Skottland. De resultater som har oppstått etter gjennomgang av dette programmet viser en bedring i kunnskap, mental helse og selvbevissthet fordi de oppnår en bedre innsikt i egen helse og eget sykdomsbilde. Forskerne mener at selv om dette programmet er utprøvd i liten skala, så har allikevel resultatet av gitt indikasjoner på å ha en positiv verdi i behandling.

### **2.3 Kildekritikk**

Vi skal i dette avsnitte være kritiske til kildematerialet vi har lagt til grunne for å svare på vår problemstilling. Vi skal kommentere kilden sin relevans, om kilde er gyldig og holdbar til vår problemstilling og vi skal kommentere litt om forfatterne til de forskjellige kildene (Dalland, 2013). Vi skal med dette gjennomgå noen av kildene vi har brukt som har spilt en vesentlig rolle i besvarelsen av problemstillingen.

Hovedkilden vi har brukt i besvarelsen av problemstillingen er sykepleieteoretiker Jan Kåre Hummelvoll sin bok ”Helt – ikke stykkevis og delt”. Denne boken omhandler psykisk helse og helhetlig omsorg, den er skrevet ut fra et sykepleieperspektiv. De kapitler vi har valgt å bruke fremstiller sykepleierens arbeidsoppgaver i møte med pasienter med psykiske lidelser, og med spesielt fokus på kommunikasjon og relasjonsbygging. De metoder Hummelvoll skriver om føler vi passer godt til den pasientgruppen vi ønsker å nå fram til i behandling på enheten. Vi har benyttet oss av den 7. utgaven av boken, som er per dagsdato den nyeste. Den første versjonen ble utgitt for 32 år siden, i 1982, mens den 7. utgaven kom i 2012. Med dette tatt i betraktning så føler vi at Hummelvoll gjør en fremdragende jobb med å holde boken sin oppdatert etter som sykepleiefaget endrer seg med årene og vi ser derfor at dette vil være en relevant kilde som vi anser som gyldig. Vi anser også Jan Kåre som en sikker kilde med tanke på hans utdanning som professor i psykiatrisk sykepleie og doktorgrad i folkehelsevitenskap. Han har lang erfaring med undervisning og mye av hans arbeid har foregått ved Høgskolen i Hedmark campus Elverum. Siden det er ved denne Høgskolen vi selv tar vår utdanning, så har vi hørt mye om han allerede tidlig i utdanning. Og vi føler at jo mer vi leser om han og hans fagstoff, desto mer overbevist blir vi over å ha valgt riktig teoretiker med tanke på vår problemstilling. Hummelvoll har en helt egen måte å ordlegge seg på i bøkene sine, men vi føler allikevel at vi mestrer tolkninger av hans arbeid.

Boken ”Mestring av psykose” som er skrevet av Helge Jordahl og Arne Repål er den kilden vi har tatt mest i bruk der hvor vi har skrevet om miljøterapi. Denne boken omhandler psykose og forskjellige tilnærminger til behandling til denne pasientgruppen. Jordahl og Repål er begge psykologer, men innholdet i boken er skrevet for helsefagutdanninger generelt, og spesielt for de som kommer borti denne pasientgruppen, noe vi som sykepleiere kan gjøre. Boken ble gitt ut i 2009 og vi anser den derfor som relevant per dagsdato. Problemstillingen vi reiser i denne oppgaven har vi selv valg å besvare med blant annet miljøterapeutiske tilnærminger og vi finner derfor denne boken både relevant og gyldig sett i sammenheng med dette.

Forskningsartikkelen ”Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care” er skrevet av Tommy Björkman, Therese Angelman og Malin Jönsson. Vi har ikke klart å finne ut hvilken yrkesbakgrunn disse forfatterne har, men vi anser den som relevant fordi forskningen er basert på spørreundersøkelser som er besvart av helsepersonell. Artikkelen ble publisert i 2008 og er derfor på ingen måte utdatert.

”Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning” er skrevet av psykologene Helen Murphy og Elsa K. Murphy. En stor del av vår oppgave handler om å styrke selvfølelse og selvvinnsikt til pasientene og denne forskningen konkluderer med at pasientene har behov for normalisering, derfor mener vi at den er relevant i forhold til støttende og strukturerte tilnærminger som vi viser til i miljøterapidelen. Artikkelen ble skrevet i 2006 og vi anser den dermed som gyldig og på ingen måte utdatert.

Artikkelen “Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary finding.” er en artikkel fra 2012 skrevet av H. Walker, J. Connaughton, I. Wilson og C. R. Martin. Den tar for seg i hvilken grad undervisning om egen lidelse til pasienter med psykoselidelser kan påvirke psykisk helse og innsikt i egen sykdom. Vi mener denne er relevant av to grunner; først og fremst er det en metode å gi pasienter med psykoselidelser mer kunnskap om egen lidelse, noe som kan hjelpe dem å gjøre informerte avgjørelser i forhold til egen behandling og på denne måten også styrke sykepleier-pasient-relasjonen og

fordi det er en måte å forbedre pasienters mentale helse uten at medikamenter er med i regningen. Dette er noe som etter vår mening kan være med på å forhindre at pasienter oppsøker situasjoner som kan føre til tilbakefall av psykose. Vi har ikke klart å oppdrive informasjon om forfattere, men vi mener at måten artikkelen er skrevet på og hvor grundig den er gir artikkelen kredibilitet. Det er i tillegg en svært ny undersøkelse, noe som forsikrer oss om at kunnskapen man kan trekke fra den er oppdatert.

”Amphetamine availability and admissions for psychosis in New South Wales, 2001—2009” er skrevet av forfattere Grant Sara, Phillip Burgess, Gin Mahli og Harvey Whiteford. Vi finner ikke utdanningsbakgrunnen til disse forfatterne, men artikkelen omhandler amfetaminbruk og psykose som vi bruker som ramme til vår oppgave og som eksempelvis kommer fram i caset og vi mener derfor at den er relevant og gyldig til vår problemstilling. Utforskningen har varighet i 9 år og ble publisert i 2011, og vi anser derfor denne artikkelen som relevant og ikke utdatert til vår oppgave.

## **2.4 Etiske overveielser**

Denne oppgaven er en litteraturstudie som skal bygge på relevant litteratur og erfaringer vi har tilegnet oss i praksis. Vi må dermed ha fokus på å anonymisere eksempler vi bruker gjennom oppgaven. Dersom navn, personnummer eller andre opplysninger som er knyttet til en person endres til tilfeldige nummer og bruk av fiktive navn vil det bety at opplysningene om personene er aidentifisert. Det vil dermed ikke bli mulig å kunne identifisere nevnte personer via opplysninger i oppgaven (Dalland, 2013). I denne oppgaven legger vi fram et case om personen Helge som er en fiktiv person med et oppdiktet sykdomsforløp. Når vi trekker fram eksempler fra egne erfaring vil vi ikke benytte oss av navn eller sted, men bruke pasienten eller pasientgruppen slik at personene nevnt i teksten ikke kan identifiseres av leserne. Som sykepleierstudent i praksis er det lovpålagt å ha taushetsplikt ovenfor opplysninger om personlige forhold hos pasienter. Det vil si at vi som studenter ikke har lov til å bringe videre personlige opplysninger om pasienter vi møter uten at disse opplysningene er anonymisert (Dalland, 2013). Dette har vært en skriveprosess og et samarbeid mellom to personer som ikke har felles arbeidssted eller praksiserfaringer. Vi har på samme måte som i teksten anonymisert navn og andre eventuelle opplysninger om pasienter og vi har dermed overholdt taushetsplikten til disse personene.

## 3.0 Hvem er pasienten

### 3.1 Rusrelatert psykose

Å være psykotisk er en tilstand hvor man lever i en annen eller en endret virkelighet. Psykose er derfor en psykisk lidelse som varierer stort fra pasient til pasient nettopp fordi hver enkelt pasient opplever sin virkelighet på en annen måte enn hva andre som er i en psykotisktilstand vil kunne gjøre. På denne måten blir psykose en uensartet psykisk lidelse (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Det er varierte årsaker for psykoser, men en faktor som foreligger er en foreløpig forstyrrelse i hjernens funksjon. Disse forstyrrelsene i hjernens funksjon kan skyldes arvelige eller tilkomne skader som oppsto i fosterlivet eller under fødselen, disse kan føre til schizofreni, schizoaffektiv psykose eller bipolar lidelse. En annen årsak for utvikling av psykose kan være skade som har blitt påført hjernen i enten barne- eller voksen alder, eksempler på disse er stoff- og alkoholmisbruk. Familiære, samfunnsmessige og kulturelle forhold er også sentrale forhold å ta i betraktning ved en psykotisk lidelse fordi disse har stor betydning for utvikling av symptomer og videre grad i svikt av funksjon og forløpet av psykosene (Malt, U. s.a., avsnitt 3). Den lengden lidelsen varer kan variere stort fra pasient til pasient. Mens noen psykoser er kortvarige, krever andre lang oppfølging og fører ofte til nedsatt sosial funksjon hos pasienten eller påvirker livet deres i særdeles stor grad med tanke på arbeid og familie (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). En pasient som er i psykose vil ofte få et fordreid verdensbilde i den form av at de hører stemmer, opplever synshallusinasjoner eller andre former for vrangforestillinger. Det er allikevel et poeng at det gjennom de siste tiårene har oppstått en forståelse for at det å høre stemmer ikke trenger å være knyttet til en psykiatrisk lidelse (Jordahl & Repål, 2009). Pasientens egne tanker og oppfatninger rundt disse vrangforestillingene er heller ikke noe som holder seg statisk over lengre tid. Pasienten kan i perioder selv forstå at det de opplever ikke stemmer og ikke er realistisk, mens de i andre perioder ikke er i stand til å skille virkeligheten fra lidelsen (Jordahl & Repål, 2009). Man finner også vrangforestillinger hos folk som ikke har en psykoselidelse. Et eksempel på dette er hvordan mennesker som er usikre kan føle seg truffet av latter eller blick de får i sin retning. Forskjellen mellom dette og hva en person med en psykoselidelse opplever er at disse feiltolkningene er lettere å korrigere eller rasjonalisere hos noen som ikke lider av en psykoselidelse (Jordahl & Repål, 2009). På grunn av at pasienter vil

oppleve svært forskjellige ting i deres psykoser er psykoselidelser en gruppe det til tider kan være vanskelig å identifisere for en pasient. Et eksempel på en slik psykoselidelse er Schizofreni (Jordahl & Repål, 2009). En stor andel av pasienter som har psykoselidelser har allikevel noen felles trekk. Et av de vi skal ta for oss i oppgaven er rusmiddelmissbruk. Rusmiddelmissbruk er noen man ser hos mange pasienter med psykiske lidelser, ikke bare psykoselidelser (Jordahl & Repål, 2009). Det er ikke lett å finne en enkel grunn til at rusmiddelmissbruk er svært vanlig blant disse pasientene, men det er trolig at det for mange fungerer som en flukt fra deres problemer. Selv om den friperioden pasienten opplever på grunn av misbruket er kortvarig kan lidelsen være så alvorlig at pasienten blir desperat og bare vil ha en utvei. Uavhengig av årsaken er dette en utfordring man som sykepleier i psykiatrien, og da kanskje spesielt i spesialisthelsetjenesten, må akseptere og jobbe med (Jordahl & Repål, 2009). For en stor andel av pasienter med psykoselidelser vil dette rusmiddelmissbruket over lengre tid være ødeleggende og det er derfor viktig at man klarer å fokusere på hva det er som opprettholder rusmiddelmissbruket (Jordahl & Repål, 2009). Behandlingen av psykoselidelser i sammenheng med rusmiddelmissbruk har ofte fungert på en av to tilnæringsmåter. Hvor den mest brukte er sekvensiell behandling som går ut på at de to lidelsene rusmiddelmissbruk og psykoselidelse behandles i rekkefølge. Dette betyr at rusproblemet ofte behandles før man går videre til psykoselidelsen (Jordahl & Repål, 2009). Den andre fremgangsmetoden som tidligere har blitt brukt er parallell behandling hvor de ulike lidelsene har blitt behandling samtidig, men av ulike grupper. Dette vil si at en gruppe med kompetanse på rus tar seg av rusmiddelmissbruket mens en gruppe med kompetanse på psykosebehandling fokuserer på psykoselidelsen (Jordahl & Repål, 2009). De senere år er det allikevel en integrert behandlingsform som har blitt brukt mest (Jordahl & Repål, 2009). Fordelen med at behandlingen integreres er at pasienten ikke trenger å forholde seg til like mange mennesker under behandlingen sin som igjen kan skape trygghet. Systematisk forebygging av tilbakefall er her et stort fokus (Jordahl & Repål, 2009). Tilbakefall er svært vanlig med tanke på psykoser. Det er da også viktig at man tenker på at man ikke har feilet som behandler, men at dette er noe som kan gi oss som sykepleiere essensiell informasjon (Jordahl & Repål, 2009). Disse tilbakefallene kan nemlig være knyttet til sinnsstemninger eller indre spenninger. Dette kan gi sykepleieren informasjon om hvilke tankeprosesser man skal fokusere på i behandlingen. Med andre ord hvilke områder pasienten har behov for å øke sin mestring på (Jordahl & Repål, 2009). Denne kartleggingen kan også medvirke i å skape en oversikt over hva som kan framprovosere tilbakefall for pasienten i fremtiden (Jordahl & Repål, 2009).

## 3.2 Rusmidler og deres virkning

Misbruk av forskjellige rusmidler er et utbredt problem i vår kultur, og det dukker stadig opp nye stoffer som kan misbrukes for å oppnå rus. I sammenheng med Helge og hans misbruk, samt andre misbrukere i samme fase som han, ønsker vi å trekke fram tre rusmidler som vi fra egne erfaringer har opplevd som vanlige blant rusmisbrukere.

Amfetamin ble først tatt i bruk som et legemiddel for astmatikere og for forkjølelse. Etter at dens oppkvikkende effekt ble kjent gikk bruken av den over til misbruk for mange.

Amfetamin kan tas i tablettform, som pulver, injiseres, sniffes eller røykes. Ved å enten sniffe eller injisere amfetamin vil det føre til en rask og kraftig virkning av stoffet, i forhold til hva det ville gjort i tablettform (Folkehelseinstituttet [FHI], 2012). Amfetaminrusen kan føre med seg blant annet et forhøyet stemningsleie, hvor de vanlige symptomene kan være at man blir mer pratsom, rastløs, nervøs, svimmel og får mangel på søvn som resultat av dette. De somatiske kjennetegnene er blant annet hypertensjon, rask respirasjon og utvidede pupiller (FHI, 2012). Ved å misbruke amfetamin sammenhengende over tid vil misbrukeren kunne oppleve mangel på søvn og nedsatt matlyst. Ved ytterligere lenger misbruk vil personen lide av utmattelse og søvnløshet og i nettopp denne perioden vil personen være spesielt utsatt for å utvikle psykiske lidelser, som for eksempel psykose. Mennesker med en lang historie med misbruk av dette stoffet vil ofte kunne oppfattes som nervøse, angstpreget, utmattet og søvnløse (FHI, 2012).

Benzodiazepiner er et vanlig legemiddel som brukes som blant annet sovemedisin og beroligende middel, noen vanlig framstilte legemidler er for eksempel i Sobril, Alopam og Zopiclone. Benzodiazepiner kan tas i tablettform, i injeksjonsvæske eller klystér. Selv om disse er vanlige legemidler er misbruk av dem også vanlig (Folkehelseinstituttet [FHI], 2012). Virkningen av dette legemiddelet har blant annet hovedsakelig en beroligende, angstdempende og søvngivende effekt. Når legemiddelet er inntatt kan den virke inn på personens korttidsminne og hukommelse, talen kan bli snøvlete og det kan være søvndyssende (FHI, 2012). Om man tar benzodiazepiner for å oppnå rus vil den ha effekt etter 10-60 minutter og effekten kan vedvare i opptil flere timer. Ved at historien om misbruk blir



lang kan man oppleve abstinenser som blant annet kan være hjertebank, angst, uro, hypertensjon og skjelving (FHI, 2012).

Alkohol er det vanligste rusmidlet vi har og dette rusmiddelet kan føre til skader på organer og til avhengighet. Ved inntak av alkohol kan virkning av den være blant annet at stemningsleiet blir hevet, at man får nedsatt korttidshukommelse og impulsiviteten øker (Folkehelseinstituttet [FHI], 2013). Ved at en person har et langvarig høyt forbruk av alkohol kan blant annet risikoen for sykdom i hjernen og nervesystemet øke, man kan oppleve hypertensjon, skade i leveren og faren for apoplexia cerebri øker. I tillegg kan et langvarig og stort inntak av alkohol ha innvirkning på immunforsvaret slik at man er i større fare for å få infeksjoner. Om man har et høyt alkohol inntak over lengre tid kan det føre med seg at man blir mer tolerant, som videre kan føre til at misbruket blir større (FHI, 2013).

### **3.3 Enhet for psykosebehandling**

Det finnes flere enheter som arbeider med psykosepasienter og behandlingen av disse. Hvilke enhet de forskjellige pasientene tilhører er ofte bestemt etter hvilken sykdomsfase de er i. Vi skal skrive om pasientgruppen som tilhører enhet for psykosebehandling og pasientgruppen som skrives om blir presentert i et eksempel via et selvlaget case hvor vi møter Helge som er innlagt med en rusrelatert psykose. Denne enheten er en åpen post, det vil si at det ikke er noen låste dører slik at pasientene i teorien har mulighet til å gå ut av enheten. I denne enheten vil det være tilbud om spesialisert psykosebehandling på døgnbasis til pasienter med alvorlig psykiske lidelser. Enheten tilbyr derfor koordinerte og sammensatte tjenester for å oppnå best mulig behandlingsresultat. Helge, som du møter i caset, har vært innom akutenhet og avrusningsenhet før han kom til enhet for psykosebehandling. Han er i denne enheten på frivillig innleggelse jfr. § 4-1 og vi viser til pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Det vil si at han er der fordi dette er et helsetilbud han selv ønsker å motta, og i teorien kan han skrive seg ut om han ønsker dette. På enheten har pasienten to primærsykepleiere som har hovedansvaret for behandlingen til pasienten. Fokuset på avdelingen er å hjelpe pasienten til å ta, og å ønske og ha, ansvar for egen helse via relasjonsbygging og miljøterapi og på den

måten skape et samarbeid mellom sykepleieren og pasienten som sammen skal kunne danne en arena for behandling.

## 4.0 Sykepleieteoretiske rammer

I dette kapittelet vil vi gjøre rede for ulike begreper, teorier og behandlingsformer vi kommer til å ta i bruk i drøftingen. Dette kapittelet vil i den forstand legge grunnlaget for hva som blir drøftet i oppgaven og deretter hva som blir med i evalueringen da vi kommer frem til konklusjonen. Det er også i dette kapittelet vi gjør rede for hvilke deler av miljøterapien og hvilke deler av Hummelvolls sykepleieteorier vi kommer til å benytte oss av i drøftingen og eller i oppgaven.

### 4.1 Sykepleieteoretiker Jan Kåre Hummelvoll og hans verdier som psykiatrisk sykepleier

Hummelvoll er en anerkjent professor i psykiatrisk sykepleie som har blant annet skrevet fagbøker og artikler innenfor dette feltet. Hummelvoll er kjent for å skape en sammensveising av teoretisk og forskningsbasert kunnskap. Målet med dette er å videreføre kunnskap som er relevant i praksis. I tillegg til å se på erfaringer fra helsepersonell, og da spesielt sykepleiere, ser Hummelvoll også på pasientenes erfaringer. Dette gir hans teorier en dimensjon av brukermedvirkning og relasjonsbygging. Hummelvoll (2012) har definert psykiatrisk sykepleie på denne måten:

Psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å stryke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne egne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer. (s. 43)

Fellesskapet i psykiatrisk sykepleie som Hummelvoll viser til her mener vi at framstår som gode yrkesetiske retningslinjer som vi vil ha fokus på videre. Fra tidligere erfaringer har vi blitt overbevist om at en god relasjon er særdeles viktig i psykiatrisk sykepleie. I tillegg til at det er essensielt i sykepleie er det også essensielt i miljøterapi. Det er nettopp av den grunn vi mener at Jan Kåre Hummelvolls sykepleieteorier er relevante for vår oppgave og vi tror de kan gi oss verktøy vi kan bruke etter endt utdanning for å bli bedre sykepleiere. At hans

teorier om sykepleie i stor grad er erfaringsbasert gjør også at vi føler oss tryggere på at den kunnskapen vi tilegner oss gjennom å bruke ham i denne oppgaven er overførbart til praksis.

## **4.2 Dannelsen av sykepleier-pasient-fellesskapet**

Sykepleier-pasient-fellesskapet som Hummelvoll (2012) skriver om tolker vi som en prosess mellom sykepleieren og pasienten som varer gjennom hele behandlingsforløpet, fra det første møtet mellom pasienten og sykepleieren og fram til pasienten skrives ut. Forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen spiller hver og en sin egne viktige rolle gjennom behandlingsoppholdet til pasienten. For at denne prosessen skal kunne oppstå må sykepleieren og pasienten sammen legge et grunnlag for samarbeid via et fellesskap. For å kunne danne denne unionen mellom oss trekker Hummelvoll (2012) fram 9 hjørnesteiner som skal kunne fungere som en grunnmur for at dette fellesskapet skal kunne dannes.

Vi ønsker derfor å trekke fram noen av de aktuelle hjørnesteinene som vi legger til grunne for besvarelsen av vår problemstilling.

Likeverdighet er ledetråden for hjørnesteinene i sykepleier-pasientfellesskapet. Denne likeverdigheten dreier seg om at en helhetlig jeg møter en helhetlig du. Vi tolker dette til det at sykepleieren skal være åpen og aksepterende for pasientens forestillinger og situasjonsopplevelse. Likeverdighet kan ikke fungere uten gjensidig og ekte respekt for hverandres integritet (Hummelvoll, 2012).

Ved å lytte til pasienten vil man kunne bedre forstå dens oppfattelse av seg selv og dens problemer. Det betyr at sykepleieren må være åpen for de ulike måtene pasienten prøver å gjøre seg forstått, både verbalt og nonverbalt. Når man aktivt lytter til pasienten har man et aktivt nærvær til den. Dette nærværet omhandler å ha en tilstedeværelse på en genuin måte. Når sykepleieren og pasienten er i en slik posisjon vil det være muligheter for å danne og oppleve dette jeg-du-forholdet. Hjørnesteinen som kalles Møte/nærværenhet tolker vi til at handler om å skape et ekte møte mellom sykepleieren og pasienten. Det vil være flere dimensjoner som inntreffer når sykepleieren og pasienten møtes. Det vil oppstå et fysisk møte når sykepleier og pasient står ansikt til ansikt, det vil kunne oppstå en vennskapelighet mellom disse og i tillegg må det foreligge en reel interesse for å forstå den andre. Et slik møte vil være betydningsfullt for det eksistensielle for både sykepleier og pasient (Hummelvoll, 2012).

Hummelvoll (2012) skriver for at samarbeidet mellom sykepleier og pasienten skal fungere er det nødvendig å avklare og ha enighet om gjensidig ansvar. Som mennesker er vi ansvarlig for de valgene vi tar, og vi er nødt til å innse konsekvensene av hva vi velger å gjøre. Når et menneske har psykiske lidelser vil det blir vanskeligere å se sammenhengen mellom valg og konsekvenser. Derav kommer hjørnesteinen ansvar/valg. Det er viktig å ikke lekse pasienten eller å opptre med moralsk preg, men å istedenfor gi pasientens ansvar for situasjonen som oppsto av det valget han tok med et forskjøvet perspektiv hvor fokuset ikke skal ligge på fortid, men på nåtid og framtid. Det vil si at sykepleieren og pasienten i fellesskap skal forsøke å finne ut hvordan problemet oppsto, og med denne selvinnsikten må pasienten selv møte konsekvensene. Om pasienten har et nedsatt bevissthetsnivå og en lavere kapasitet en normalt vil det være nødvendig å vurdere ansvarsfritakelse, medansvar og ansvar under arbeidet. Sykepleierens rolle vil derfor bli å gi pasienten det ”verktøyet” han trenger slik at han i bestemte situasjoner kan være klar over de valgmulighetene han har og på den måten møte utfordringene rundt hva det valget består av som påvirker han i selve situasjonen og for framtiden. Pasienten vil dermed ha autonomi over egne valg på en reel måte (Hummelvoll, 2012).

Mål, mening og verdiavklaring er hjørnesteinen som består av pasientens ansvar sett i sammenheng med hans verdioppfatning. For å kunne komme fram til en fasit på dette må det gjennomgås en avklaring av verdi, mål og mening med samarbeidet. Hos de fleste mennesker har verdier en mening for oss og disse verdiene er det verdt å jobbe mot å oppnå. Å mestre og å oppleve sammenheng har et stor innvirkning på vår helse. Når en pasient søker etter verdier i livet har sykepleieren et medansvar for å avklare for pasienten hva verdi vil innebære for han. Behandlingen til pasienten bør innebære å ha verdier som pasienter selv ønsker og strebe etter (Hummelvoll, 2012).

Håp er den siste hjørnesteinen – håp kan hjelpe mennesker gjennom vanskelig situasjoner. For at sykepleieren skal ha en god retning å arbeide etter er det viktig å finne ut av pasientens håp og ønsker. Det sykepleieren må ta høyde for er om håpet til pasienten er realistisk – og også hvilke muligheter sykepleieren har for å imøtekomme det. For pasienter med psykiske lidelser vil håpet føles urealistisk for dem, det blir dermed sykepleierens oppgave å oppfordre pasienten til å forsøke å nå dette håpet selv om det føles urealistisk og å godta dette slik at det

kan fungere som en ”gulrot” for arbeidet – noen sykepleier og pasienten i fellesskap strekker seg etter (Hummelvoll, 2012).

### **4.3 Arbeidsfasen i sykepleier-pasient-fellesskapet**

Hovedtyngden av arbeidet foregår i nettopp denne fasen. Det er her man i fellesskap skal søke etter de faktorer som utløser problemer for pasienten, og det vil derfor være en nødvendighet at pasientens selvinnsett må økes (Hummelvoll, 2012). Med denne innsikten menes at pasienten skal kunne se sammenheng mellom erkjennelse og forståelse av sine problemer og effekten dette kan ha hatt på dens adferd og selvoppfatning. Den skal kunne forstå og se de muligheter og ressurser han innehar. Pasienten bør ha innsikt i hvilke metoder han har brukt for å forsøke å løse problemer tidligere, og deretter erkjenne og se hvem av disse som har hatt eller ikke hatt en problemløsende effekt. I tillegg bør han kartlegge og klargjøre for seg selv hvordan han selv ønsker og få orden på livet slik at han kan tillegge seg en bedre fornøyelse over de dagligdagse ting (Hummelvoll, 2012).

I arbeidsfasen vil pasienten og sykepleieren strebe etter å oppnå visse mål for behandlingen. Noen av disse målene innebærer blant annet at pasienten må bearbeide den oppfatningen han har av seg selv og også å øke hans innsikt og forståelse for situasjoner som måtte oppstå og dermed hjelpe han til og se hvilke valgmuligheter han har og hva konsekvensene av valgene kan innebære (Hummelvoll, 2012).

Ved at pasienten har oppnådd en bedret selvinnsett vil det være sykepleierens oppgave å hjelpe han til å handle utfra det. Dette kan gjøres ved at sykepleieren og pasienten lager en samarbeidsplan, hvor pasienten må bearbeide sin selvforståelse og finne ut av hva som vil være hans mål og ønske for å strebe mot en bedre tilværelse. I denne prosessen arbeider man utfra hvilke mål og ønsker pasienten har i akkurat det øyeblikket og derfra har man fokus på problemløsende tiltak. De problemløsende tiltak bør dermed konkretiseres fordi det kan være med på å gi pasienten følelsen av en større forpliktelse (Hummelvoll, 2012). Problemene pasienten bringer fram på tas tak i og vurderes slik at pasienten selv kan være med på å se fordeler og ulemper ved forskjellige løsningsalternativer. Det kan være et konkret problem som er i fokus for eller det kan være ressurser eller andre ønskelig mål pasienten måtte ha. Om man i dette fellesskapet finner en løsning på et problem må sykepleieren legge dette til en ressurs hos pasienten og deretter framheve at innsatsen pasienten ga var til nytte for hans bedring. Dette kan føre til at pasienten opplever mestringsfølelse og selvaktelsen vil kunne bli styrket (Hummelvoll, 2012).

#### 4.4 Motivasjonssvikt, selvinnsikt og situasjonsforståelse

Hummelvoll (2012) skriver om motivasjonssvikt i arbeidsfasen til pasienter. Når pasienten minster motivasjon og interesse for egen behandling vil det blir vanskelig å opprette et god samarbeid mellom sykepleier og pasient. Pasienten kan ha en holdning om at han ikke trenger helsehjelpen, men at andre ville hatt et større behov for hjelpen enn den selv. En slik motivasjonssvikt hos pasienten er med på å prøve ut sykepleierens tålmodighet og forståelse. Det sies derfor at sykepleieren må ha realistiske forventninger til hva pasienten selv mestrer og orker av aktiviteter og at funksjonsevnen til pasienten må være en pekepinn på forventningene pleieren skal ha til den (Hummelvoll, 2012). For å kunne forstå pasienten i møte med den er det nødvendig at sykepleieren møter pasienten med at pasienten selv vet mest om sin egen lidelse. Når pasienten har dårlig motivasjon for behandling vil behandlingen bli mer tidkrevende. Fokuset må ligge på nåtiden og framtiden og ikke på hva som tidligere har hendt. I tillegg må pasienten ha mål som den selv anser som realistiske. For å kunne oppnå best mulig resultater av behandlingen er det viktig at pasienten selv og primærkontakten sammen kommer fram til hvordan forandringer skal skje og at trening og oppfølging av pasienten skal foregå etter det tempoet som passer pasienten best (Hummelvoll, 2012).

For noen pasienter kan selvinnsikten være uklar og det kan være vanskelig å se meninger i tilværelsen. Som sykepleiere må vi hjelpe pasienten til å bearbeide selvbilde og selvforaktelsen. For å imøtekomme dette er det nødvendig at pasienten selv får være med på å gi råd og å ta avgjørelser for sin egen behandling (Hummelvoll, 2012). Selvaktelsen vil kunne øke ved at sykepleieren kjenner til velfungerende sider hos pasienten som den mestrer å jobber med pasienten utfra dette. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å integrere tidligere ressurser pasienten har innehatt, men som har blitt forstyrret på grunn av sykdommen, slik at pasienten kan mestre dette og igjen innføre dette i sin hverdag. Ved at pasienten får realistiske, hverdagsnære tilnærminger til sine problemer kan dette føre med seg at pasienten selv føler og tror på å ha et bedre grep om sin egen livssituasjon (Hummelvoll, 2012).

## 4.5 Miljøterapeutisk tilnærming

Miljøterapi er en form for behandling som tar utgangspunkt i at det sosiale miljøet på en avdeling kan være en arena for behandling (Solbjør & Kleiven, 2013). Miljøterapi er i dag ikke det samme som det var på 50- og 60-tallet da det ble innført på psykiatriske institusjoner i Norge. I dag er miljøterapi en behandlingsform hvor kommunikasjon og samhandling danner basisen. Innenfor miljøterapi finnes det mange underarter av miljøterapi, blant annet humanistisk orientert og psykodynamisk miljøterapi. Det er også lite trolig at man finner avdelinger i Norge som er rendyrket den ene eller andre form for miljøterapi (Solbjør & Kleiven, 2013). Miljøterapi i dag har et sterkt fokus på relasjonen mellom pasient og miljøarbeider ettersom dette påvirker hvilket nivå samtalene med pasienten befinner seg på. Det vil med andre ord være mer naturlig å snakke om hva pasienten synes er vanskelig dersom man har en god relasjon med pasienten (Solbjør & Kleiven, 2013). Ettersom pasienten under et opphold vil tilbringe mesteparten av sin tid på avdelingen er det opplagt at hvordan denne avdelingen er utformet med tanke på hva som er pasientens behov (Jordahl & Repål, 2009). Dette er også tilfellet for pasienter som lider av psykoselidelser. Hensikten med miljøterapi blir i dette tilfellet derfor å bevisst bruke miljøet på en sengepost for at pasienten skal oppnå bedring i psykisk funksjon. Dette miljøet er bygd opp av mer enn pasienten selv og personalet. I tillegg til disse faktorene har man også de andre pasientene og de fysiske rammene man må forholde seg til på avdelingen. De fysiske rammene forstår vi som romfordeling, måltidsrutiner og aktivitetstilbud som trening og turer med mer. Mye av den miljøterapien som brukes i dag bygger på Gunderson sine terapeutiske aktiviteter (Jordahl & Repål, 2009). Disse aktivitetene kommer tydeligere frem i ulike faser av pasientens behandling. Dette betyr at noen faser har større behov for visse tiltak enn andre. Det første punktet er ivaretagelse. Dette punktet går ut på å støtte opp under pasientens grunnleggende behov som mat, hvile og forhindring av skade rettet mot pasienten selv eller personalet. Dette er en funksjon som er mest aktuell i en akutt fase, men ettersom pasientens grunnleggende behov alltid er tilstedeværende under et opphold vil dette fokuset være relevant i ulik grad gjennom hele behandlingen (Jordahl & Repål, 2009). Den neste funksjonen personalet kan ha i behandlingen er en støttende funksjon. Målet med denne tilnærmingen er å oppmuntre pasienten til mestring og aktiviteter pasient tidligere har mestret godt, relasjonsbygging og sosial småprat. Det er viktig at man i denne fasen tenker at det er aktiviteten som står i fokus og ikke samværet aktiviteten fører med seg (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Allerede i denne fasen kan man begynne å observere om noen av pasientens symptomer



forsvinner eller forsterkes fra den mer akutte fasen. Dette er også ofte et godt tidspunkt å kartlegge pasientens funksjonsnivå for senere vurdering av utvikling (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Ettersom dette er en fase som skal tilrettelegge for videre behandling er det også viktig at pasienten blir utsatt for disse situasjonene gradvis. Ikke bare for å få en tilvenning til miljøet, men også for å begrense sanseinntrykkene da dette kan forsterke psykotiske symptomer (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007).

Den tredje fasen har som funksjon å skape struktur. Målet med å bruke struktur aktivt i miljøet er å skape trygghet og forutsigbarhet for pasientene. Rent praktisk får det i stor grad ut på å gjøre pasienten kjent med postens rutiner (Jordahl & Repål, 2009). For personalet som arbeider i avdelingen vil dette bety at man kan begynne med tiltak som dagsplaner og ukeplaner for fullt. Mens dette foregår er det også viktig at man ser hvordan pasienten reagerer på disse tiltakene samtidig som man observerer de samme områdene som under de tidligere fasene, endringer i symptombilde og mestringsnivå. Dette er også et godt tidspunkt for å igangsette mer øyeblikkelige tiltak som grensesetting og endringer av atferd da negativ atferd oppstår i miljøet (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Frem til denne fasen vil man allerede forhåpentligvis ha klart å skape en relasjon som gjør at slike tiltak blir lettere for pasienten å være åpen for. Med en god relasjon kan pleierens budskap ha mer tyngde enn dersom det ikke er en relasjon til stede. Det fjerde punktet har som funksjon å involvere pasienten i miljøet og de aktivitetene og oppgavene som er der. Et mål er derfor igjen at pasienten skal oppleve mestring, men at kravene som blir stilt vil være høyere enn under støttefasen (Jordahl & Repål, 2009). Disse aktivitetene og oppgavene trenger ikke bare være arbeidsrelatert, men kan også være mer fritidsrelaterte aktiviteter som pasienten ville hatt glede av om de ikke var i behandling (Jordahl & Repål, 2009). Det femte og siste punktet handler om å gyldiggjøre pasienten. Fokus vil her være å underbygge pasientens identitet som et individ, både utenfor og på avdelingen (Jordahl & Repål, 2009). Pasienten vil derfor ofte starte veien tilbake til sitt eget liv i denne fasen og vil ofte bli oppfordret til å ta permisjoner fra avdelingen for å utsette seg selv for flere utfordringer.

Disse funksjonene vil i varierende grad overlappe hverandre. Det er også derfor vi har valgt å ta alle med i teoridelen. Årsaken til dette er at behandlingen utfra disse tiltakene Gunderson skriver om blir tilpasset pasientens funksjonsnivå. På grunn av dette vil også flere av observasjonene man må gjøre tidlig i forløpet fortsette i gjennom alle punktene da de aldri vil opphøre å være relevante. Vi har allikevel valgt to av disse fasene vi skal se nærmere på og bruke aktivt i drøftingen.

#### **4.5-1 Miljøterapi med fokus på støtte**

I forhold til vårt case og vår problemstilling mener vi det er denne funksjonen som mest aktuell om vi skal få et svar på spørsmålet vi stiller. Som tidligere nevnt går dette punktet ut på å støtte under det pasienten har av ressurser samtidig som man kartlegger disse ressursene. Det er ut i fra den informasjonen man skaffer seg i denne fasen man setter mål for behandlingen (Jordahl & Repål, 2009). Dette blir da også en sterk side ved behandlingen ettersom de observasjonene man gjør bestemmer hvor i behandlingen pasienten befinner seg. På denne måten blir behandlingen rettet mot der pasienten befinner seg i øyeblikket (Jordahl & Repål, 2009). Som tydeligere nevnt er dette en fase der man ofte vil begynne med relasjonsbyggingen for alvor. Dette vil i stor grad bestå av sosialt småprat, observasjoner i forhold til hvordan pasienten reagerer på avstand og nærhet og ikke minst hvordan pasienten reagerer på disse tiltakene. Det er også fordelaktig om man begrenser mengde sanseinntrykk og samspill med medpasienter uten at pasienten blir isolert. I denne fasen vil man allikevel ha en tett oppfølging av pasienten for å bygge opp en trygghetsfølelse (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Personalet må i da i denne fasen være på tilbudssiden med samtaler og rådgivning. Så tidlig i behandlingsforløpet kan det være mange emner som fortsatt oppleves som farlige for pasienten å snakke om og tematikken kan derfor i større grad omhandle mer trivielle ting og pasientens interesser (Jordahl & Repål, 2009).

#### **4.5-2 Miljøterapi med fokus på struktur**

Dette punktet har som tidligere nevnt som mål å skape trygge og forutsigbare rammer for pasientene på avdelingen. Av den grunn kan man si at den fysiske utformingen av avdelingen er essensiell i nettopp denne delen av behandlingen. En faktor som kan påvirke dette i sterk grad er først og fremst mengden pasienter og personale som er på avdelingen. Dette fordi det direkte påvirker hvor mange hver enkelt pasienten må forholde seg til under oppholdet. Dette vil ofte føre til et mindre trygt og uforutsigbart miljø (Jordahl & Repål, 2009). Dette er spesielt gjeldende i fellessituasjoner som måltider eller spill. Rent fysisk er det viktig at avdelingen er litt å få oversikt over for pasientene. Uansett hvor de er i forløpet. Det er også sterkt ønskelig at pasientene har en mulighet til å trekke seg unna situasjoner de oppfatter som for påtrengende eller vanskelig (Jordahl & Repål, 2009). Dette er enda viktigere tidlig i forløpet da pasienter gjerne fortsatt forsøker å tilvenne seg et nytt miljø. Når man har en

avdeling som har mange pasienter innlagt med psykoselidelser kan det også være behov for skjerming av disse pasienten. Målet med denne skjermingen er da at pasienten skal utsettes eller utsette andre for minst mulig stimuli (Jordahl & Repål, 2009). Utover det fysiske aspektet av avdelingen er det også en del som burde tilpasses pasientgruppen med tanker på rutinger (Jordahl & Repål, 2009). Dette er også med på å skape trygghet og forutsigbarhet overfor pasientene. Dette gjelder spesielt aktiviteter som gjøres i fellesskap som måltider og utflukter, men gjelder også på et individuelt plan. Jordahl og Repål (2009) skriver at det ikke finnes et fasitsvar på hvordan dette skal gjøres, men at det ofte lønner seg å gjøre avtaler med hver enkelt pasient det dreier seg om og eventuelt gjøre det fellesskap da pasientene som er på en slik avdeling ofte vil være på forskjellige plasser i behandlingsforløpet og derfor også vil kunne ha store forskjeller i symptomer.

## **5.0 Drøfting av problemstilling**

I denne delen av oppgaven vil se på hvordan de delene av miljøterapi vi har valgt ut utfolder seg i praksis. Vi vil se hvordan dette relaterer til caset vi har laget og vi vil vise forståelse av fagstoff gjennom eksempler og tolkninger. I tillegg til miljøterapi vil vi se på Hummelvolls sykepleieteorier om psykiatrisk sykepleie og hva dette vil si i praksis. Også her vil vi relatere fag til caset for å vise forståelse. Vi vil til slutt se hvordan miljøterapi og Hummelvolls teorier går sammen og hvor de eventuelt er motstridende i praksis. Det vi kommer frem til i drøftingen vil være grunnlaget for konklusjonen på oppgaven.

### **5.1 Hvordan kan sykepleiere forbygge tilbakefall av psykose til pasienter på sengepost i spesialisthelsetjenesten?**

Pasientgruppen som problemstillingen omhandler er pasienter som nylig har kommet inn til enhet for behandling av psykose, men som ikke lenger befinner seg i den akutte fase. Fra en miljøterapeutisk tilnærming vil behandlingen til pasientene ha fokus på støtte og struktur. Støtte og struktur er to forskjellige behandlingsfaser som sier noe om hvordan behandlingen skal foregå etter hvor i sykdomsforløpet pasienten befinner seg. Helge vil hovedsakelig befinne seg i støttefasen, men med noe fokus over på struktur fasen. Jordahl og Repål (2009) skriver at funksjonene støtte og struktur ofte går over i hverandre da dette er fordelaktig. Samtidig er det også viktig å huske at man er avhengig av kontinuerlig observasjon av symptomer og problemer pasienten opplever slik at behandlingen blir tilpasset der pasienten befinner seg i øyeblikket. Hummelvoll (2012) kaller dette for arbeidsfasen og det er i denne fasen hovedtyngden av behandlingen ligger. I møte med pasienter med psykiske lidelser vil kommunikasjon ha stor betydning for å danne et godt grunnlag og videre samarbeid. Innenfor psykosebehandling er det også anerkjent at medikamentell behandling ikke er tilstrekkelig (Walker, Connaughton, Wilson & Martin, 2012). I støttefasen er relasjonsbygging et vesentlig aspekt. Dette vil i stor grad bestå av sosialt småprat, observasjoner i forhold til hvordan pasienten reagerer på avstand og nærhet og ikke minst hvordan pasienten reagerer på disse tiltakene (Jordahl & Repål, 2009). Gjennom kommunikasjon kan man bygge gode relasjoner til pasienten og gjennom gode relasjoner kan man i samarbeid iverksette miljøterapeutiske tiltak som vil kunne komme pasienten til gode. Hummelvoll (2012) skriver om likeverdighet, hvor en helhetlig jeg møter en helhetlig du som skal kunne være med på å bygge rammer for

gjensidig respekt av hverandres integritet. Som sykepleiere må vi kunne se forbi pasienten sin sykdom og heller sette fokus på han som person og hans personlige samspill av handlinger, prinsipper og verdier. Samtidig så må vi møte han med åpenhet og tillit slik at vi gir han mulighet til å tro på og respektere vår integritet, våre handlinger, prinsipper og verdier – med dette tatt i betraktning vil vi sammen kunne se begynnelsen på et sykepleier-pasient-felleskap som kan ha gode framtidsutsikter for behandling. Når pasienter blir innlagt i en ny avdeling er det sykepleierens oppgave å opprette denne kontakten med pasienten. Hummelvoll (2012) nevner den gode samtale som sier noe om hvordan samtale kan føre til gode relasjoner. Det meste av arbeidet mellom sykepleier og pasient skjer gjennom samtaler, enten planlagte eller spontane. Spontane samtaler er de samtaler som oppstår i relasjoner med pasientene i hverdagen. Det er gjennom disse mellommenneskelige samtalene sykepleier og pasient lærer hverandre å kjenne (Hummelvoll, 2012). Som primærkontakter til Helge vil det være nødvendig å tidlig oppsøke denne kontakten med han. Ved å stille hverdagslige spørsmål som for eksempel om han liker å trene eller om han er glad i noen spesiell mat, vil det kunne være starten på et kjennskap mellom oss. For pasienter som nylig har ankommet en avdeling vil det meste være nytt for dem og da også de ansatte. Det vil kunne være nyttig at sykepleierne ikke sammenligne pasienter etter diagnoser, men isteden ha fokus på å bli kjent med pasienten gjennom spontane samtaler i fellesmiljøet eller på pasientrommet. Å ha gode spontane samtaler med pasienten kan være tillitsskapende og pasienten kan føle en trygghet ved å dele mer om sitt liv (Hummelvoll, 2012). I denne tryggheten kan man gå et steg videre til å ha planlagte samtaler. Den planlagte samtalen med pasienten skjer ofte mellom han og primærsykepleierne. I dette samarbeidet vil det være kontinuerlig oppfølging i form av blant annet å planlegge og skrive ukeplaner og oppfølging til andre avtaler pasienten eventuelt måtte ha (Hummelvoll, 2012). Dette er dermed med på å bevise for oss hvor essensielt det er å ha god kommunikasjon med pasientene og å ha fokus på hvordan man møter de allerede tidlig i innleggelsen. Relasjonen som kan ha oppstått mellom pasienten og sykepleieren i dette øyeblikk vil kunne være med på å starte iverksettelse av gode miljøterapeutiske tiltak som vi i samarbeid med pasienten finner som passende. Støttefasen går også ut på å støtte under det pasienten har av ressurser samtidig som man kartlegger disse ressursene. Det er ut i fra informasjonen man skaffer seg i denne fasen man setter mål for behandlingen (Jordahl & Repål, 2009). Når Helge kommer til enheten vet vi at han har et rusproblem og at han er innlagt i spesialisthelsetjenesten fordi han var psykotisk når han ankom akuttmottaket. Vi har sett tidligere i arbeid og praksis at dette er to lidelser som ofte går sammen. I caset nevnes det også spesifikt at Helge bruker amfetamin. Dette er et rusmiddel som er kjent for å være

psykosefremkallende og da spesielt hos pasienter som er utsatte for det. Vi har funnet en forskningsartikkel som understøtter dette. Denne undersøkelsen (Sara, Burgess, Mahli & Whiteford, 2011) ble gjort i New Zealand og de så på om tilgangen til amfetamin i et visst område resulterte i at det ble flere innleggelser relatert til psykose, og også om det var noen endring på antall innleggelser etter at politiet fikk redusert tilgangen. De som gjorde undersøkelsen så en klar økning i antall innleggelser relatert til psykose mens tilgangen til amfetamin var høy. På den andre siden så man igjen at antall innleggelser gikk ned etter at tilgangen ble redusert (Sara, Burgess, Mahli & Whiteford, 2011). Helge har en vane som kan være ødeleggende for hans behandling med tanke på å forebygge psykoser. Det å igangsette behandlingstiltak i form av bruk av tidligere ressurser kan derfor være nødvendig slik at man kan oppmuntre pasienten til å utføre aktiviteter man vet pasienten mestrer godt fra før av. For noen pasienten kan selvinnsikten være uklar og det kan være vanskelig å se meninger i tilværelsen. Som sykepleiere må vi hjelpe pasienten til å bearbeide selvbilde og selvforaktelsen. For å imøtekomme dette er det nødvendig at pasienten selv får være med på å gi råd og å ta avgjørelser for sin egen behandling (Hummelvoll, 2012). Det er nødvendig å ha fokus på å inkludere pasienten i dens egen behandling. Det kan skje at sykepleiere ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasientens meninger om behandlingsløpet som blir lagt opp for dem. Det kan føre til at pasientens evne og mestring ikke kommer godt nok til syne og ved at pasienten ikke opplever mestringsfølelse vil dette kunne være med på å gi et lavere selvbilde. Hummelvoll (2012) skriver om sykepleierens oppgave til å kjenne til og arbeide med velfungerende sider hos pasienten som vil kunne være med på å øke selvaktelsen ved mestring. I arbeidet med pasientene vil hovedfokuset ligge på å søke etter de problemer som har oppstått, og det vil da være nødvendig at pasienten har en bedret selvinnsikt for å kunne se sammenhengen mellom sine problemer og hva disse fører med seg (Hummelvoll, 2012). Vi kan eksempelvis starte med å søke etter årsakene til hvorfor pasienten startet med å ruse seg eller eventuelt hvilke årsaker som bidro til at han fortsatte med det. Om pasienten klarer å finne ut hva disse årsakene er vil han ha en større innsikt over egen sykdom og deretter klare å se sammenhengen mellom disse. Videre kan man da gi pasienter et større ansvar over egne valg. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å se hvilke valgmuligheter han har og hva konsekvensene av valgene kan innebære (Hummelvoll, 2012). I samarbeid med pasienten kan vi hjelpe han med å veie fordeler og ulemper ved de forskjellige valgene han blir stilt ovenfor i sin hverdag. Ved å trekke fram Helge som eksempel så kan vi se at et av hovedproblemene for bedring er rusavhengigheten. Vi må derfor sammen med Helge se på hva konsekvensene av de avgjørelsene han tar i forhold til dette. For eksempel hvis han velger å ruse seg vil det

være store muligheter for at han blir psykotisk igjen og i motsatt tilfelle vil han slite i lengre perioder med abstinens. Vi må derfor rette fokuset på nåtiden og framtiden slik at han selv kan evaluere hva som nå og på sikt vil være det beste for han. Vi må hjelpe pasienten til å konkretisere mål som han setter seg for behandlingen. Dette gjøres ved at sykepleieren og pasienten i samarbeid setter opp en plan for mål og ønsker videre slik at det kan settes opp konkrete problemløsende tiltak til disse (Hummelvoll, 2012). Vi må derfor søke etter problemløsende faktorer som kan bidra til bedring for pasient og jobbe mot dette. Dette kan innebære både oppturer og nedturer for pasienten fordi det vil kunne føles som et nederlag om han ikke mestrer å oppnå mål og ønsker. Vi tenker at sykepleieren derfor må fungere som en motivator å være åpen og ærlig mot pasienten slik man kan jobbe videre med det eller eventuelt finne andre løsninger. Om pasienten finner en løsning på et problem må sykepleieren hjelpe pasienten til å tilegne dette til sine ressurser (Hummelvoll, 2012). Når pasienten selv ser at han kan klare å løse sine problemer vil det kunne føre med seg en mestringsfølelse og styrking av selvoppfatningen. Dette kan være et stort og viktig skritt som tas mot bedring. Pasienter med rusproblematikk vil kanskje ha mange forskjellige utfordringer som må tas tak i, og selve rusavhengigheten er kanskje ikke det første problemet som løses. Men allikevel kan mestring av å løse andre problemer føre pasienten nærmere til å ønske og forsøke seg på større problemutfordring, som for eksempel opphør av rusmisbruk. Mange pasienter man møter på institusjon kan ha manglende motivasjon til å angripe sine vansker og problemer. Hummelvoll (2012) skriver at pasienter med motivasjonssvikt kan skape vanskeligheter for et godt samarbeid mellom pasienten og sykepleieren. Når Helge kommer til enheten er han ikke helt klar for det som venter han. Han har brukt rus som en metode for å distansere seg fra problemer og vansker som har oppstått i livet tidligere og han vet nå at for å kunne ha håp om bedring, så kreves det at han er rusfri. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på og klarer å fange opp mangelen på motivasjon som kan være en pekepinn for hvordan vi kan gripe an videre behandling. Fra egne erfaringer kan pasienter som er umotivert for behandling vekke en følelse av utålmodighet, fortvilelse og håpløshet i oss. Når pasienter verbalt og nonverbalt sier at de ikke føler seg klare, eller ikke er klare til å innse egne problemer kan man føle på at jobben man gjør ikke er til særlig nytte. Det er viktig at sykepleieren har realistiske forventninger til pasienter med motivasjonssvikt (Hummelvoll, 2012). I Helge sitt tilfelle vil det være absolutt nødvendig for behandlingen at vi kan skape et samarbeid som kan føre mot en rusfri hverdag. Vi må derfor se på hva rus tidligere har betydd og fortsatt betyr for han og deretter ha realistiske forventninger til hva som kan utspille seg på grunn av dette. Vi må være bevisst på at hver eneste pasient vi møter

er forskjellige individer og vi må derfor vise forståelse for at de kjenner seg selv og sin sykdom best. Fra egne opplevelser i møte med denne type pasienter sier de selv at de ikke syns noe om pleiere som opererer med ”pekefingermentalitet”, altså som skal være for belærende og som tror de vet akkurat hva alle pasienter trenger. Denne type mentalitet vil kunne være med på å skyve pasienten vekk fra dem, og det vil dermed bli vanskelig å skape gode relasjoner nå og senere. Det må igangsettes tiltak som pasienten kan se seg selv mestre og som er realistiske (Hummelvoll, 2012). Helge må lage seg kortsiktige mål som han i samarbeid med oss kan sette seg slik at han kan øyne resultatet av dem selv. På den måten kan vi få han til å bli aktiv og ansvarlig for egen behandling. Utålmodighet må vi som sykepleiere legge fra oss i møte med pasienter med motivasjonssvikt fordi behandlingen må foregå i det tempoet som passer dem best (Hummelvoll, 2012). Behandlingen til Helge vil derfor kunne være en tidkrevende prosess, men ikke mindre viktig selv om toppmotivasjon ikke er til stede. Vi må derfor, sammen med Helge, forsøke å finne det som kan motivere han til å ønske hjelp til behandling. Vi kan da søke mot både indre og ytre motivasjon til pasienter. Ytre motivasjon kan for eksempel være at de ønsker å framstå som et friskere menneske ved å unngå å få et typisk rusutseende. Helge har selv uttalt at han ønsker å gi dette en sjanse fordi han ikke bare vil bli frisk for sin egen del, men også for familien sin del og dette kan være den indre motivasjonen vi må frambringe hos han. Når en pasient opplever motivasjonssvikt vil det kunne være nyttig for han å ha en samtale med for eksempel primærkontakt for å kunne kartlegge veien videre. Om sykepleieren har fokuset på hvordan den snakker med pasienten kan det være med på å skape trygge omgivelser slik at pasienten kan føle at det er lettere å åpne seg. Om det skulle være tilfellet vil man mest sannsynlig ha en bedre sjanse til å rette opp i vansker som har oppstått og som gikk utover motivasjonen. Sykepleieren er dermed varsom på pasientens behov når det lytter til de eventuelle problemene, dette kalles å ha våkenhet for andres behov (Hummelvoll, 2012). For at pasienter skal kunne åpne seg til oss om sin motivasjonssvikt må vi opprette en trygg og behagelig atmosfære. Dette kan vi for eksempel gjøre ved å snakke med lav og rolig stemme og å genuint lytte til han og ikke avbryte når han snakker. Gjennom dette kan vi forsøke å finne ut hva pasienten selv håper om nåtiden og framtiden. Håp kan hjelpe mennesker gjennom vanskelig situasjoner. For at sykepleieren skal ha gode retningslinjer å arbeide etter er det viktig å finne ut av pasientens håp og ønsker (Hummelvoll, 2012). Det må også bli tatt høyde for om håpet til pasienten er realistiske og om sykepleieren kan imøtekomme hans håp (Hummelvoll, 2012). Eksempelvis for Helge som har en viss motivasjonssvikt kan det være vanskelig for han å ha håp om å bli rusfri. Jordahl og Repål (2009) skriver at det ikke er situasjonen eller aktivitetene i seg selv



som fører til symptomene av lidelsen, men de tankene, vurderingene av situasjonen og antagelsene pasienten gjør som skaper disse. Et eksempel på dette er hvordan en psykotisk pasient kan bli paranoid for omgivelsene rundt. Det vil da være lettere for pasienten å mistolke situasjoner, samtaler og ansiktsuttrykk dithen at alle er i mot ham eller vil skade ham. Hvis man ser at dette er et symptom på lidelsen til Helge eller andre pasienter med lignende sykdomsbilde vil man så ha som målsetning at pasienten skal få en gradvis tilvenning til miljøet på avdelingen. I tillegg til dette fant vi en forskningsartikkel som hevder at det å gi pasienter undervisning om egen psykoselidelse kan forbedre deres mentale helse i tillegg til å gi dem større innsikt i egen lidelse (Walker, Connaughton, Wilson & Martin, 2012). Denne formen for tiltak er dog mer relevant i en fase av behandlingen der pasienten er noe mer mottagelig for det, f.eks. den andre fasen vi skal ta for oss som krever struktur. Vi forstår det slik at en gradvis tilvenning kan i stor grad være med på å skape trygghet for pasienten. Når man skal møte en pasient som har en psykoselidelse med samtidig rusproblem er det også viktig at forholdene på avdelingen ligger til rette for at pasienten skal kunne oppleve trygghet og velvære. Dersom pasienten opplever dette kan det også tenkes at trangen til å ruse seg vil bli mindre. Pasienten burde derfor ha en mulighet til å trekke seg unna situasjoner han eller hun kjenner bringer frem atferd hos seg som negative med tanke på deres behandling. Et eksempel på dette er en situasjon som hos Helge skaper sterk angst og derfor gir ham en lyst til å slippe ved hjelp av rus. Tiltak som kan motarbeide at slike situasjoner er grundig planlegging av aktiviteter som skjer i fellesskap, hyppig tilsyn med pasienten som innebærer samtale og rådgivning og skjerming (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Det neste steget i behandlingen fører med seg andre utfordringer for pasienten og krever andre funksjoner fra personalet som jobber rundt pasientene på avdelingen. Etter at pasienten har kommet seg gjennom en periode som krever støtte vil den neste perioden kreve struktur. Dette betyr for Helge og andre pasienter i hans situasjon at de nå er klare for å i større grad være aktive medlemmer av miljøet på avdelingen. Pasienten vil dog ikke bli overlatt til seg selv i miljøet i noen stor grad. For at denne delen av behandlingen skal ha en positiv effekt er det viktig at det er stort nærvær av forutsigbarhet og en god balanse mellom nærhet og avstand. Et særdeles viktig punkt for å skape forutsigbarhet er klare og tydelige regler og rutiner på avdelingen (Clotscher, Gurandsrud & Kristiansen, 2007). Når pasienter har kommet til denne behandlingsfasen vil det være nødvendig med en avklaring og enighet om gjensidig ansvar mellom pasienten og sykepleieren for at samarbeidet skal fungere (Hummelvoll, 2012). Det vil si at vi, i samarbeid med pasienten, er nødt til å bli enige og avklare ansvarsområder for begge parter. Et eksempel på dette kan være at det er Helge sitt ansvar å si ifra til oss om

russuget blir stort og i gjengjeld må vi hjelpe han i form av blant annet løsningsstrategier som kan hjelpe han til å komme over i nye tankebaner. Men i de tilfeller hvor pasienter ikke klarer å overholde sitt ansvar til sykepleiere vil løsningen på dette kunne være å fokusere på det som er nå og i framtiden for å kunne håndtere dette i senere tid (Hummelvoll, 2012). Ved at Helge velger rus som en løsning vil dette føre til at sykepleierne og han må ta stilling til det som har hendt. Vi har sett på egne arbeidsplasser at man fort kan miste tro på behandlingen hvis pasienten har et slik type tilbakefall, men vi kan nå se at ved å fortsette behandlingen vil dette kunne være med på å ansvarliggjøre pasienten for de valgene den selv tar. Vi må derfor i møte med Helge hjelpe han til og selv vurdere hva som var den utløsende årsaken til hvorfor han valgte å ruse seg igjen og hva han tenker om framtiden om han skulle fortsette med dette. Sykepleieren og pasienten må i fellesskap finne ut hvordan problemet oppsto og når pasienten har oppnådd selvinnsett over situasjonen må han stå til ansvar for konsekvensene som ble medført av valget han tok (Hummelvoll, 2012). Vi vet at Helge ofte har tydd til rusmidler for å få sove om natten, og vi må derfor sammen finne ut hvorfor han gjør dette. Det kan tenkes at han opplever tankekaos ved å ligge og vri seg i sengen uten å sovne og at han dermed vil rømme fra virkeligheten. Hvis sykepleiere kan hjelpe pasienter til å se dette vil de kunne stå til ansvar for slike valg om lignende situasjon skulle oppstå. Hummelvoll (2012) skriver også noe om sykepleieren sin rolle til å gi pasienten de ”verktøyene” han trenger for å se valgmulighetene han har rundt bestemte situasjoner. Ved å igjen bruke eksempelet på rusmiddelbruk for å sove kan vi i samarbeid med Helge komme fram til valgmulighetene han har. For eksempel kan det være å komme til oss for samtale om han fortsatt ikke får sove eller at han kan få ordinerte medikamenter som hjelper han til å sovne. Vi gir dermed Helge et ansvar til å ta egne valg som kan være med på å styrke hans selvfølelse. Det vil være en risiko for at han fortsetter å søke tilflukt i rusmidler ved søvnløshet, men det vil allikevel kunne føre til at han får en større rolle i sin egen behandling som igjen kan virke i positiv retning. Det kan også settes opp klare arbeidsoppgaver for pasientene, utflukter og omgang mellom pasienter. Eksempelvis at pasientene ikke har lov til å være på rommene til hverandre fordi det skal være en frisone fra miljøet. Dette er også et tidspunkt hvor det kan være fordelaktig å ha mer seriøse, målrettede samtaler med pasientene. I eksempelet fra caset vet vi at Helge har et rusproblem. Et tiltak for å forhindre at Helge skal få lyst til å ruse seg er å snakke om akkurat hvorfor Helge oppsøkte rus i utgangspunktet. Derifra kan man i samarbeid med pasienten forsøke å lage mestringsstrategier som et alternativ til rusen. Når personalets funksjon går over i fra å handle om støtte til å handle om struktur er det også en nødvendighet at relasjonen mellom behandlende team og pasient har blitt sterkere. Slik vi ser det vil dette

kunne gi samtale et grunnlag for at det er ufarlig for pasienten å snakke om slike temaer og at den veiledningen vi gir kan gi resultater. En utfordring vi har sett fra praksis og arbeid med pasienter i denne fasen, men også andre faser av behandlingen er at pasientene som mottar behandling på avdelingen befinner seg på ulike steder i behandlingen. Dette betyr også at pasientene på avdelingen vil ha en annen terskel for sansestimuli, uforutsigbarhet og kontakt med andre mennesker. For oss kan dette fremstå som en mulig kilde til konflikt pasientene i mellom. Dette er et utfordrende aspekt av miljøterapien etter vår mening. Jordahl og Repål (2009) skriver at en måte å møte denne utfordringen på er at visse aktiviteter blir gjort av ulikt sammensatte grupper, mens andre situasjoner krever en pasientgruppe som er tilnærmet like langt i behandlingen. Ofte er det også slik at pasienter som er tidlig i sykdomsforløpet har større behov for en-til-en-behandling. Dersom man tar som utgangspunkt at Helge nå har behov for struktur anser vi mindre grupper som en ypperlig arena for innlæring av rutiner og grensesetting. Ikke bare fra personalet, men også pasientene i mellom. For å gjøre de sosiale situasjonene tryggere for pasienten går det an å inkludere dette i en dags- eller ukeplan.

## 6.0 Konklusjon

Da vi begynte å skrive denne oppgaven var vi ikke helt klar over hva vi bega oss ut på. Dette er et svært omfattende tema som vi gjerne kunne ha skrevet en større oppgave om enn bachelor. For å håndtere dette temaet har vi måtte avgrenset problemstillingen på en del områder for å kunne komme frem til en konklusjon. Vi har sett på ulike prinsipper innenfor Jan Kåre Hummelvolls teori om psykisk helsearbeid. I tillegg til dette har vi tatt prinsipper fra miljøterapi og sett på måter å forebygge tilbakefall av psykose hos pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og rusmiddelbruk. Hummelvoll (2012) skriver mye om sykepleier-pasient-felleskapet og hvordan en relasjon er nødvendig for at behandling skal gå i en positiv retning. Vi ser dette prinsippet innenfor miljøterapien også. For at det skal være hensiktsmessig å ta opp aktuelle problemstillinger og emner pasienten kan oppleve som farlige å snakke om er det essensielt at en god relasjon ligger til grunne. En åpen kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, i dette tilfellet Helge er derfor viktig i følge både Hummelvoll og miljøterapeutiske prinsipper. Jordahl & Repål (2009) skriver at man som sykepleier og helsepersonell må tilpasse seg pasientens situasjon og sykdomsbilde slik at behandlingen møter pasienten der de er. For at dette er mulig er det også viktig at man kjenner pasienten i den grad at man klarer å se utvikling. Pasientgruppen vi har tatt for oss er etter vår erfaring en gruppe med mennesker som ofte har begrenset selvinnsikt i egen atferd. For at man skal kunne ta opp de situasjonene som oppstår i miljøet er det derfor at relasjonen er såpass utviklet at det oppleves mindre farlig for pasienten å snakke om. På dette punktet samsvarer Hummelvolls prinsipper og miljøterapien. Begge går ut på at man er avhengig av en god relasjon i bunnen. For å relatere dette til caset så vet vi at Helge til tider opplever psykoser. Som tidligere nevnt er kan pasienter med psykoselidelser ofte bli paranoide og mistroende og ha det vanskelig med å skille fiksjon fra sannhet. Det er derfor også tenkelig at dette er pasientgruppe som kan profitere stort på behandlingsformer og prinsipper som går ut på å skape trygghet og bygge relasjoner. For en pasient som Helge som aldri har vært til noen grundig behandling på institusjon tidligere kan denne opplevelsen også føles ekstra utrygg. Hummelvoll (2012) skriver om motivasjon hos pasienten som en viktig faktor i pasientens rehabilitering. Dersom vi ser på miljøterapien inneholder denne ulike tiltak som kan være med på å styrke motivasjonen. Med tanke på at miljøterapien kontinuerlig vurderer hva pasientens behov er vil målene for hver fase av behandlingen være kortsiktige og realistiske. Om dette blir gjennomført riktig kan det føre til at pasienten selv ser egen utvikling og på denne måten ikke mister håpet om å bli bedre eller fullstendig frisk. Dette er aspekter ved miljøterapien

som går utover de ulike fasene i behandlingen og utover de ulike funksjonene personalet har i ulike deler av pasientens behandling. Behandling av psykoselidelser kan gå over både lang og kort tid (Jordahl & Repål). Det er derfor også tenkelig at motivasjonsvikt kan være en svært relevant utfordring for denne pasientgruppen. Med miljøterapi er dette et behov som blir ivaretatt. En fordel med miljøterapien er man kan konfrontere utfordringer pasienten opplever i det de skjer. Av erfaring har vi sett at pasienter som Helge med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbruk vil ofte oppsøke rusen som en flukt fra deres lidelse. Dersom man som sykepleier er tilstede da ønsket om å ruse seg oppstår kan man trekke pasienten til side og sammen finne ut av hva det var som førte til dette og til slutt finne en annen mestringsstrategi i samarbeid med pasienter. Innenfor de ulike funksjonene i miljøterapien legges det ulik vekt på om pasienten skal ha mest en-til-en-kontakt eller forholde seg til flere personer av gangen. De punktene vi har tatt for oss, struktur- og støttefunksjonen, er relativt tidlig i behandlingsforløpet. Dette vil si at pasienten ofte vil profitere av å forholde seg til færre mennesker av gangen. Med tanke på pasientgruppen er det også trolig fordelaktig om man kan redusere antall personalet pasienten må forholde seg til. Dette på grunn av at pasienter med psykoselidelser ofte kan være mistroiske. Med dette ser vi at det er mange aspekter ved både miljøterapi og Hummelvolls behandlingsprinsipper som kan være fordelaktige. Miljøterapi forsøker å gå inn situasjoner der pasienten viser atferd som er negativ med tanke på hans behandling. Dette gjøres i samarbeid med pasienten og er et forsøk å styrke pasientens evne til å mestre sine utfordringer. Det endelige målet med dette vil da være å forhindre at pasienten skal få tilbakefall av psykose ved at pasienten ikke tyr til de tidligere mestringsstrategiene som har vist seg å være uheldig i sammenheng med deres sykdomsbilde. Jan Kåre Hummelvolls teori om psykisk sykepleie gir oss som helsepersonell verktøy for å møte pasientens behov og utfordringer samtidig som man hjelper dem å mestre dem. Utfra dette vil vi avslutte med å si miljøterapi trolig kan hjelpe pasienter med å forebygge tilbakefall av psykose, samtidig kan Hummelvolls teorier om psykiatrisk sykepleie hjelpe oss som sykepleiere med å iverksette tiltak på en god måte.

## Kildeliste

\* Björkman, T., Angelman, T & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care.

*Scandinavian journal of caring sciences*, 22(2), Lokalisert 4. Mai 2014 på

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=90f750ce-0dcc-4456-906a-8d4750d61b73%40sessionmgr115&vid=30&hid=121>

\* Clotscher, E., Gurandsrud, P. & Kristiansen, K. (2007). *Miljøterapi i døgnhet*. Lokalisert på [http://skjelfospsykiatriske.no/behandlingstilbud/content\\_1/text\\_50d0af39-0c01-45a4-8e74-ed4e632c56b6/1373359346377/milj\\_terapi\\_i\\_d\\_gnenhet.pdf](http://skjelfospsykiatriske.no/behandlingstilbud/content_1/text_50d0af39-0c01-45a4-8e74-ed4e632c56b6/1373359346377/milj_terapi_i_d_gnenhet.pdf)

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

\* Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta om amfetamin og metamfetamin*. Lokalisert 13. Mai 2014, på

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6397&MainContent\\_6263=6464:0:25,6414&List\\_6212=6218:0:25,6415:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6415:1:0:0:::0:0)

\* Folkehelseinstituttet. (2012). *Fakta om benzodiazepiner*. Lokalisert 13. Mai 2014, på

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6397&MainContent\\_6263=6464:0:25,6414&List\\_6212=6218:0:25,6416:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6416:1:0:0:::0:0)

\* Folkehelseinstituttet. (2013). *Virkninger av alkohol på sentralnervesystemet og kroppen for øvrig*. Lokalisert 13. Mai, 2014, på <http://www.fhi.no/tema/alkohol/virkninger-av-alkohol>

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2012.

\* Jordahl, H. & Repål, A. (2009). *Mestring av psykose*. Bergen: Fagbokforlaget.

\* Malt, U. (s.a.). *Psykose*. *Store medisinske leksikon*. Lokalisert 13. Mai 2014, på

<http://sml.snl.no/psykose>

\* Murphy, H. & Murphy, E. K. (2006). Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning. *Journal of mental health, 15*(3), 289-300. 10.1080/09638230600700771

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 4-1. (2013)

\* Sara G., Burgess, P., Mahli, G., & Whiteford, H. (2011). Amphetamine availability and admissions for psychosis in New South Wales, 2001--2009. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 45*(4), 317-324. <http://dx.doi.org/10.3109/00048674.2010.547455>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken*. Oslo: 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 & Mental Health Nursing, 19*(10), 881-890. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01873.x>

## Vedlegg 1

### Søkehistorikk

For å finne forskningsartikler gikk vi inn på Helsebiblioteket.no og søkte via databasen Cinahl. Vi brukte søkeordene "Mental illness" og "alcohol abuse". Vi plottet inn disse og markerte begge ordene og brukte kommando "AND" slik at begge søkeordene hadde betydning for forskningen. I tillegg til dette stilte vi inn tidsperspektivet slik at vi kun søkte i artikler som ble publisert fra 2010 og til dagsdato. Vi fikk 177 treff på dette søket og valgte dermed forskningsartikkel nr 6, "Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care".

Neste framgangsmåte for å finne forskningsartikler var på Helsebiblioteket.no, via databasen Cinahl. Vi brukte søkeordene "Mental health" og "self-esteem". Vi markerte begge søkeordene og søkte med kommando "AND". Vi fikk 166 treff på dette søket og valgte artikkel nr. 17, "Comparing quality of life using the World Health Organization Quality of Life measure (WHOQOL-100) in a clinical and non-clinical sample: Exploring the role of self-esteem, self-efficacy and social functioning".

Vi gikk inn på Ebscohost.com og søkte via databasen Cinahl. Vi brukte søkeordene "amphetamine abuse" og "psychoses". Når vi foretok søket brukte vi kommando "AND" for å få begge søkeordene i forskningen. Vi fikk da 1 treff på dette søket og valgte å bruke artikkelen; "Amphetamine availability and admissions for psychosis in New South Wales, 2001—2009"

Vi gikk inn på Ebscohost.com og søkte via deres database Cinahl. Vi brukte søkeordene "Self-medication", "mental illness" og "psychoses". Vi markerte alle tre søkeordene og brukte kommando "AND" slik at artiklene inneholdt alle tre søkeordene. Da vi foretok oss dette søket fikk vi 1 treff og vi valgte å bruke artikkelen, "Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; preliminary findings".