

UNIVERSITETET I NORDLAND

SY180H.000

Bacheloroppgave

i Sykepleie

De beste blir alltid igjen?

- Veteraner med

Post Traumatic Stress Disorder

PTSD

Antall ord:

9320

Kandidatnummer:

98

Innlevering 29.04.11

[Berge, Birgitte]

DE BESTE

Døden kan flamme som kornmo;
klarere ser vi enn før
hvert liv i dens hvite smerte:
det er de beste som dør.

De sterke, de rene av hjertet
som ville og våget mest;
rolige tok de avskjed,
en etter en gikk de vest.

De levende styrer verden,
en flokk blir alltid igjen,
de uunnværlige flinke,
livets nestbeste menn.

De beste blir myrdet i fengslet,
sopt vekk av kuler og sjø.
De beste blir aldri vår fremtid.
De beste har nok med å dø.

Slik hedrer vi dem, med avmakt,
med all den tomhet vi vet,
men da har vi sveket de beste,
forrådt dem med bitterhet.

De vil ikke sørges til døde,
men leve i mot og tro.
Bare i dristige hjerter
strømmer de falnes blod.

Er ikke hver som har kjent dem
mer rik enn de døde var --
for menn har hatt dem som venner
og barn har hatt dem til far.

De øket det livet de gikk fra.
De spøker i nye menn.
På deres grav skal skrives:
De beste blir alltid igjen.

Nordahl Grieg (1902-1943)

Innholdsfortegnelse

	sidetall
1.0 Innledning	3
1.0.1 James- et menneske med PTSD	4
1.1 Problemstilling	5
1.1.1 Avgrensning	5
1.2 Hensikt med oppgaven	6
2.0 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)	7
2.1 Diagnostiske kriterier og symptomer	7
2.2 Hvem utvikler PTSD?	9
2.3 Veien til diagnosen og kritikk.	10
2.4 Oppfølging og behandling av psykiske lidelser i Forsvaret	12
3.0 Joyce Travelbees sykepleieteori	14
3.1 Menneske-til-menneske-forholdet- 5 faser	14
4.0 Metode	17
4.1 Kildeinnhenting fra litteratur	17
4.2 Metodevalg	18
4.2.1 Etikk i oppgaven	18
4.2.2 Bearbeiding av funn	19
5.0 Sykepleierens ivaretagelse på psykiatrisk døgnavdeling	20
5.1 Funn fra intervju	20
6.0 Sykepleierens ivaretagelse i teoretisk lys	23
6.1 Drøfting av funn	23
7.0 Oppsummering og avslutning	31
8.0 Litteraturliste	33

1.0 Innledning

Nordahl Griegs dikt ender med setningen ”de beste blir alltid igjen”. Det kan være utfordrende for soldater å vende tilbake til hverdagen. De har gjerne opplevd voldsomme kamper og tap av medsoldater. De som dør blir helter, mens de som overlever sliter gjerne med psykiske og fysiske plager resten av livet. I diktet står det at ”de beste dør”. Da vil de som lever bli ”de nye beste”. De er heltene som vender tilbake, men noen sliter kanskje med psykiske plager og klarer ikke å leve opp til sin nye heltestatus. De beste blir kanskje alltid igjen, men hva har deres opplevelser gjort med dem? Noen blir hjelpetrengende på grunn av psykiske lidelser. Hvordan kan sykepleiere hjelpe dem?

Jeg valgte Posttraumatisk stresslidelse som tema for denne oppgaven. Post traumatisk stresslidelse er en angstlidelse hvor man får forsinkede reaksjoner på traumatiske hendelser. Jeg har valgt å bruke forkortelsen PTSD, Posttraumatic stress disorder, etter den opprinnelig DSM- betegnelsen (det Amerikanske diagnostiske systemet). Fokuset mitt er sykepleie til veteraner som har fått PTSD etter militærtjeneste i krigsherjede områder.

På sjette semester var jeg på utveksling i USA og hadde psykiatrisk praksis der. I praksis møtte jeg soldater som fikk PTSD etter å ha opplevd traumer i Irak-krigen. Jeg hadde hatt psykiatriundervisning og psykiatrieksamen i Norge, men ingen undervisning om PTSD, det hadde jeg derimot i USA. Lidelsen er et større problem i USA siden de har flere soldater på internasjonale oppdrag enn Norge, men det er likevel et aktuelt og økende problem her. Norge hadde per 2002 hatt 65.000 tjenestegjørende etter 2.verdenskrig, og sjansen for at disse kan få/ har fått PTSD er stor (Helsedirektoratet 2006). PTSD kan også oppstå av andre grunner enn krig, blant annet voldtekt, naturkatastrofer, overgrep. Nye landsmenn som kommer fra land med mye krig og fattigdom vil gjerne være en gruppe som står i fare for å utvikle PTSD. Sykepleieren kan møte mennesker som har opplevd forskjellige traumer uavhengig av hvor i helsevesenet hun jobber. Jeg har også bemerket meg at lidelsen til stadighet blir omtalt i media. Avisene har satt fokus på veteraner som ikke får erstatning fra Staten, og veteraner som har slitt i mange år på grunn av PTSD. Erfaringene fra USA og oppslag i media gjorde at jeg ble interessert i å finne ut mer om PTSD og sykepleierens ivaretagelse til veteraner med lidelsen.

1.0.1 James- et menneske med PTSD

Jeg har tatt med et eksempel fra psykiatripraksisen i USA for å tydeliggjøre symptomer, og for å vise hvordan PTSD kan påvirke et menneskes liv. En pasient som gjorde inntrykk på meg var en ung mann, i oppgaven referert til som James, som hadde lagt seg selv inn ved psykiatrisk akuttpost. Det gjorde han som følge av en hendelse hvor han ”klikket” på grunn av overstimulering av lyder da hans 12 måneder gamle sønn ikke sluttet å skrike og hunden gjødde. Det ble for mye lydstimulering for ham, noe som resulterte i at han brakk hundens fot. James ble etter dette redd for at han ville skade sønnen og lot seg legge inn ved et psykiatrisk sykehus. I følge Kringlen (2009) var dette såkalt hyperaktivisering med et aggressivt uttrykk. I et slikt tilfelle er man irritabel og man kan få aggressive utbrudd; dette er begge symptomer på PTSD. James fortalte at når han var ute på fjelltur med barna gikk han for eksempel bare på bakketopper, og aldri i daler. Barna reagerte på det, men han bortforklarte det med at der var det fin utsikt. Sannheten var at han fryktet å gå i daler fordi han så soldater i fjellveggen som sto og siktet på ham. James fortalte at når han så mennesker i uniform, politi eller andre soldater, minnet det ham om opplevelser fra Irak, og han begynte å unngå situasjoner hvor han kunne møte uniformkledde. Det førte etter hvert til at han isolerte seg i huset sitt. James snakket ikke med noen, verken kone eller nære venner, om hva han hadde opplevd. Han forandret personlighet og oppførte seg irritabelt og aggressivt ovenfor andre. Han hadde problemer med innsovning. Når han først sovnet hadde han mareritt. Etter nærmere utredning ble James diagnostisert med Posttraumatisk stresslidelse.

Eksempelet ovenfor vil jeg referere til i den teoretiske delen av oppgaven. Oppgaven er bygd opp med en teoridel for å gi innblikk i hva lidelsen går ut på. Jeg har valgt Joyce Travelbee`s teori om Menneske-til-menneske-forholdet. Den har jeg valgt fordi den viser hvordan man bevisst bygger opp en bevisst relasjon med pasienten. Jeg har intervjuet en psykiatrisk sykepleier på psykiatrisk døgnavdeling for å finne ut av hvordan hun forholder seg til PTSD-pasienter der. Funn fra intervjuet opp mot teori i en drøftingsdel. Deretter kommer avslutning og konklusjon. For å skille mellom hvem som er sykepleier og pasient i teksten har jeg valgt å bruke kjønnsinndeling. Sykepleier er alltid ”hun” og pasienten er alltid ”han”.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren i psykiatrisk døgnavdeling, være med på å ivareta veteraner som får diagnosen Posttraumatisk stresslidelse(PTSD) etter at oppfølgingsåret fra forsvaret er over?

1.1.1 Avgrensing

I følge *Forsvarspersonelloven* § 12a (Lovdata 2011) får norske soldater i dag hjelp og behandling for psykiske og fysiske plager inntil *ett år* etter dimittering. Jeg vil derfor fokusere på de som søker behandling for PTSD etter denne ettårs perioden. Slik loven er i dag vil de ikke automatisk plukkes opp i Forsvarets oppfølgingsapparat. De blir behandlet i det sivile helsevesenet.

Med ivaretagelse mener jeg de handlingene sykepleieren utøver ovenfor pasienten for å bidra til å dekke hans, praktiske, psykiske, fysiske, åndelig og psykososiale, behov ved innleggelse og opphold på avdelingen.

Det er mange psykologiske tilnærminger for å behandle PTSD. I denne oppgaven velger jeg å ikke ta stilling til disse tilnærmingene da den psykiatriske døgnavdelingen som intervjuet er utført på, ikke driver med traumebehandling. Pasientene som kommer til dem blir vurdert til ikke å tåle mer traumebehandling fordi den psykiske påkjenningen ved gjenopptakelse av traumet blir for stor for dem.

1.2 Hensikt med oppgaven

Fra et *sykepleierperspektiv* er hensikten å:

- sette fokus på PTSD som et reelt problem.
- at man kan møte mennesker som har symptomer på PTSD overalt i helsevesenet.
- kunne gjenkjenne symptomer, tilby hjelp, og iverksette de riktige tiltakene.

Ved å skrive oppgaven vil jeg, som framtidig sykepleier, vise sykepleierens ivaretagelse til denne pasientgruppen og sette fokus på en lidelse som ikke er blitt satt fokus på under utdanningen.

Fra et *pasientperspektiv* er hensikten å:

- være talsmann for mennesker som har PTSD
- bidra til at det blir en åpen debatt om temaet og dermed bidra til at flere vil snakke åpent om sin lidelse.
- gi anerkjennelse ved å sette fokus på lidelsen.

Fra et *samfunnsperspektiv* er hensikten å:

- opplyse om at PTSD er en reel psykologisk lidelse som kan inntreffe på grunn av krig, men også av andre traumatiske hendelser.
- ved å sette fokus på lidelsen vil det kanskje bidra til en åpen dialog om traumer og PTSD.

2.0 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Kapitelet inneholder litteratur om PTSD: symptomer, diagnostiske kriterier og psykosomatiske følger av lidelsen. Det vil belyse hvordan lidelsen inntreffer, og hvordan den utspiller seg i form av psykiske og fysiske symptomer. Det står også om hvordan diagnosen ble til, og kritikk til diagnosen. Ved å belyse flere sider ved diagnosen vil man få et mer nyansert blikk på den. Deretter står det hvordan Forsvaret tar vare på sine egne som får psykiske lidelser, og om Norsk Veteranforbund for Internasjonale Operasjoners hjelpeorganisasjon: Kameratstøtten. Eksemplet fra innledningen blir trukket inn i teoridelen for å vise hvordan symptomene utspiller seg hos James.

2.1 Diagnostiske kriterier og symptomer

Posttraumatisk stresslidelse er en angstlidelse. Jeg velger å ta med de diagnostiske kriteriene for PTSD i ICD-10 F43.1 fordi det viser skjematisk hvilke symptomer og kriterier man må ha for å bli diagnostisert. De vil så bli forklart mer inngående videre i kapitelet.

Diagnostiske kriterier fra ICD-10:

- A. Utsettelse for en eksepsjonelt stor belastning (av katastrofekarakter).
- B. - tilbakevendende **gjenopplevelse** av traumet i ”flashbacks”. Påtrengende erindringer eller mareritt.
 - sterkt ubehag ved utsettelse for omstendigheter som minner om traumet
 - plutselig handler og føler som om hendelsen skjer igjen

C. **Unnvikelse** av alt som minner om traumet

D. 1. delvis, eventuell full amnesi for den traumatiske hendelsen

eller

D. 2. Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhet eller alarmberedskap med >2 av følgende:

- inn- eller gjennom-sovningsproblemer
- irritabilitet eller aggresjonsutbrudd
- konsentrasjonsvansker

- årvåken

- overdreven skvettenhet

For å få bli diagnostisert må man ha kriteriene som er framstilt i A, B og C. Man må også ha D1 eller D2. Kriterium B, C og D må være oppfylt 6 måneder etter at pasienten opplevde den traumatiske hendelsen (ICD-10 2009).

Kringlen (2009) forklarer de 3 hovedsymptomene slik:

- **Gjenopplevelse** av katastrofesituasjonen, der personen opplever og husker følelser og hendelser fra trauma gjentatte ganger. Ofte blir traumene gjenlevd gjennom drømmer, før man skal sovne inn eller under oppvåkning. Altså gjerne i situasjoner der man ikke holder på med aktivt arbeid.
- **Unnvikelsesadferd** der pasienten forsøker å unngå tanker, følelser og aktiviteter som kan minne om den traumatiske hendelsen.
- **Hyperaktivering** har minst to av de følgende trekkene: insomnia, mareritt, irritabilitet, aggressive utbrudd, konsentrasjonsvansker og skvettenhet ved eksponering av stimulerende lyder.

James hadde innsovningsproblemer, når han først sovnet hadde han mareritt om hendelsene, og våknet flere ganger om natten. Karakteristisk ved PTSD er at de akutte stressreaksjonene man opplever ved et traume vil ikke gi seg, eller at det etter en stund dukker opp tanker og minner om episoden, både i bevisst tilstand og i drømmer (Malt, Retterstøl og Dahl 2003). Det resulterte i søvnmangel, som igjen førte til økt irritabilitet og aggresjon, noe som også er symptomer på PTSD. James unngikk mennesker i uniform og forandret personlighet. Han hadde symptomene gjenopplevelse, unnvikelsesadferd og hyperaktivering. Man prøver å unngå det som minner om den traumatiske episoden. Det tydeliggjøres ved at personen ikke vil snakke om episoden eller unngår situasjoner som kan minne om traumet (Malt et.al 2003). Andre karakteristikker er hat, økt irritabilitet og økt aggresjonsberedskap (Kringelen 2003). Etter at James kom tilbake fra utlandet merket han at han følte betydelig mer aggresjon og irritabilitet ovenfor sønnen og konen. Det førte til mer krancling med konen og han ble mye lettere irritert på sønnen hvis han skrek eller rotet. Konen hadde prøvd å snakke med ham om

hans personlighetsforandringer flere ganger, men han ble sint og avviste hennes forsøk på å snakke om hendelsene han hadde opplevd.

Det sympatiske nervesystemet forbereder kroppen på fysisk handling gjennom å framkalle viktige ”forhåndsprogramerte” forandringer i kroppen. Det fører til at kroppen settes i beredskap for livreddende kamp eller beredskap (Hammarlund 2001). Vanlige symptomer: angst, tachycardi og svetting (Kringlen 2009). Denne økte kampberedskapen kan på sikt føre til psykosomatiske symptomer (Malt et.al 2003). Det langvarige stresset man opplever ved PTSD, reduserer hippocampus- kapasiteten, og volumet av hippocampus minskes med opptil 10-20 %. Hippocampus er en struktur tvers igjennom tinninglappen i storehjernen, som er knyttet til hukommelse og romlig orientering (Sand, Sjaastad, Haug, Bjåle og Toverud 2006).

Stress over lengre tid fører til at Serotonin -nivået blir lavt, og det fører blant annet til at man får senket stemningsleie (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke 2009). Serotonin er en signalsubstans i noen av nervesystemets synapser. Det er viktig for regulering av kroppstemperatur, humør, søvn, appetitt og libido. Lave mengder av serotonin kan være årsaken til blant annet klinisk depresjon og angstlidelser. Signalstoffet hjelper også personens evne til å regulere emisjoners intensitet (Matsakis 1994). Pasienter med angstlidelser har ofte kortere *REM-søvn-latens*. *REM-søvn-latens* er tiden fra man sovner til første REM søvn perioden. Søvnendringer relatert til PTSD kjennetegnes av kortere søvnlengde, mindre deltasøvn, mer våkenhet under søvn pga mareritt, og økt REM tetthet (Grønli og Milde 2010). Det viser seg også at det er blitt en sterk økning i rusmiddelmissbruk blant pasienter med PTSD (Malt et.al 2003). Dermed får man en dobbeldiagnose, altså rusavhengighet og psykiatri.

2.2 Hvem utvikler PTSD?

Ved mindre traumer, for eksempel en bilulykke, som er en kortvarig trussel mot eget liv og integritet, vil sårbarhetsfaktorer(forhold ved personen *før* traumet, livssituasjon når ulykken skjedde og traumets spesielle mening for personen) påvirke om personen utvikler PTSD. Opplever man derimot traumer over lengre tid; og de oppleves som vedvarende trussel mot

ens "være" og menneskeverd(for eksempel krig, konsentrasjonsleirer), vil de fleste utvikle PTSD, eller andre psykiske eller somatiske lidelser. Da behøver man ikke å ha personlige psykiske svakheter i forkant av traumet (Malt et.al 2003). Personlighetstrekk som er av betydning for utvikling av PTSD er følgende: aggresjonshemmende karaktertrekk, en disposisjon for å reagere med angst, grubler mye på saker og aversjon mot stress (Malt et.al 2003). Man ser altså at i de mest alvorlige katastrofer spiller ikke personlige faktorer inn, mens i "mindre" traumer som en bilulykke vil sårbarhetsfaktorene påvirke om PTSD utvikles etter ulykken.

Soldater på utenlandsoppdrag er ute i flere måneder av gangen. Personlige psykiske svakheter vil da spille en mindre rolle i forhold til om soldatene utvikler PTSD, siden man oppholder seg i krigsrammede land over lengre tid. Krig vil da karakteriseres som et vedvarende traume, og man kan konkludere med at soldater i krig over lengre tid vil være utsatt for å utvikle PTSD, og at sårbarhetsfaktorer ikke vil være en påvirkende faktor i den sammenhengen. Hvis man allerede har en psykisk lidelse *før* traumet vil sjansen for å utvikle PTSD være større. Angstlidelser(inkludert fobier) og personlighetsforstyrrelser sees i sammenheng med økt forekomst av PTSD etter opplevelse av traume (Malt et.al 2003). James hadde sterk fobi mot høyder. I følge Malt et.al kan det sees i sammenheng med James utvikling av PTSD

2.3 Veien til diagnosen og kritikk.

Lidelsen ble etablert som diagnose i 1980 da den ble innført i DSM-III. DSM er de offisielle diagnostiske kriteriene for psykiske lidelser som blir brukt i USA. I Norge blir det brukt som et supplement til det diagnosesystemet som vi bruker, ICD-10, hvor lidelsen omtales som *Posttraumatisk Stresslidelse* (Cullberg 1999).

Diagnosen vokste fram etter Vietnam-krigen da amerikanske soldater vendte tilbake og var blitt traumatisert av hendelser de hadde opplevd i krigen. Tidligere fikk lidelsen navn etter hendelsens art; granatsjokk etter 1 verdenskrig, krigsseilersyndrom og konsentrasjonsleirsyndrom(KZ-syndrom) etter 2. verdenskrig, voldtektssyndrom eller krigsnevrose. De kunne også bli diagnostisert med andre psykiatriske diagnoser som

angstnevrose, fobi eller depresjon (Kringlen 2009). Før trodde man også at symptomene som ble fremstilt; irritabilitet, konsentrasjonsvansker og hukommelsessvikt, skyldtes næringsmangel. Dette gikk man bort fra etter at man erkjente hvor stor påvirkning ekstreme psykologiske traumer kan ha (Cullberg 1999). Den nye diagnosen ble laget for å skifte fokuset fra soldatenes psyke og bakgrunn til det fundamentale traumatiserende ved krig (Summerfield 2001). Da mente man altså at krig var så traumatiserende at man ville få en sterk psykisk reksjon uansett, og den enkeltes disponerende faktorer ville ikke ha noe å si for utfallet. Begrepet og diagnosen Posttraumatisk stresslidelse har hatt stor betydning når det gjelder å synliggjøre ofrenes lidelser. Lidelsen ble anerkjent, de ble diagnostisert og fikk hjelp i form av riktig behandling (Cullberg 1999).

PTSD er en diagnose som har forandret seg over tid. Diagnosen oppført i DSM-III og ICD-10, skulle kun brukes ved ekstreme opplevelser hvor man får de typiske symptomene som er oppført, men man ser midlertidig at diagnosen også blir brukt til mer alminnelige påkjenninger. For eksempel: skilsmisse, separasjon, og mindre ulykker. Angst og depresjon godtas da som tilstrekkelige symptomer for diagnosen PTSD. I 1994 ble kravene til diagnosen skjerpet, men da skjerpet man bare inn kravene til symptomene og ikke til den utløsende årsaken. Nå innebærer diagnosen også det å høre om; uventet eller voldelig dødsfall, seriøse skader, dødstrusler, eller skader som familiemedlemmer eller andre nære kjente opplever. Kringlen mener at utvidelsen av kriteriet for ”ekstrem traume” vil ha en ødeleggende effekt på diagnosen (2009). ”Mindre” traumer blir da regnet med og diagnosen vil ikke bli brukt slik den var tiltenkt da den oppsto, nemlig for ekstreme traumeopplevelser som for eksempel krig. Diagnosen blir av noen leger og psykologer brukt på svakt grunnlag. Grunnen til det kan være at de vil hjelpe pasienten til erstatning/oppreisning, siden det i dag bare er PTSD og psykoser som gjelder som kriterium for yrkesskadeerstatning (Kringlen 2009). Kringlen (2009) mener at om man gir pasienten en diagnose han ikke har, gjør man pasienten en bjørnetjeneste og det vil ikke hjelpe pasienten.

Noen psykiatere mener det er vokst fram en slags ”traume - industri” av psykologer, psykiatere, advokater, media og saksøkere (Summerfield 2001). Det har i erstatningssaker og i rettssammenheng vært en tendens at PTSD blir brukt i saker der det har vært små traumer (Malt et.al 2003). Ved at diagnosen blir brukt som grunnlag i erstatningssaker hvor sakene

blir tapt i disfavør av den lidende, og fremstilles i media, kan allmennheten få et negativt inntrykk av diagnosen. Får ikke diagnosen troverdighet i disse sakene kan det føre til at diagnosen blir underkjent og mister sin anselse.

2.4 Oppfølging og behandling av psykiske lidelser i forsvaret.

I følge *Forsvarspersonelloven § 12a*. har personell som har tjenestegjort og tjenestegjør i internasjonale operasjoner rett til, ved behov, å få psykiatrisk og psykologisk oppfølging fra Forsvaret i *ett år* etter endt tjeneste. Forsvaret skal også sørge for at overgangen til det sivile helsevesenet skjer på en betryggende måte (Lovdata 2010).

PTSD er den mest framtrædende psykiske yrkesskaden man risikerer ved å delta i militære operasjoner. Det forventes at for hver 4. sårende soldat blir en stridsudyktig på grunn av psykiske vansker (Helsedirektoratet 2006) Undersøkelser viser at den vanligste årsaken for PTSD blant menn i den vestlige verden som har vært krigførende, er å ha vært med i militær strid (Helsedirektoratet 2006). PTSD er altså et reelt problem som soldater og veteraner kan oppleve. I dag har disse rett til ett års psykisk og fysisk oppfølging etter dimittering. Det viser seg at ca 10-20 % av veteraner utvikler PTSD flere år etter traumet (Malt et.al 2003). Sånn som oppfølgingssystemet fungerer i dag, med ett års oppfølging, vil altså de 10-20 % ikke få oppfølging fra forsvaret. De rammede må da søke hjelp selv og bli behandlet i det sivile helsevesenet.

Stortinget legger frem en ny handlingsplan den 8. mai 2011. I ett av punktene i handlingsplanen står det at "regjeringen skal fortsette å styrke oppfølgingen av *Forsvarets personell før, under og etter utenlandsoperasjoner*". Regjeringen vil legge frem en handlingsplan med flere tiltak, som kan sikre økt anerkjennelse og bedre oppfølging. Handlingsplanen vil favne berørte samfunnssektorer (Forsvardepartementet 2010). Det kan gjennom dette forslaget se ut som at det er et anerkjent problem at oppfølgingen er begrenset til *ett år* etter dimittering, og at regjeringen vil utvide det støtte- og oppfølgingsapparatet som

gjelder i dag. Det vil være hensiktsmessig å utvide det apparatet som finnes i dag siden teorien viser til at man kan utvikle PTSD flere år etter traume (jamfør Malt et.al 2003).

Brosjyren "Å komme hjem" blir delt ut til soldater når de kommer tilbake fra utenlandsoppdrag. Den inneholder informasjon om hvem de skal kontakte om de trenger noen å snakke med om opplevelser som har ført til søvnproblemer, uro eller ubehagelige tanker (Helsedirektoratet 2006). Kameratstøtten er en støtteorganisasjon som Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner(NIVO) har startet. Det er veteraner som hjelper dem som vender tilbake fra utenlandsoppdrag. Her kan man snakke med andre veteraner om hendelser man har opplevd, og om hvordan det oppleves å komme tilbake til hverdagen. De har egen internettside og kameratstøttetelefonen, en gratistelefon, som er et lavterskeltilbud hvor veteraner kan ringe inn anonymt og snakke om det de vil. Dette er en fin måte for dem å gjøre seg fortrolige med det hjelpeapparatet som finnes, og etter hvert kanskje søke hjelp i psykiatrien. Tilbudet kan være greit for sykepleiere å ha kjennskap til. De kan anbefale veteraner med psykiske problemer som vegrer seg for å få psykiatrisk hjelp å ta kontakt med Kameratstøtten (NVIO 2010). Om noen ikke vil søke hjelp hos helsevesenet kan et lavterskeltilbud som dette være en god begynnelse på veien til hjelp og behandling.

3.0 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Jeg valgte Travelbees teori fordi hun mener at det er viktig at sykepleieren bygger opp en ekte, og bevisst relasjon til pasienten for å hjelpe ham på beste måte. I Menneske-til-menneske-forholdet tydeliggjør hun hvilke prosesser man går gjennom når man bygger en relasjon med pasienten. All informasjon i dette kapitlet er hentet fra Joyce Travelbees bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1999).

Travelbee påpeker i sin teori at hun ikke vil kalle pasienten for pasient, fordi det er kategoriserende/stereotyp, og det gjøres fordi det er praktisk og fungerer i kommunikasjonssammenhenger. Hun mener at det i virkeligheten bare fins individer som trenger omsorg og støtte, og hjelp. I min oppgave velger jeg likevel å referere til pasienten som pasient fordi det er brukt i litteraturen og i funnene fra intervjuet. Jeg bruker James fra eksempelet for å vise hvordan relasjonsbyggingen mellom han og sykepleier ville foregått etter Travelbees teori.

3.1 Menneske-til-menneske-forholdet- 5 faser

Joyce Travelbee (1926-1973) tar for seg det mellommenneskelige aspektet ved sykepleie. Sykepleie er en medmenneskelig prosess fordi det alltid handler om mennesker. Menneske-til-menneske-forholdet er en bevist handling, som sykepleieren målbevisst innleder og vedlikeholder. Travelbee mener det er viktig at sykepleieren bruker seg terapeutisk. Det gjør hun når hun bruker personligheten sin bevisst og sine kunnskaper for å kunne få en forbedring hos pasienten.

Travelbee mener at sykepleie oppnås gjennom relasjoner fra menneske til menneske. Denne prosessen utvikler seg gjennom 5 faser. For å oppnå målene i sykepleien er det en forutsetning å oppnå et ekte menneske til menneske forhold. Et slikt forhold kan bare etableres gjennom en interaksjonsprosess.

Interaksjonsprosessens 5 faser:

1. Det **første møtet**: observasjon er en viktig del i sykepleieprosessen. Sykepleieren observerer James og gjør seg opp meninger om ham, og James gjør det samme. Observasjoner, antakelser og verdidommer danner grunnlaget for interaksjonsmønsteret som utvikles.
2. **Synlighet av personlige identiteter**. Fasen er karakterisert ved at man verdsetter den andre som et unikt individ, og få en tilknytning til den andre. Det skjer en tilknytning mellom de to individene, samtidig som individuell identitet vokser fram og man erkjenner den andre som et unikt individ. Sykepleieren ser at James er et individ som føler og tenker, og James ser på sykepleieren som et individ og ikke bare en ”sykepleier”. Hvis sykepleieren ikke ser på James som et individ, vil hun bruke tidligere erfaringer fra andre pasienter og påtvinge han egenskaper han ikke har og dermed ikke behandle han etter hans behov. Det vil gjøre det vanskelig å skape en genuin relasjon mellom sykepleier og James.
3. **Empati** er evnen til å sette seg inn i eller forstå den andres psykiske tilstand der og da. Det er en prosess hvor man er i stand til skjønne nøyaktig hvordan den andres indre opplevelse er på det gitte tidspunktet, men samtidig å fremholde en viss objektivitet. Å ha empati er ”å ta del i”, men allikevel stå utenfor. Oppstår først empatien mellom sykepleieren og pasienten, utslettes den ikke lett og forholdet blir ikke det samme som før empatien oppstår. Empatien som dannes kan være vanskelig for begge parter å takle. James vil kanskje føle at han deler for mye med sykepleieren. Sykepleieren på sin side kan kanskje ikke være i stand til å håndtere det James forteller. Empatien kan da føre med seg utfordringer. Man må ha en viss form for tillit for å føle empati. Den forståelsen som kommer av empatiprosessen er en hjelp til å forutsi den andres adferd. Det å kunne forutsi den andres adferd er et mål i empatifasen. Siden empati dannes på grunnlag av likhet, vil ikke sykepleieren kunne føle empati for alle pasienter. Gjennom

erfaring over tid vil sykepleieren møte flere og flere pasienter med ulike historier og problemer. Det øker hennes forståelse og hun får større grunnlag for å føle empati.

4. Sympati. Evnen til å føle sympati kommer som resultat av empatiprosessen, men går et skritt videre, ved at det er et grunnleggende ønske om å lindre de plagene individet har. Man går videre fra å føle med James(empati), til et ønske om å hjelpe ham med det som er vondt og vanskelig. Ved at sykepleieren føler med James kommuniserer hun at han betyr noe for henne. Hun har en genuin interesse i å hjelpe akkurat han, og ikke bare utøver sitt arbeid. Forholdet må bygges opp i full bevissthet om hva en gjør og tenker, og i samsvar med målet med relasjonen.

5. Etablere gjensidig forståelse og kontakt. Det overordnede målet for all sykepleie er at det oppstår gjensidig forståelse og kontakt. Det blir oppnådd når sykepleieren og James har gått igjennom de 4 første fasene og oppnår menneske-til-menneske-forholdet. Gjensidig forståelse og kontakt handler om måten de to oppfatter hverandre, og opptrer ovenfor hverandre på. Sykepleieren og James forholder seg til hverandre som menneske til menneske, og ikke som ”pasient” og ”sykepleier”. Tilliten, som er et resultat fra sympati- og medfølelsesfasen vil gå over til trygghet i denne fasen. Trygghet blir definert som følelsen av å være sikker på den andre, noe som er basert på erfaringer og bevis man har fått over tid.

Menneske-til-menneske-forholdet er en gjensidig prosess mellom pasient og sykepleier. Forholdet karakteriseres ved en spesiell atferd, altså en viss måte å tenke, oppfatte, føle og handle på. Både sykepleier og pasienten oppfatter og responderer på den andre som individ. Pasienten blir ikke oppfattet stereotyp; ”han er sånn som alle pasienter”, og sykepleieren blir ikke møtt som ”hun er sånn som alle sykepleiere”, men de begge ser hverandre som to unike mennesker.

4.0 Metode

Her redegjøres det for valg av litteratur og metode, og bearbeiding av funn fra intervju.

4.1 Kildeinnhenting fra litteratur

Foreløpig problemstilling ble først utarbeidet deretter ble prosjektplan påbegynt. Ved litteratursøk på internett brukte jeg søkeord som "PTSD", "Posttraumatic stress disorder", "posttraumatisk stresslidelse", "posttraumatisk stressforstyrrelse", i tillegg til ord som "army", "soilder", "krig", "soldat", "militæret", "traume" og "stress". Jeg søkte i databasene NORART, PubMed, SweMed og Google Scholar. Det var ikke noen artikler som var rettet inn mot sykepleiens ivaretagelse av veteraner med PTSD på disse søkene. Jeg fant derimot litteratur om PTSD.

Jeg presenterer to av artiklene jeg brukte i oppgaven. Jeg fant en anbefaling til Helse- og Omsorgsdepartementet fra Sosial- og Helsedirektoratet skrevet i 2006. Artikkelen beskriver hvordan rutineene for oppfølging av psykiske lidelser for FN/NATO veteraner kan forbedres. Posttraumatisk stresslidelse blir tatt opp som en sentral lidelse. Artikkelen er tatt med for å få frem hvor mange soldater som blir skadelidende av krigsføring. "*Pharmacotherapy for PTSD*" er en artikkel som i 2003 ble presentert av *National Center for PTSD*. Artikkelen er bygd opp med 11 spørsmål om medisinsk behandling og PTSD. Spørsmålene blir besvart av forfatterne, Friedman, Donnelly og Mellman. Den tar for seg de mest brukte medikamentene for PTSD og virkningen av disse. Begge artiklene er blitt vurdert i henhold til hvem som har skrevet dem og hvor de er presentert. Disse artiklene ble valgt fordi de var informative og presenterte relevant informasjon for oppgaven, i motsetning til internettsider som manglet forfattere eller årstall, og dermed ikke like pålitelige.

I pensumlitteraturen var det mest informasjon om symptomer og kritikk til PTSD, mens sykepleierens ivaretagelse ikke ble nevnt. For å få tak i sykepleiens oppgaver måtte jeg derfor lete i selvvalgt litteratur. PTSD og sykepleie er et felt det var vanskelig å finne litteratur om, spesielt i forhold til veteraner. Jeg valgte derfor å ha en mer generell framtoning når jeg lette etter litteratur om PTSD. Dalland (2000) sier at man hele tiden skal bedømme hvor vidt

litteraturen man finner kan brukes for å beskrive problemstillingen. Eksempel fra praksis er tatt med og knyttet opp mot teorien da jeg mener at det er med på å gi et mer konkret bilde av lidelsen og hvordan den utspiller seg i et menneskes liv. Jeg valgte teorien til Joyce Travelbee hvor fokuset mitt blir menneske –til- menneskeforhold (jamfør Menneske-til-menneskeforholdet).

4.2 Metodevalg

Som metode for oppgaven har jeg valgt *kvalitativt metode*. Her tar man sikte på å fange opp opplevelser og meninger som ikke kan måles i tall og statistikk. Den kvalitativt orienterte metoden brukes for å få data som betegner et fenomen (Dalland 2000). Innenfor denne metoden har jeg valgt å ha intervju. Jeg valgte kvalitativt intervju fordi jeg var nysgjerrig på å finne ut hvordan sykepleieren ivaretar PTSD- pasienter i praksis. Siden det var utfordrende å finne litteratur om veteraner med PTSD og sykepleie var det enda en motivator for å ha intervju. Ved å bruke intervju får jeg mange opplysninger fra en undersøkelsesenheter, for å få frem det som er spesielt og gjerne avvikende fra litteraturen (Dalland 2000). Opplysningene ble innhentet gjennom nær kontakt med felten: fra en psykiatrisksykepleier. Opplysningene fra intervjuet blir brukt for å se en helhet og sammenheng mellom teori og praksis (Dalland 2000). Mellom meg og informanten var det et jeg- du –forhold (Dalland 2000). Jeg valgte semistrukturert intervju fordi det gjør intervjuet mer samtalepreget og det gir rom for oppfølgingsspørsmål. Dalland (2000) sier at det er nødvendig å stille utfyllende spørsmål for en mest mulig korrekt beskrivelse av emnet. Under intervju er det vanlig at informanten snakker om temaer som ikke er like relevant. Holter og Kalleberg(red) 1996 sier at det er vanlig at man får uventede svar og kommentarer i en slik prosess med spørsmål og svar. Man kan få informasjon som viker fra temaet man tar opp.

4.2.1 Etikk i oppgaven

Informanten er en psykiatrisk sykepleier som jobber på en kortidsrehabiliteringsavdeling, som er en døgnavdeling for voksne. Pasientene er i gjennomsnitt innlagt i 2-3 måneder. Noen er inne 1-2 ganger i året for å forbygge akutte innleggelser. Informanten er den sykepleieren på

avdelingen som har jobbet mest med PTSD- pasienter. Hun har jobbet mye med en veteran som har fått PTSD etter militærtjeneste i krigsrammede land. Siden den psykiatriske sykepleieren har jobbet med pasienter med PTSD, og spesielt en veteran med lidelsen blir hun en relevant informant for intervjuet.

Som hjelpemiddel til intervjuet brukte jeg båndopptaker. Informanten ble opplyst om at intervjuet ikke legges inn på data eller på noen måte lagres, i henhold til datatilsynets regler for personvern (Dalland 2000). Intervjuet ble transkribert rett etter intervjuet, og deretter slettet fra båndopptakeren. Informanten har skrevet under på et samtykkeskjema(se vedlegg), hvor det står at ”all informasjon fra intervjuet blir anonymisert i henhold til Personopplyningsloven” (Lovdata 2011). Ved å utføre informert samtykke i form av et skriftlig samtykkeskjema vil man bevare informantens anonymitet. Innholdet er anonymisert slik at informanten, hennes arbeidsplass, og informasjonen fra intervjuet ikke blir gjenkjent i oppgaven. Jeg opplyste om at samtykkeskjemaet blir oppbevart av meg til oppgaven er levert inn og deretter makulert. Som innledning til intervjuet informeres informanten om at funnene blir presentert i oppgaven for at hun skal vite hvilken sammenheng det brukes i (Kvale, Brinkmann, Anderssen og Rygge 1996).

4.2.2 Bearbeiding av funn

Intervjuet gav mye informasjon. Den muntlige informasjonen ble skrevet ned i et skriftlig språk(transkribert) og sortert i forskjellige funn. Når jeg transkriberte var det viktig at innholdet i informasjonen ble nøyaktig for at informantens meninger skulle bli riktig gjengitt (Kvale 1996). Informasjon som ikke var relevant for oppgaven ble fjernet når intervjuet var transkribert. Deretter analyserte jeg alle funnene og organiserte dem i mindre overskrifter for å få bedre oversikt over hvert enkelt funn (Dalland 2000). Analyse og tolking henger sammen. Analyse er en metode for å finne ut av hva intervjuet egentlig handler om. Tolkning viser hva informasjonen man har fått betyr (Dalland 2000). Det var mange funn i intervjuet som var relevant for oppgaven og jeg måtte derfor velge de jeg ville bruke. Funnene som ble prioritert var de som svarte best på problemstillingen, altså der sykepleierens ivaretagelse var tydeligst, og funn som kunne sammenlignes med Travelbees teori. Når jeg hadde valgt ut hvilke funn som skulle være med, og disse var renskrevet, begynte drøftingen.

5.0 Sykepleierens ivaretagelse på psykiatrisk døgnavdeling

Her presenteres funn fra intervjuet avsnittsvis. Hvert funn har en overskrift og presenterer forskjellige aspekt ved sykepleierens ivaretagelse. All informasjon i dette kapitlet er fra intervjuet med den psykiatriske sykepleieren. Informasjon er rettet spesielt mot hvordan pasienter med PTSD blir ivaretatt av sykepleieren. Teksten i kursiv er egen tolking av informasjon fra intervjuet.

5.1 Funn fra intervju

På avdelingen er ikke fokuset traumebehandling, men de arbeider for å stabilisere lidelsen. PTSD- pasientene som kommer til dem har vært i gjennom traumebehandling andre steder. Det er derfor konkludert med at traumebehandlingen er en for stor psykisk påkjenning og mer traumebehandling frarådes. Behandlingen på avdelingen går ut på å stabilisere og jobbe med symptomer ved PTSD. De fokuserer på angsten, søvnplagene, rusproblematikken og depresjonen. Målet er å få pasientene til å fungere i hverdagen, oppleve mestring og bygge opp under ressursene pasienten har. Den psykiatriske sykepleieren har jobbet mye med Veteranen og derfor trekkes det fram som eksempel. Det er han det refereres til når jeg nevner Veteranen.

Primærsykepleie

For å få kontinuitet i pleien har de en primærsykepleier til hver pasient. Ønsker pasienten å få samme primærsykepleier om han blir innlagt senere, får han det. Sykepleieren får være med å følge opp pasienten over lengre tid, noe som blir meningsfylt. Primærsykepleieren skal være kontaktperson for pasienten på avdelingen.

Primærsykepleieren tar imot pasienten når han blir innlagt. Det er viktig for sykepleieren hvordan hun tar imot pasienten, slik at han føler seg velkommen. Man må skape en relasjon

med pasienten før man begynner med behandling eller bistand. Det har man god tid til siden pasienten er innlagt over lengre tid. Relasjonsoppbygningen er en bevisst handling fra sykepleieren for å bli kjent med den individuelle pasient. Det kan være et mål i behandlingsplanen at i startfasen er det viktigste å skape en relasjon og bli kjent. Da blir den første uken gjerne satt av til det. I den perioden snakker man om hverdagslige ting, viser interesse for individet, lytter, gir trygghet og skaper tillit.

En måte å bli kjent på er at pasienten forteller sin livshistorie, eller skriver den ned. Det gjøres for at pasienten skal få fortelle sin historie på sin måte, og han bestemmer hvem han forteller den til. Kartlegging blir gjort, og behandlingsplan blir skrevet sammen med pasienten og behandlere, inkludert primærsykepleier. Behandlingsplanen brukes som verktøy for å utarbeide mål for oppholdet, samt tiltak for å nå målene. Det lages en ukeplan ut fra behandlingsplanen.

Primærsykepleieren har mye kontakt med hjemkommunen for å finne ut hvilke tilbud som eksisterer for å tilrettelegge for hjemkomst ved utskrivelse. Veteranen har blant annet i sin individuelle plan følgende: blir han dårligere skal fastlege kontaktes, og han kan innlegges på kort varsel. Primærsykepleieren er pasientens talsmann ovenfor systemet, psykiatere og ledere. Ved å få en nær relasjon ser man at pasienten er verdt noe, og denne personen er verdt å satse på. Man må ofte kjempe og argumentere for hvorfor han trenger et bedre tilbud enn det han får.

Støttesamtale og empati

Primærsykepleieren har daglig oppfølging og støttesamtaler med pasienten sin. Hun blir en person pasienten har tillit til. I støttesamtalene snakker de mye om ting her og nå, hvordan det kommer til å bli framover og ikke traumet i seg selv. Man snakker gjerne om hvordan det går hjemme eller på jobb eller om andre ting pasienten vil snakke om. I møte med PTSD-pasientene ser sykepleieren individet, og bruker mye empati og ressurser for å forstå pasienten. De som har PTSD har gjerne opplevd utrolige hendelser. Det kan være vanskelig å sette seg inn i, men da blir evnen til å prøve å forstå viktig. Veteranen prøvde å skjule sin lidelse for folk rundt seg de første årene. Blant annet gikk han bare ut i mørket. I dagslys var

han synlig for fienden og lettere å skyte, mens i mørket kunne han gjemme seg. *Dette kan være vanskelig å forstå siden man ikke har vært oppi slike situasjoner.* Det ble vanskelig for Veteranen å fortelle om sine opplevelser fordi han var redd for ikke å bli trodd. Tilliten mellom sykepleieren og pasienten blir viktig for at pasienten skal kunne dele slike opplevelser. Primærsykepleieren blir ofte en person som pasienten føler seg trygg på og stoler på, og relasjonen blir sterk.

Søvnproblem

Det er veldig vanlig at pasienter med PTSD har søvnproblemer. Veteranen har slitt med store søvnplager. Han har prøvd en metode som heter søvndeprivasjon som går ut på at man forskyver søvnen. Han holder seg våken en natt i 48 timer, legger seg neste ettermiddag klokken 17.00, og står opp klokken 24.00 på kvelden. Neste natt legger han seg kl 1800 og står opp kl 01.00 på natten osv. Veteranen har vært inne 2 ganger i 1 uke for å utføre søvndeprivasjon. Han har god effekt av det, og det har vart i noen måneder av gangen. Det opplegget har gjort at han har sluttet med sovemedisin. Søvnproblemer er noe av det de kan hjelpe han med på avdelingen. Sykepleierens oppgave i forhold til søvnopplegget er å veilede i forkant hva det går ut på og motivere pasienten til å holde seg våken. Nattskykepleierne hjelper han å aktivisere seg for ikke å sovne og på den måten ødelegge opplegget.

Medisinering

Det brukes en del SSRI- preparater, antidepressiver mot PTSD. Noen bruker beroligende midler som Valium. Det er vanedannede og man vil unngå å bruke det til nye pasienter. Noen er allerede tilvendt beroligende når de kommer til avdelingen. Etter en stund minsker effekten og de må opp i dose. I samråd med lege hjelper sykepleierne dem å trappe ned. Ved nedtrapping vil pasientene oppleve en del abstinenser. De bruker også vanlige sovemedisiner. Pasienter begynner gjerne på nye medisiner når de legges inn. Da er sykepleiers oppgave å observere eventuelle bivirkninger og informere pasientene om disse. Pasientene er ofte nysgjerrig angående bivirkninger av nye preparater de har begynt på. På avdelingen prøver de å seponere preparater pasientene har stått på lenge for å se om de har bedre effekt av andre preparater. Sykepleierens oppgaver blir da å observere, dokumentere og videreformidle bivirkninger/virkning.

6.0 Sykepleierens ivaretagelse i teoretisk lys

Her drøftes funnene fra intervjuet opp mot relevant teori om emnet, og mot Joyce Travelbees teori om menneske-til-menneske-forholdet. De to første funnene, *Primærsykepleie* og *Støttesamtale og Empati*, handler om forholdet mellom sykepleier og pasient. Jeg har derfor valgt å drøfte disse funnene opp mot Travelbees teori. De andre funnene relateres mer mot oppgaver på avdelingen, og handler ikke like mye om relasjonen mellom pasient og sykepleier. Her belyses praksisen på avdelingen av relevant litteratur. Fokuset for drøftingen er sykepleierens ivaretagelse av PTSD- pasientene. Jeg refererer til den psykiatriske sykepleieren som informanten for å skille mellom det hun sa i intervjuet og det jeg drøfter.

6.1 Drøfting av funn

Primærsykepleie.

Det kommer frem i intervjuet at primærsykepleie er viktig på avdelingen. Primærsykepleieren er den som tar imot pasienten og har hovedansvaret for pasienten under innleggelsen. For informanten er det viktig å skape en relasjon med pasienten før man gjør noe annet. Travelbee sier at et Menneske-til-menneske-forhold oppstår gjennom 5 faser i en interaksjonsprosess (jmfør Menneske-til-menneske-forholdet). Siden pasientene ofte er innlagt i 2-3 måneder har sykepleieren og pasienten tid til fasene i interaksjonsprosessen. Når primærsykepleiere tar imot pasienten på avdelingen begynner allerede prosessens første fase. Da observerer begge parter hverandre og gjør seg opp meninger om hverandre. Grunnlaget for å oppnå menneske-til-menneske-forholdet er lagt.

I den andre fasen vokser det frem identiteter. Informanten forteller at pasientene i begynnelsen av innleggelsen får tilbud om å fortelle livshistorien sin. Ved å la pasienten fortelle/skrive ned sin livshistorie vil sykepleieren se hvem pasienten er og hva han har opplevd. Sykepleieren vil da få en unik mulighet til å bli kjent med personen, og ikke bare "pasienten". Pasienten på sin side vil få en mulighet til å se hvordan sykepleieren reagerer på det han forteller. Gjennom sine handlinger vil hun vise mer av seg som person. På den måten vil pasienten se mer av sykepleierens identitet.

Problemer kan oppstå, og det kan være at pasienten, av ulike grunner, ikke vil bli kjent med primærsykepleier. Det kan forekomme at pasienten ikke liker primærsykepleieren. Det kan også være at sykepleieren ikke liker pasienten. Sykepleieren skal alltid opptre profesjonelt og yte best mulig pleie til alle pasienter, men sykepleier kan av personlige grunner ha problemer med å forholde seg til en pasient. I slike situasjoner vil det være gunstig om mulig å bytte primærsykepleier.

Den første uken på avdelingen er ofte satt av til at primærsykepleier og pasient skal bli kjent. Da snakkes det oftest om hverdagslige ting for å oppnå personlig kontakt. Det hører også med i andre fasen av Menneske-til-menneske-forholdet. Travelbee sier at hvis sykepleieren stigmatiserer pasienten vil hun behandle han som andre pasienter og ikke se hans behov (jmfør: Menneske-til-menneske-forholdet). Hadde de ikke satt av tid til at primærsykepleier og pasient ble kjent den første uken, ville det blitt vanskeligere for dem å se hverandre som individer og bygge en trygg relasjon.

Informanten sier at primærsykepleieren er talsmann for pasienten. Sykepleieren vil at han skal få det tjenestetilbudet som er best for han. Hummelvold (2005) sier at sykepleieren er talsmann for pasientens behov for helse- og sosialtjenester. Hun har mye kontakt med hjemkommunen for å tilrettelegge et bra tilbud der. I følge Hummelvold (2005, side 46) er psykiatrisk sykepleie:

”...Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann”

Sykepleieren skal kjempe pasientens sak når han selv ikke kan uttrykke sine behov eller kanskje ikke vet om sine rettigheter. Kjenner ikke sykepleieren pasienten godt nok, kan det være at hun ikke vet hva han ønsker i forhold til sin lidelse og sitt liv. For at sykepleieren skal være talsmann bør andre fase i interaksjonsprosessen være gjennomført. Det forutsetter at sykepleieren og pasienten kjenner hverandre.

Ut fra funnene blir primærsykepleierens oppgaver oppsummert med å være den på avdelingen som bygger en bevisst relasjon med pasienten. Relasjonsbyggingen skjer gjennom en rekke konkrete tiltak i startfasen og deretter utvikler seg videre ved oppholdet i avdelingen. Relasjonen er viktig for at sykepleieren kan utøve sykepleie og slik være en talsmann for pasienten.

Empati og Sympati

Informanten sier at empati er en viktig del av møte med PTSD- pasientene. De har opplevd ting som er vanskelig for andre å forstå. Sykepleieren blir da en person som kan vise empati og forståelse. Empati er den tredje fasen i Travelbees interaksjonsprosessen. Hun snakker der om den objektive empatien; når man ”tar del i”, men likevel står på utsiden (jamfør: Menneske-til-menneske-forholdet).

For at pasienten skal fortelle om sine plager er det viktig at han har tillit til sykepleieren. Tilliten kan føre til at pasienten deler mer enn han vil med andre personer. Pasienten kan kanskje føle at han har fortalt sykepleieren for mye (jamfør: Menneske-til-menneske-forholdet). Han vil da kanskje føle at sykepleieren vet for mye om han. Informanten forteller at det kan være vanskelig å forstå det som blir fortalt fordi det høres usannsynlig eller urealistisk ut. Som historien til Veteranen da han unngikk å gå i mørket (jamfør: Funn fra intervju). Sykepleieren vil kanskje få vanskeligheter med å relatere seg til informasjonen, og klarer ikke å bruke den til noe positivt for pasienten. Relasjonsoppbyggingen vil bli hemmet

om ikke pasienten eller sykepleieren klarer å forholde seg til det empatien bringer frem. Føler man empati vil det bringe frem en dypere forståelse mellom pasient og sykepleier.

Travelbee poengterer at empati kun dannes gjennom likhet. Sykepleiere må ikke ha hatt PTSD eller like symptomer for å kunne føle empati. Travelbee sier at utvikling av empati er en prosess. Når sykepleieren har opparbeidet seg erfaring om emnet gjennom praksis og teori vil hun stå bedre rustet til å kunne føle empati (jamfør Menneske-til-menneske-forholdet). Pasienten vil ha behov for tillit for at han skal fortelle om sine bekymringer. Mange pasienter har fått sin grunnleggende tillit svekket på grunn av en traumatisk opplevelse. Sykepleierens oppgave blir å bygge opp en relasjon som gir styrke og håp, hvor pasienten kan oppleve tillit til og fra sykepleieren. Sykepleieren oppnår dette ved å holde avtaler, vise omsorg, være til stede, lytte og gi pasienten hjelpen han trenger (Eide og Eide 2007). Primærsykepleieren har støttesamtaler med pasienten hver dag. Sykepleieren kan bidra til mestring ved å være en samtalepartner som har et realistisk perspektiv på hva som *bør* og *kan* gjøres på kort eller lang sikt (Eide og Eide 2007).

Informanten legger vekt på empati i møte med PTSD- pasienter. Hun opptrer tillitsvekkende ovenfor pasienten slik at han kan dele sine bekymringer. Dermed blir hun en samtalepartner og en støttende person på avdelingen. Målet med empatifasen er i følge Travelbee at man skal kunne forutsi den andres adferd. Det vil være gunstig for sykepleieren å kunne forutsi pasientens adferd. Et eksempel på dette kan være at: når sykepleieren kan forutsi pasientens adferd, og vet hva som stimulerer pasientens flashbacks, kan hun forsøke å forhindre det.

Sympatien, som er den fjerde fasen i prosessen, kommer tydelig frem i funn fra *Primærsykepleie*. Det blir fremstilt i det avsnittet, men jeg velger å drøfte det etter *Støttesamtale* for at fasene i interaksjonsprosessen kan følges kronologisk. I Funn fra intervjuet: *Primærsykepleie* forteller informanten at hun, etter som hun blir kjent med pasienten og ser verdien hans, har lyst til å hjelpe han til det beste tilbudet. Travelbee sier at sympatien er en videreføring av forrige fase, empati. Ved å vise sympati viser man at man vil hjelpe pasienten til å lindre de plagene han har. Individets egenart kommer enda sterkere frem, og sykepleieren kommuniserer til pasienten at han er et unikt og verdifullt individ (jamfør: Menneske-til-menneske-forholdet).

Sykepleieren ivaretar pasientene med PTSD ved å bruke empati og sympati som verktøy for å bygge en bedre relasjon. Gjensidig forståelse og kontakt skal være mulig å oppnå når de forestående fasene er gjennomført. Travelbee mener gjensidig kontakt og forståelse er målet for all sykepleie (jamfør: Menneske-til-menneske-forholdet). Det informanten forteller om primærsykepleierens ivaretagelse av pasienter med PTSD, er gjenspeilt i Travelbees teori. Empatien og sympatien som sykepleieren viser legger til rette for at et Menneske-til-menneske-forhold skal oppstå mellom primærsykepleier og pasient.

Søvnproblem

Fra intervjuet kommer det fram at det er vanlig med søvnproblemer hos PTSD- pasienter. Søvnproblemer er et resultat av gjenopplevelse som er ett av de 3 hovedsymptomene. pasienter med PTSD har også kortere REM-søvn-latens (jamfør 2.2 Diagnostiske kriterier). Studier viser at to-tredjedeler av de med PTSD rapporterer betydelige søvnproblemer. (Belleville, Guay og Marchand 2009).

Informanten forteller at Søvndeprivasjon blir brukt til en av PTSD- pasientene med søvnproblemer, med god effekt. Etter søk på internett, og leting i bøker og artikler, fant jeg bare *en* henvisning til en studie som viser at Søvndeprivasjon natten etter å ha opplevd en traumatisk hendelse, kan forbygge utvikling av PTSD (Kelly 2011). Det var altså ikke noe teori som støttet bruk av Søvndeprivasjon for å forbedre søvnplagene til pasienter med PTSD. Artikkene jeg fant på emnet var om søvndeprivasjonsterapi og depresjon. Total søvnmangel i 24 timer brukes da som behandling for depresjon, og har en antidepressiv effekt (Kuhs og Tølle 1991).

På grunn av at jeg ikke har teori om Søvndeprivasjon vil jeg presentere andre måter sykepleieren kan være med å minske søvnproblemene til PTSD- pasienter. Man forbedrer pasientens nåværende søvmiljø ved å fjerne, eller redusere triggende elementer. Det vil skape en atmosfære som er mer fremmede for søvn. Sovemedisiner kan bli brukt, men skal

brukes i tillegg til vaneendringer og forbedring av søvnmiljøet, og ikke som en erstatter for endringene.

Her er noen som kan forbedre søvnen:

- Fysisk trening i løpet av dagen, men ikke rett før man legger seg
- Avslappende musikk ved sengetid
- Skrive om tanker og følelser eller ta dem opp på tape
- Spise et lett måltid 1 time før leggetid. Mat med karbohydrater og kalsium er avslappende, mens mat med proteiner og sjokolade er stimulerende.
- Unngå stimulerende drikker: kaffe, te, Cola drikker, og kakao
- Gjøre kjedelige plikter eller lese en bok, før man legger seg
- Etablere en fast oppvåkningstid. Pasienter kan ikke bestemme når de sovner, men de kan bestemme når de skal stå opp. Hvis pasienten unngår å sove på dagen vil han bli trøttere på kvelden og lettere falle i søvn (Matsakis 1994).

Søvndeprivasjonsbruk på døgnavdelingen har jeg ikke kunnet underbygge teoretisk. Metoden blir uansett framstilt i funnet som suksessfull, og fungerer for Veteranen. Det er derfor underlig at det ikke finnes teori om emnet. Det kan hende at informanten har oppgitt feil bruk av metoden, eller at jeg ikke har lyktes i å finne litteratur som underbygger metodens bruk på avdelingen. Rådene jeg har valgt å fremstille viser at sykepleierens ivaretagelse vil være å gi råd om vaneendringer. Sykepleierens utfordring blir gjerne å motivere pasienten til å utføre og opprettholde de nye vanene. Informanten sier at sykepleierens funksjon i forhold til Søvndeprivasjon var å motivere pasienten til å holde seg våken. Selv om metoden ikke kunne underbygges for å forbedre søvnproblemene, så ser man at essensen i sykepleierens oppgave var å motivere pasienten. Selv om det er to forskjellige løsninger på søvnproblemene er motivasjon i begge tilfellene en måte sykepleieren ivaretar pasienten på.

Medisinering

Informanten forteller at SSRI- preparater blir mye brukt til PTSD- pasienter. Medikamentbruk til PTSD- pasienter er et alternativ til terapeutisk behandling og er ikke en hovedregel. Det blir vurdert ut fra hver enkelt pasients behov og ønsker. SSRI(selective serotonin reuptake

inhibitor) er medikamenter som blant annet brukes mot depresjon og angstlidelser (Folkehelseinstituttet 2006). Ved vedvarende stress blir Serotonin- nivåer lavt, noe som kan føre til depresjoner (jmfør 2.2 Diagnostiske kriterier og symptomer). Det viser at det vedvarende stresset man blir utsatt for ved PTSD kan føre til depresjon. I og med at SSRI-preparater har effekt både på depresjon og angstlidelser, som jo PTSD er, vil preparatet være gunstig å bruke. SSRI- preparater blir brukt for å redusere de tre hovedsymptomene ved PTSD: gjenopplevelse, unnvikelsesadferd og hyperaktivisering, og det har få bivirkninger (Friedman, Donnely og Mellmann 2003). SSRI- preparater blir derfor førstevalg i behandling av PTSD. Eldre typer antidepressiv har god effekt, men har flere bivirkninger og bør derfor ikke brukes (Friedman, Donnely og Mellmann 2003). Informanten sa at sykepleierens oppgave er å observere om preparatet har den ønskede effekten, og kommunisere med pasienten om han opplever noen bivirkninger.

En studie viser at klinisk depresjon og PTSD kan ha en parallell utvikling etter en traumatisk hendelse. Studien viser at depresjon og PTSD er lidelser som kan oppstå samtidig (Shalev, Freedman, Peri, Brandes, Sahar, Orr og Pitman 1998). Antidepressiver vil da være et alternativ til behandling for depresjon. Det blir også brukt i avdelingen. Søvndeprivasjon er en metode som har antidepressiv effekt. Fra intervjuet kom det imidlertid fram at metoden ble brukt for å forbedre søvnplager, ikke på grunn av sin antidepressive effekt. Det er interessant at antidepressiver blir brukt på avdelingen, men en metode som har klar antidepressiv effekt ikke blir brukt i den hensikt. De anerkjenner at depresjon og PTSD er en realitet ved medikamentell behandling mot depresjon, men søvndeprivasjon blir ikke brukt mot det.

Informanten forteller at benzodiazepiner blir brukt av noen pasienter, men de vil unngå å bruke det til nye pasienter fordi det er vanedannende. Benzodiazepiner har ikke spesifikk effekt på PTSD- symptomene, men det kan forbedre søvn og generalisert angst (Friedman, Donnely og Mellmann 2003). Preparatet virker altså ikke på de 3 hovedsymptomene. På avdelingen var det noen av pasientene som stod på det vanedannende preparatet Valium, et benzodiazepine. Informanten forteller at sykepleieren i samråd med lege er sykepleiere med i nedtrappingsprosessen. Om en pasient brått slutter med benzodiazepiner kan de oppleve fysiske abstinenser. Kroppen må sakte, men sikkert, avvendes slik at behovet forsvinner. Ved gradvis nedtrapping vil man minske forekomsten av fysiske symptomer og man kan lettere

slutte på medikamentet (Newfoundland 2009). Man risikerer at pasienter blir avhengig ved bruk av Valium. Siden preparatet ikke hjelper mot symptomene på PTSD er det ønskelig at pasienter som står på Valium ved innleggelse blir avvendt. Sykepleieren må da være med å observere om pasienten får abstinenser og videreformidle det til lege.

Sykepleierens ivaretagelse i forhold til medisinerer er å observere bivirkninger, gi informasjon til pasienten. I følge Pasientrettighetsloven § 3-2 har pasienten rett til informasjon om bivirkninger og eventuelle risikoer (Lovdata 2011). Hun skal ha kjennskap til eventuelle bivirkninger forbundet med medikamenter som blir brukt. De skal også observere om bivirkninger forekommer av nye medikamenter eller medikamenter pasienten sto på når han ble innlagt (Tiziani 2010).

7.0 Oppsummering og avslutning

Jeg ser tilbake på problemstillingen:

Hvordan kan sykepleieren i psykiatrisk døgnavdeling være med på å ivareta veteraner som får diagnosen Posttraumatisk stresslidelse(PTSD) etter at oppfølgingsåret fra forsvaret er over?

Med intervju som metode gikk jeg til på en psykiatrisk døgnavdeling for å finne svar på min problemstilling. Der fant jeg ut at sykepleieren ivaretar veteraner med PTSD gjennom en rekke oppgaver. Informanten hadde et meget bestemt fokus på å skape en relasjon med pasienten. Det var kontinuitet i pleien med en primærsykepleier på hver pasient. Sykepleieren er bindeleddet til andre behandlere og den som skal være talskvinne for pasienten mot andre helseinstanser. Sykepleierens relasjon med pasienten vil være avgjørende for kvaliteten på helsetilbudet i avdelingen. Det blir lettere for pasienten å fortelle om sine plager hvis han opplever tillit og trygghet fra primærsykepleier, og det er lettere å forholde seg til en person enn til flere. Sykepleieren ivaretar veteraner med PTSD på andre, mer praktiske måter også. Hun er med å gi medisiner, observerer bivirkninger, og gir pasienten informasjon om den medisinske behandlingen. Med den gode relasjonen i bunn, vil slike oppgaver også bli lettere.

Travelbees Menneske-til-menneske-forhold er en tilnærming som jeg kjenner igjen i funn fra intervjuet. De fire fasene som bygger opp til den siste fasen, gjensidig kontakt og forståelse, blir tydeliggjort i avdelingen. De hadde forskjellige tiltak som ville være med på å nå disse fasene og få et Menneske-til-menneske-forhold. Den første uken ble blant annet satt av til å bli kjent og pasienten fikk fortelle sin historie til den han ville. Empati og sympati var to egenskaper sykepleieren brukte for å bygge en relasjon. Nøkkelord fra informanten var å oppnå trygghet, skape relasjon og tillit.

Det eneste funnet som avvek fra litteraturen, var avdelingens bruk av søvndeprivasjon for å forbedre søvnproblemene til Veteranen med PTSD. I litteraturen kommer de frem at metoden har en antidepressiv effekt og det er også formålet med metoden. Det er bare en henvisning til at søvndeprivasjon kan brukes forebyggende mot å utvikle PTSD etter en traumatisk hendelse.

Jeg presenterte derfor en alternativ måte å møte problemet på: vaneendringer ved leggetid. Det kom likevel fram at motivasjon var en egenskap sykepleieren brukte både i forhold til søvndeprivasjon og vaneendringer. Motivasjon ble da en del av ivaretagelsen sykepleieren utførte til PTSD- pasienter med søvnproblemer.

PTSD er en diagnose det ikke blir fokusert på ved grunnutdannelsen i dag. Nysgjerrigheten min til PTSD ble vekket i praksis i utlandet, og jeg ville ha mer kunnskap om lidelsen. Som sykepleiere vil man mest sannsynlig møte på lidelsen i helsevesenet; på akuttmottaket eller innlagt på somatisk eller psykiatrisk avdeling. Som nevnt i innledningen er flyktinger en gruppe som er utsatt for å utvikle PTSD. Norge får flere flyktinger fra krigsrammede land som kan være traumatiserte. Man kan stille seg spørsmålet: er sykepleiere forberedt for å ivareta disse. Ved å kjenne igjen symptomer på PTSD kan sykepleieren være en ressurs i hjelpeapparatet, og ikke minst for pasientene. Under hele prosessen har jeg hatt vanskeligheter med å finne litteratur som er rettet mot sykepleie i forhold til denne pasientgruppen. Det er kanskje et tema det burde vært gjort flere studier på og skrevet mer litteratur om. Ved å ha mer fokus på traumer og traumebehandling i utdanningen, vil sykepleier bli bedre rustet til å kunne ivareta pasienter med PTSD.

I diktet "De beste" står det

".. en flokk blir alltid igjen, de uunnværlige flinke, livets nestbeste menn."

Veteranene har kjempet for Norges sak. De er uunnværlig flinke. De bør hedres og tas vare på etter beste evne. Sykepleiere har en jobb de kan gjøre for å forbedre veteranenes hverdag. Det beste verktøyet de har, er den gode relasjonen; selvfølgelig ikke uten utfordringer, men den utgjør selve grunnlaget for å kunne utøve god sykepleie og ivareta på best mulig måte.

8.0 Litteraturliste / Kildehenvisning

Vedlegg til oppgaven: Samtykkeskjema

* er selvvalgt litteratur – Krav: 300 sider – Antall brukt: 530 sider

* Belleville, G., Guay, S. og Marchand, A. (2009) *Impact of Sleep Disturbances on PTSD Symptoms and Perceived Health*. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol 197
*20 sider

* Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis* Oslo: Tano Aschhoug 5 utg *10
sider

Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Akademiske
3.utg

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 2 utg.

*Espnes, G., A. (2008) *Psykosomatiske sykdommer*

[Online] <http://www.sinnetshelse.no/artikler/psykosomatisk.htm> [hentet 17.03.11] *4 sider

* Folkehelseinstituttet (2006)

[Online]

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:56672::1:5647:6:::0:0&pid=233&trg=MainLeft_5648 [hentet 15.04.11]

*Forsvarsdepartementet (2010) [Online]

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fd/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-1-s-20102011/1.html?id=618291> [hentet 17.03.11] *10 sider

Friedmann, M.,J., Donnelly C.,L., og Mellmann, T.,A. (2003) *Pharmacotherapy for PTSD I*: National Center for PTSD [Online]

http://www.globalsecurity.org/military/library/report/2004/Appendix_H.pdf [hentet 05.04.11]

*Grønli, J. og Milde, A, M. (2010) *Dyremodeller for søvn og stress- implikasjoner for mentale lidelser I*: Søvn nr 4, 2 årgang *13 sider

*Hammarlund, C.O. (2001) *Bearbetande samtal: krisstød debriefing stress- och konflikthandtering* Stockholm: Natur og kultur *40 sider

* Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J., A. (2009)

Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle Oslo: Gyldendal Akademiske
3 utg. *10 sider

* Helsedirektoratet (2006) *“Prosjekt Traumatisk stress”* Organisering av kompetanse og helsetjenester til psykisk traumatiserte. Delrapport IV Organisering av Helsetjenester til FN/NATO- veteraner Anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet fra Sosial- og helsedirektoratet *19 sider

*Holter, H. og Kalleberg, R.(red) (1996) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* Oslo: Universitetsforlaget 2 utg. *15 sider

Hummelvoll, J., K. (2005) *Helt – ikke stykkevis og delt* Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag 6.utg

ICD-10 (2011) Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Bergen: Fagbokforlaget 5 utg.

*Kelly, B. (red) (2011) US Health News [Online]

<http://health.usnews.com/health-news/family-health/sleep/articles/2010/12/10/sleep-deprivation-may-help-treat-ptsd> [hentet 05.03.11]

Kringlen, E. (2009) *Psykisk* Oslo: 9.utgave Gyldendal Norsk Forlag AS

*Kushs, H. og Tolle, R.(1991) *Sleep deprivation therapy I: Society of Biological psychiatry* vol 29 *20 sider

*Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T.M. og Rygge, J. (1996) *Det kvalitative forskningsintervju* Oslo: Gyldendal Akademiske 2 utg. *5 sider

*Lovdata (2011) www.lovdata.no [hentet 19.03.11]

*Malt, U., F., Retterstøl, N. og Dahl, A.A. (2003) *Lærebok i psykiatri* Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag. 2 utgave *12 sider Kapittel 14.

*Matsakis, A. (1994) *Post-Traumatic Stress Disorder* Oakland: New Harbinger Publications. Inc. *67 sider, kapittel 3 og 6

*Newfoundland Labrador (2009) [Online]
http://www.getuponit.ca/upload_files/Benzodiazepines.pdf [hentet 15.04.11] *2 sider

*NIVO (2010) [Online] <http://www.nvio.no/?show=kameratstotte> [hentet 02.03.11]

Sand, O., Sjaastad, Ø., Haug, E., Bjåle, J.G og Toverud, K. (2006) *Menneskekroppen: anatomi og fysiologi*. Oslo: Akademiske forlag 2 utg

*Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, S., P. og Pitman, R., K (1998) *Prospective Study of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma*. I: American Journal of Psychiatry vol 155 *8 sider

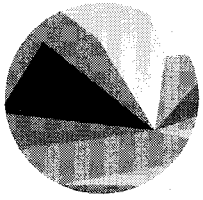
*Summerfield, D. (2001) *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*.

[Online] <http://www.bmj.com/content/322/7278/95.full> [hentet 20.03.11]

*Tiziani, A. (2010) *Harvard's nursing guide to drugs* Chatswood: Elsevier 8th ed. *5 sider

*Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
*287 sider

Vedlegg : Samtykkeskjema



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J.nr.:

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Stiles til: Psykologisk dagnavdeling
Avdeling / institusjon

Ved: _____
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave ___
- 2.) Deleksamen ___
- 3.) Semesteroppgave ___
- 4.) Prosjektarbeid ___

søker:

Student: _____

Bachelor i sykepleie: Kull: _____ Studiested: _____

Videreutdanning, linje: _____ Kull: _____

om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave.

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving.

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner.

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen: _____

- Hvordan kan sykepleieren i psykiatrisk døgnbehandling være med på å ivareta veteraner som får diagnosen PTSD etter et oppfølgingsøret fra forsvaret er over?

- Formål: å finne ut av sykepleierens ivarettelse til pasienter med PTSD.

Metode v/ datainnsamlingen: intervju

- intervjuet blir støttet for blindopptaker og anonymisert i oppgaven.

Respondenter / intervjupersoner: psykiatrisk sykepleier

Hjelpemidler til bruk v / datasamlingen: blindopptaker.

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datasamlingen er vedlagt.

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: _____

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med undertegnede student eller faglærer.

Med hilsen

Student

Faglærer