



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave

Kurskode: SYK 180 H Dato: 07.04.2014

Kandidatnr: 154, 162 Totalt ord: 9464

“Hvordan kan et tillitsforhold mellom beboer og sykepleier hjelpe den schizofrene beboeren å få dekt sine grunnleggende behov?”

*Jeg svever, daler, faller
Faller nedover i
Det tomme mørke,
Jeg kjenner dette mørke,
det er alt jeg kjenner
Det er så trygt her.
Så vær så snill
Ikke slipp inn lyset. (ukjent)*

Bacheloroppgave

Forord

Dette er en bacheloroppgave i sykepleie ved Universitetet i Nordland avd. Helgeland. Vi er to sykepleier studenter som har valgt å fordype oss i temaet psykiatri. Tidligere har vi begge jobbet innen psykisk helse hvor vi har fått en interesse for fagfeltet psykiatri. Når vi har vært på utplassering gjennom skolen har vi ulike opplevelser om hvordan det er å jobbe med schizofrene beboere, og derfor valgt temaet schizofreni. Vi vil gjerne benytte anledningen til å takke vår veileder Tone Knudsen Oddvang for god veiledning og alle som har vært med på å gjøre dette prosjektet mulig.

Bacheloroppgave

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling med avgrensning	5
1.2 Sentrale begreper	6
1.3 Etske overveielser	6
2.0 Metode.....	7
2.1 Kvalitativt intervju.....	7
2.2 Forberedelser til intervju.....	7-8
2.3 Retningslinjer for intervju.....	8
2.4 Personvern og anonymitet.....	8-9
2.5 Metodekritikk.....	9
2.6 Databaser.....	9
2.7 Analyse.....	9-10
2.8 Funn i intervju.....	10
2.8.1 En helt vanlig bolig.....	10
2.8.2 Relasjon og kontinuitet.....	10
2.8.3 Ukeplan og struktur.....	10-11
2.8.4 Individuelle behov.....	11
2.8.5 Mat- mer en bare ernæring.....	11-12
2.8.6 Tillit- ikke alltid gjensidig	12
2.8.7 Hovedbasen i et tilitsforhold.....	12
2.8.8 Relasjonen i fare.....	13
3.0 Teori.....	14
3.1 Schizofreni.....	14
3.1.1 Hvordan diagnostisere.....	14
3.1.2 Flere undergrupper.....	15
3.1.2.1 Paranoid schizofreni.....	15-17
3.2 Teoretikere.....	17
3.2.1 Møtet med den andre.....	17
3.2.2 Det grunnleggende i mennesket.....	17-19
3.3 Organisering av sykepleie.....	19-20
3.4 Sammenhengende oppfølging.....	21

Bacheloroppgave

3.5 Kommunikasjon et viktig redskap.....	21-22
3.6 Tillitsforhold - en balansegang.....	22-23
4.0 Bofellesskap.....	24
5.0 Drøfting	25
5.1 Det trygge fellesskap.....	25-26
5.2 Tillit bygges overtid.....	26-27
5.3 Relasjon gjennom kommunikasjon.....	27
5.4 Sykepleieren eller beboerens behov?.....	28
5.5 Organisert oppfølging.....	28-29
5.6 Ukeplan- struktur i hverdagen.....	29-30
5.7 Ernæring- mer en et grunnleggende behov.....	30-31
5.8 Hygiene.....	32-33
5.9 Søvnvansker et felles problem.....	33-34
6.0 Oppsummering.....	35-36
7.0 Litteraturliste.....	37-40

Vedlegg 1 – Intervjuguide

Vedlegg 2 – Tillatelse til innhenting av data

Vedlegg 3 – Samtykke erklæring

Vedlegg 4 – Opplysninger om arbeidet

1.0 Innledning

I denne oppgaven har vi valgt å fordype oss i hvordan et tillitsforhold mellom sykepleier og den paranoid schizofrene beboeren kan hjelpe å dekke hans grunnleggende behov. Faget psykiatri har hatt stor utvikling de siste førti årene, starten av nittenhundretallet var preget av eksperimenter på pasienter som førte til unødig lidelse, man har lært av de feilene man har gjort, noe som har skapt dagens psykisk helsevern (Hermundstad,1999). I dag har Norge utarbeidet et lovverk som skal sikre den schizofrene beboerens sikkerhet og rettigheter.

Lidelsen schizofreni forskes fortsatt mye på. Det er en lidelse som preges mye av personligheten, derfor tror vi individuell oppfølging er en fordel, mye av kunnskapen er basert på sykepleierens empiriske data knyttet til hver enkelt beboer. Derfor har vi sett det hensiktsmessig å bruke kvalitativt intervju i vår oppgave. Det finnes i mange tilfeller ikke et endelig svar på utfordringene man står ovenfor når sykepleieren skal hjelpe beboere med schizofreni. (Kringlen, 2011)

1.1 Problemstilling med avgrensning

“Hvordan kan et tillitsforhold mellom beboer og sykepleier hjelpe den schizofrene beboeren å få dekt sine grunnleggende behov?”

Vi har valgt ut tre grunnleggende behov: Søvn, ernæring og hygiene. Dette har vi gjort med tanke på oppgavens omfang. Oppgaven er satt til ett bofelleskap for langtids psykiatri. Vi har valgt å avgrense tillitsforholdet til tillit mellom beboer og sykepleier. Lidelsen schizofreni er avgrenset til paranoid schizofreni.

1.2 Sentrale begreper

Beboer

I vår oppgave er beboeren mottakeren av helsehjelpen, beboeren bor i egen leilighet i et bofellesskap med oppfølging av helsepersonell.

Autonomi

Beboers rett til å bestemme over egen kropp og rett til å bestemme over seg selv (Blix & Breivik, 2006)

1.3. Ethiske overveielser

Mottaker av helsetjenesten har vi valgt å definere som ” Beboer” da et bofellesskap ikke er en institusjon men en plass hvor folk leier egen leilighet. Kildene vi har brukt er nøye overveid og er basert på troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet (Veien til informasjonskompetanse, 2010)

Personen vi har intervjuet har vi beskrevet som ”intervjupersonen” i metoden.

2.0 Metode

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” S.83 (Dalland, 2012)

2.1 Kvalitativt intervju

Ved å bruke kvalitativ intervju metode vil vi prøve å få intervjupersonens erfaring i forhold til problemstillingen. (Dalland, 2012)

Vi tror kvalitativ metode er fordelaktig da den fokuserer på meninger og opplevelser og ikke på tallfestet, målbare data (Dalland, 2012). Ved å bruke kvalitativt intervju får vi en forståelse for beboerens levevilkår i et bofellesskap, vi ønsker å skape et helhetlig bilde av hvordan behandlingen av paranoid schizofrene foregår. Vi ønsker også et innsyn i hvordan sykepleieren jobber med beboerne på daglig basis, og hvordan han skaper et tillitsforhold til dem. Ved å bruke kvalitativt intervju som metode får vi også en gylden mulighet for forståelse av hvordan de schizofrene får dekket sine grunnleggende behov i et bofellesskap.

2.2 Forberedelser til intervju

Først måtte vi finne ut hvilke rammer vi skulle legge for intervjuet. Hvordan spørsmålene skulle utformes og hvordan et kvalitativt intervju skulle være bygd opp. Intervjuet er halvstrukturert som betyr at vi lager spørsmålene på forhånd men ikke nødvendigvis bundet i en gitt rekkefølge. Dette fordi det kan oppstå ting under intervjuet som gjør at vi må endre på rekkefølgen. Dette kan være at intervjupersonen selv kommer inn på det aktuelle temaet, da er det viktig å la han prate. Intervjuguiden skal brukes til å holde fokus på tema.

Intervjuguiden hjelper oss og forbereder oss mentalt og faglig til intervjuet. (Dalland, 2010)

Vi skal bruke en mal fra integrering og mangfoldsdirektoratet (2010) for å legge rammene for intervjuet. Malen vi skal bruke samsvarer med Dalland (2010) sin beskrivelse av hvordan et intervju skal være bygd opp. Før vi kunne velge intervjuperson hadde vi noen kriterier, vi trengte en med mye erfaring og kompetanse innen psykisk helsearbeid. Intervjupersonen valgte vi etter kompetanse og erfaringer med jobbing med schizofrene i bofellesskap. Siden en av oss har bekjentskap til personen visste vi at han satt på mye kunnskap som ville være

relevant for vår oppgave. Det første vi gjør er å sende en søknad til avdelingsleder på bofellesskapet om tillatelse til å foreta et intervju av arbeidstaker. Samtidig informerer vi om intervjuet og problemstilling, tema og anonymiteten. Deretter vil vi forhøre vi oss med intervjupersonen som er arbeidstaker på bofellesskapet om han var villig til å la seg intervju. Vi skal også avtale at intervjuet skal foregå på et møterom på bofellesskapet. Når vi utformer spørsmål er det viktig at spørsmålene får intervjupersonen til å snakke rundt temaet samtidig som det svarer til problemstillingen vår. Under intervjuet er det person 1 som skal før samtale mens person 2 skal notere ned stikkord og eventuelle uklarheter som tas opp på slutten. Vi skal bruke båndopptaker under intervjuet. Dette blir avklart i samtykke erklæringen intervjupersonen skriver under på. Person 1 har kjennskap til intervjupersonen, fordelene er at intervjuet blir mer frittalende, da det allerede er opprettet en relasjon. Men det kan også være negativt om man snakker for mye utenfor spørsmålene. Dette kvalitets sikrer vi ved å holde oss til de spørsmålene vi har laget på forhånd (Dalland, 2010).

2.3 Retningslinjer for intervju

Det er viktig at intervjupersonen får informasjon om oppgaven. Samtidig er det viktig at deltakelsen er frivillig. Intervjupersonen skal ha det komfortabelt under intervjuet, da går det for eksempel å spørre underveis om alt er bra, og at ikke han føler overlast eller føler seg truet av spørsmålene. Det er også viktig at intervjupersonen blir informert godt om bakgrunnen for intervjuet, den faglige hensikten med oppgaven, mulige fordeler og ulemper. Man må forklare hva som skjer med informasjonen vi får i intervjuet og at intervjupersonen har lov å trekke seg når som helst. Intervjupersonen har fjorten dager frist til å trekke tilbake informasjonen som er blitt hentet inn. Båndopptak blir transkribert etter intervju og deretter slettet. Om intervjupersonen trekker tilbake intervjuet innen fjorten dager vil all informasjon, inkludert tekst bli slettet. Vi har hentet inn intervjupersonens samtykke til at han skal bli intervjuet som senere blir vedlagt i oppgaven (Brinchmann, 2012, Dalland, 2010).

2.4 Personvern og anonymitet

For at vi skal kunne skrive denne oppgaven har vi valgt å anonymisere den i henhold til Universitetet i Nordlands oppgavetekniske retningslinjer (Vår 2013). Det å anonymisere er også viktig med tanke på å beholde intervjupersonens integritet. I oppgaven har vi valgt å kalle intervjupersonen "A". Opptaket blir slettet etter transkripsjon. Vi tar hensyn til

Helsepersonelloven § 21 som innebærer at vi ikke kan hente inn sensitive opplysninger. Dette innebærer at taushetsbelagte opplysninger ikke kan hentes inn (Dalland, 2010).

2.5 Metodekritikk

Det finnes også forhold ved vår metode som man kan stille seg kritisk til. Det kan oppstå feilkilder i selve kommunikasjon prosessen i et intervju, det er derfor viktig å forhøre seg med intervju objektet underveis i intervjuet. Det kan også oppstå feil på båndopptakeren i ettertid ved transkribering, dette kvalitetssikrer vi ved at intervjupersonen får muligheten til å lese gjennom intervjuet også i ettertid, for å rette opp eventuelle mangler og feil (Dalland, 2010). Intervjupersonen hadde ingen anmerkninger til transkripsjonen.

Vårt kvalitative intervju vil bli foretatt av en enkelt sykepleier og hans empiriske erfaringer med arbeid i bofellesskap og schizofrene. Dette har vi gjort på grunn av oppgavens omfang, samtidig som vi mener intervjupersonen sitter på tilstrekkelig kunnskap som vil gi relevante funn for oss. Funnene gir oss ikke mulighet til å generalisere, men de kan være nyttige til å gi en indikasjon på hvordan det kan være andre bofellesskap.

2.6 Databaser

Vi skal benytte oss av universitetsbiblioteket sine databaser, Oria og Bibsys, for å for å finne artikler som kan underbygge informasjonen vi får i intervjuet.

2.7 Analyse

Når vi begynte å transkribere intervjuet ble dette gjort ordrett for å kunne bevare alt som ble sagt etter at båndopptaket er slettet. For å finne de mest sentrale funnene leste vi transkriberingen hver for oss. Transkriberingen ble gjort ved at en skrev ned alt som ble spilt av båndopptakeren mens den andre satt på siden og kontrollerte at det ble skrevet riktig. Intervjuet ble delt opp etter hovedspørsmålene i intervjuguiden. Etter at svarene var delt opp, kunne vi se hvilken betydning disse svarene hadde for vår oppgave. Vi brukte kategorien ingen relevans, noen relevans, relevans og svært relevant når vi kategoriserte svarene. Når vi skulle plassere funnene etter relevans diskuterte vi det for å kvalitetssikre oppgaven. Etter at svarene var plassert i hver sin kategori kunne vi se dette opp mot vår problemstilling. Det var en fordel å være to personer, da vi fikk mer objektive funn. Ved at vi var to kunne vi kvalitetssikre at vi begge hadde forstått funnene riktig. Til slutt satt vi igjen

med resultater som ble funn i vår oppgave (Dalland, 2010).

2.8 Funn i intervju

Funnene i intervjuet er basert på analysen som blir gjort tidligere i oppgaven. Disse funnene er de mest relevante for oppgaven.

2.8.1 En helt vanlig bolig

I følge intervjupersonen er lovene de jobber etter den største forskjellen fra institusjon. Bofellesskapet har helsehjelp men ingen anledning til å bruke tvang. Det de gjør må bygges på tillit. Bofellesskapet har et samarbeid med psykisk helse og sosial-helsetjenesten på de beboerne som mottar felles tjenester fra dem.

“..dette er i prinsippet en helt vanlig bolig.” (A)

2.8.2 Relasjon og Kontinuitet

Behandlingen i bofellesskapet er basert på primærsykepleie, en-til-en kontakt med beboerne. Mange av de som jobber i bofellesskapet har jobbet der i fast turnus i tretten år, dette gjør at beboerne hele tiden har stabile folk rundt seg. Noen ganger kjenner personalet beboeren bedre enn pårørende gjør. Personalet jobber i nærpersiongrupper hvor tre ansatte har hovedansvaret for enkelt beboere, hvorav en av dem er primærkontakt. Dette gjør at beboerne får tettere oppfølging og Kontinuitet i behandlingen. Personalet blir betydningsfulle mennesker i beboerens liv.

“Har du opprettet en relasjon, så har du et ansvar ved å vedlikeholde den” (A)

2.8.3 Ukeplan og struktur

“Når du ikke har en eneste plan for dagen eller en eneste ting du skal gjøre når du står opp om morgenen, hvorfor skal du da stå opp?..” (A)

Personalet utarbeider en ukeplan med de fleste som bor i bofellesskapet. Dette gjør de for å skape en struktur i hverdagen. I ukeplanen skal man prøve å dekke både grunnleggende

behov, samtaler, og faste avtaler. Det kan for eksempel være dusjing en gang i uken eller at de har en samtale et hvis klokkeslett på dagen. Men i utgangspunktet kan beboerne sette inn hva de vil i ukeplanen. Det er nærpersongruppen som utarbeider ukeplanen sammen med beboeren. Man prøver å begrense det inn til de nære personene. Det er viktig å bruke lang tid på det. Målet med planen er å fylle hverdagen med noe samt få en hverdag som dekker grunnleggende behov og gir en normal døgnrytme.

2.8.4 Individuelle behov

Schizofrene har sine behov og omgivelsene har sine. Schizofrene beboere har ofte en ekstrem tilnærming til den ene, eller andre siden. Det kan gå inn i det begrepsapparatet de har og måten de ser verden på.

“Symptomer spiller inn på hvordan de ser sine grunnleggende behov” (A)

Schizofrene ivaretar hygiene på forskjellige måter. Hygiene blir ofte et tema, enten blir det for mye eller så blir det for lite. Det er svært få schizofrene beboere som har et normalt forhold til hygiene. Ofte vasker de seg ekstremt mye eller så vasker de seg ikke i det heletatt. Det er også ofte et forstyrret søvnmønster hos folk med schizofreni, enten sover de for mye eller for lite og de har ofte dårlig kvalitet på søvnen. Det har med medisinene de får og mangel på aktiviteter gjennom dagen. Angst og depresjon kan også spille inn på søvnen. For å forbedre søvnmønsteret må man prøve å få beboerne i daglig aktivitet.

2.8.5 Mat - mer enn bare ernæring

Intervjupersonen sier at de ikke får opplevelsen av å kjøpe, lage og tilberede maten. De tyr ofte til hurtigmatløsninger og opplever bare et ferdig produkt på en tallerken.

“Veldig få schizofrene får et ordentlig forhold til mat” (A)

Mange kan ha vrangforestillinger om maten som gjør at de bare kan spise enkelte produkter. En annen dimensjon med schizofreni og kosthold er den sosiale biten som kan være vanskelig for mange. Det å sitte rundt et bord kan for mange være utfordrende. Man må se på det med ernæring i et større bilde. Det handler om mer enn bare å få i seg næring. Det er

den enkleste sosiale relasjonen man kan ha. Når ting blir vanskelig for beboerne så kan det å by de på en kopp kaffe eller en brødiskive danne en allianse.

“... Vi passet jo alltid på det at når vi fikk nye pas at vi tilbydde de noe.. Har du lyst på en kopp kaffe, har du lyst på en brødiskive? det er sånn enkle ting som du kan tilby, som folk vil ta imot ... så kosthold kan man bruke aktivt i å danne en relasjon ...” (A)

2.8.6 Tillit – ikke alltid gjensidig

Noen ganger kan man ikke opprette tillitsforhold av forskjellige årsaker. Det kan også være tilfeller hvor man kan ha et ensidig tillitsforhold. For eksempel at beboeren har tillit til deg, men du har ikke tillit til han. Man må veie situasjonen fra beboer til beboer, noen kan være farlige, da er det ikke gunstig med for mye tillit. Men grunnleggende tillit og gjensidig tillit er en fordel og noe man bør jobbe imot. Når en beboer har tillit til deg så har han tillit til alt du er. Man blir en rollemodell for beboeren, også i veiledning av grunnleggende behov.

2.8.7 Hovedbasen i et tillitsforhold

“Tillitsforhold er det grunnleggende i menneskelig kontakt. Det er ikke enkelt å bygge opp tillit men det er fort gjort å rive den ned.” (A)

Tillitsforholdet er viktig uansett hva man jobber med, det er basisen for hele jobben, om beboeren ikke har tillit til deg så vil du heller ikke komme noen vei.

Beboerer med schizofreni er ofte veldig følsomme på kroppsspråk og non-verbal kommunikasjon.

Man kan bli avslørt på å si ting som ikke er sant om den non verbale kommunikasjonen ikke stemmer overens med det man sier. Dette er veldig viktig når man møter nye beboere. Om man lar sin egen angst eller reaksjoner komme i veien, kan det ødelegge muligheten for dannelse av relasjon.

2.8.8 Relasjonen i fare

En relasjon må skapes med en gang, vise at man er der for å hjelpe og til å stole på.

Deretter er det viktig å følge det opp. Det er ikke alltid man vil kunne skape en relasjon, det hender at bare noen klarer dette. Da er det viktig at de får fortsette å bygge på denne.

Relasjonen til en beboer kan få kortvarige brudd, men den er lett å gjenopprette om man har et grunnleggende tillitsforhold i bunn.

“Man må bruke alle sine kvaliteter som menneske for å opprette en relasjon. Det handler om å være til stole på, det er hovedbasisen i et tillitsforhold” (A)

3.0 Teori

3.1 Schizofreni

For å kunne få en forståelse av hva paranoid schizofreni innebærer må man se på diagnosen schizofreni som helhet. Det er fortsatt mye usikkerhet rundt diagnosen men en ting man vet er at ca. 1 % av befolkningen i alle land rammes av lidelsen. Man har valgt å dele schizofreni inn i 3 kliniske undergrupper: Hebefren schizofreni, Kataton schizofreni og Paranoid schizofreni. Tankemønstrene til schizofrene kan bidra til forstyrrelser i kommunikasjonen mellom beboer og sykepleier, . (Kringlen, 2011).

3.1.1 Hvordan diagnostisere

For å kunne diagnostisere schizofreni stilles det krav til at kvalifisert helsepersonell diagnostiserer lidelsen etter kriteriene i ICD-10. Dette er en manual utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (1993). I de første fasene av diagnostiseringen er depresjon, nevrose, borderline-tilstand eller reaktiv psykose vanlige diagnoser å få.

ICD-10 krever at psykosen har pågått i over en måned før den kan klassifiseres som schizofreni (Kringlen, 2011).

For å stille diagnosen må pasienten gjennom en rekke samtaler hvor behandler kartlegger både symptomer og atferd. Samtalene skal støttes av strukturelle intervjuer og skalaer for å kartlegge omfanget av symptomer og plager.

I tillegg til dette er det vanlig å foreta biologiske undersøkelser av hjernen, mange studier fra tilbake i tid har vist en rekke avvik i hjernens anatomi hos de schizofrene. Men det er også viktig å utelukke hjerneskader som kan gi schizofrene symptomer.

En pasient med vrangforestillinger ved klar bevissthet er hovedsymptomet på paranoid schizofreni. Hendelser som skjer omkring pasienten oppfattes og forklares annerledes og relatert til egen person. Selv om det for andre virker helt uforståelig. Det er vanlig at paranoid schizofrene har forgiftning, forfølgelsesforestillinger og hører stemmer. Det kreves derimot ikke hallusinasjoner for å få diagnose.(Kringlen, 2011).

3.1.2 Flere undergrupper

Det har blitt stilt spørsmål til om det har noen hensikt å dele schizofreni inn i tre forskjellige undergrupper hebefren, kataton og paranoid schizofreni. Det er sjeldent at man ser disse undergruppene i sin opprinnelige form. De forskjellige undergruppene har ofte samme symptomer på tvers av hverandre. Det har blitt kjent at pasient kan forandre symptomer over tid, altså at han i en periode kan være paranoid mens en annen periode kan han være urolig. Kringlen mener at man bør la en inndeling i paranoid og ikke-paranoid bli stående (Kringlen, 2011).

Det finnes lite forskning på de forskjellige undergruppene, grunnen til dette er at forskerne har sett på schizofreni som helhet heller enn å studere de forskjellige undergruppene individuelt. Det rådes derfor tvil om hvilke undergrupper det egentlig finnes (Hem, 2002).

3.1.2.1 Paranoid schizofreni

Paranoid schizofreni er sterkt preget av vrangforestillinger. Disse kan kategoriseres som "bizarre" som vil si at virker inn på påvirkning og kontroll og bryter med naturlovene. Et eksempel på dette kan være at den paranoid schizofrene tror at romvesener styrer oss fra en annen planet. En annen mulighet er ikke-bizarre forestillinger, da hører den schizofrene flere stemmer som kommenterer ting han gjør. En tredje mulighet er hallusinasjoner av andre typer som sammen med tankeforstyrrelser inneholder tilbaketrekking, men ikke i en slik grad at det kan diagnostiseres som kataton eller hebefren schizofreni (Torgersen, 2012).

Søvn

Paranoid schizofrene har dårligere kvalitet på søvnen enn andre. En akutt psykose er ofte forbundet med søvnfragmentering og dårlig kvalitet på innsovningen. De har også en tendens til å forskyve døgnnet og har mange søvn og våkenhetsperioder i løpet av et døgn. Symptomer som angst og vrangforestillinger kan gjøre innsovningen vanskelig. Søvnapne er mer vanlig blant schizofrene enn hos pasienter med andre psykiske lidelser, for samtidig som nevroleptika har vist seg å forbedre søvnen til schizofrene har den også en bivirkning ved langvarig bruk i form av vektøkning, noe som kan føre til høyere forekomst av søvnapne (Fetveit & Bjorvatn, 2007).

Forstyrret søvnmønster finner man hos 30-80 prosent av schizofrene pasienter. Dette avhenger av graden av psykotiske symptomer. Målt med polysomnografi vises det en redusert effektivitet av søvnen hos schizofrene, dette viser seg å være et viktig aspekt ved lidelsen (Cohrs, 2008).

Matvaner

I en studie gjort i Scotland av schizofrene pasienter viste resultatene at schizofrene har et generelt dårlig kosthold. Mange schizofrene er arbeidsledige, folk som er arbeidsledige har ofte et dårligere kosthold enn de som arbeider. De fleste pasientene var røykere, noe som i den generelle befolkningen er assosiert med et dårligere kosthold enn hos de som ikke røyker. Blant schizofrene viste det seg også at schizofrene røykere hadde et lavere inntak av frukt og grønnsaker enn ikke røykende schizofrene. Studien viste også at negative symptomer hos schizofrene kan føre til en apatisk holdning til mat som gjør at de er mer likegyldige til maten de spiser (McCreadie, 2003).

I en annen studie gjort av Folley & Park (2010) ble det målt hvilken interesse schizofrene hadde for spesielle matvarer som: Dessert, kjøtt, pasta og grønnsaker resultatene viste at schizofrene er mer positive til mat enn de friske personene. Kontroll personene var mindre interessert i grønnsaker enn de schizofrene og mer interessert i dessert. Mens de schizofrene hadde et mer positivt forhold til all maten de ble presentert for. Studien konkluderer med at årsaken til dårlige matvaner hos schizofrene skyldtes mer maten som er tilgjengelig enn interessen for å spise sunt (Folley & Park, 2010).

Hygiene

Tap av hygiene blir ofte karakterisert som vanlig symptom hos schizofrene pasienter. Dette skyldtes ofte vrangforestillinger forbundet med spesielle kroppsdel, følelser, sanseinntrykk. Vrangforestillinger om at det for eksempel er stråling i vannet kan gjøre at schizofrene velger å ikke vaske seg. Eller i motsatt tilfelle at de har stråling på kroppen som gjør at de vasker seg for mye (Norsk helseinformatikk, 2013).

I en studie av Brewer m.fl. (2006) påpekes det at dårlig personlig hygiene er en vanlig observasjon hos schizofrene. Mange med lidelsen er ikke klar over egen kroppslukt simpeltent fordi de oppfatter lukten annerledes.

3.2 Teoretikere

3.2.1 Møte med den andre

Vi valgte Levinas (1996) sin filosofi fordi hans framstilling av møtet med individet kan brukes i sykepleier og beboer forhold.

Emmanuel Levinas (1996) sitt første hovedverk, er en filosofi om møte mellom mennesker. Filosofien tar utgangspunkt i vårt møte med "den andre", denne filosofien betyr at man er avhengig av å møte "den andre" for å kunne forstå han.

Levinas filosofi handler om hvordan mennesker forstår hverandre. Han skriver at vi som mennesker er avhengige av andre for å forstå hva et menneske er. Uten den andre vil man ikke få en helhet. Han mener det ligger en grunnleggende moral i alle mennesker som vi tar med oss i det første møtet med andre, noe som danner et grunnlag for å forstå den andre bedre. Levinas sier at for å kunne lykkes med å skape en relasjon må mennesket være villig til å inngå kompromiss og lytte til motparten. Dette innebærer å være åpen og ærlig. Man må stille mennesket man møter foran seg selv. Når man prioriterer det andre mennesket, er det viktig at dette skjer uten at man selv forventer noe i gjengjeld. Da dette gjør at man til slutt vil prioritere seg selv. Når man møter den andre er det viktig å gå inn i møtet uten fordommer, være villig til å inngå kompromiss, villig til å lytte og være åpen og ærlig (Lévinas, 1996).

3.2.2 Det grunnleggende i mennesket

Virginia Henderson er sykepleieteoretiker som har skrevet om de grunnleggende behov, hennes teorier har hatt mye å si for hvordan grunnleggende sykepleie er i dag, ikke bare det fysiske men også psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Kirkevold, 1998).

"Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personer, syk eller friske i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død) noe han ville gjort uten hjelp om han hadde tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en måte at personen gjenvinner uavhengighet som fort som mulig" S.9 (Henderson, 1993).

Bacheloroppgave

Virginia Henderson var en av de første som prøvde å definere hva sykepleierens fagoppgave var. Henderson har hatt stor innflytelse på den moderne sykeleie og hennes teori har vært ledende i USA i flere tiår (Kirkevold, 1998).

Virginia Hendersons lagde fjorten målepunkter som hun mente var relevant for å få dekket menneskets grunnleggende behov. Åtte av disse punktene omhandler fysiske behov, mens resterende seks omhandler psykososiale behov. Målet med punktene er at beboeren skal gjenvinne selvstendighet, helse og helbredelse (Kirkevold, 1998).

Nedenfor presenteres tre av de grunnleggende behovene i Hendersons teori.

Søvn og hvile

Henderson skriver i sin bok at for kunne få ordentlig søvn og hvile er det viktig at musklene er avslappet. Hun skriver at vanlige mennesker tar det forgitt at man skal ha et vanlig søvnmønster, at det er først når problemene med søvn oppstår at man forstår hvordan det er. Hun skriver at mangel på søvn eller forstyrrelser i søvnmønsteret kan føre til sykdom eller at sykdom kan føre til søvnforstyrrelser eller mangel på søvn (Kristoffersen m.fl, 2005).

Henderson skriver videre at omgivelsene og hva du har gjort på dagen også påvirker søvnen. Om omgivelsene er slik at beboeren føler seg tilfreds vil han få bedre søvn. Dette handler om å fjerne all ytre støy og uro, lukt eller synsinntrykk. At beboeren er sulten kan også påvirke en naturlig søvn. Om beboeren føler han har hatt en betydningsfull dag, vil søvnen bli bedre.

Tilstedeværelse av andre eller bevisstheten om at det er noen tilstede kan også gi beboeren en bedre ro. Ifølge Kristoffersen (2005) har Henderson (1993) en teori om at sykepleien må være individbasert og at det må dannes et miljø rundt beboeren, dette kan også bidra til en mer naturlig søvn (Kristoffersen m.fl, 2005).

Å spise og drikke tilstrekkelig

Henderson påpeker at det er sykepleieren som ofte har ansvar for beboerens ernæring og kosthold. Sykepleieren må kunne gi beboeren råd i forhold til normal vekt og alder, og ernæringsmessige behov og hvordan maten bør tilberedes.

Det er viktig at sykepleieren legger til grunn beboerens kostholdsvaner, som vil si at veiledningen må være individ orientert. Det er viktig for sykepleieren å få en oversikt over eventuelle matvarer beboeren ikke kan ha.

Samtidig er det viktig at sykepleieren har en oversikt over matens psykiske virkninger og hvordan dette kan påvirke beboeren (Henderson, 1993).

Å opprettholde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet

Henderson mener at renslighet har to synsvinkler, den psykologiske verdi og den fysiologiske verdi. Men at man må se de to verdiene også i sammenheng. Et menneskes velsteltet er med på å beskrive også menneskers indre tilstand. Hva god hygiene er varierer fra person til person. Når beboere har tvangstanker som uttrykker seg i renslighet, blir den gode generelle sykepleien å nedtone disse behovene. Henderson sier det er en utfordring å sette opp generelle kriterier for hygiene. Det er ikke alltid ønskelig for alle å dusje hver dag. Man må høre på beboerens behov og ønsker når det gjelder hygiene. Henderson skriver videre at beboeren i alle fall bør se ren og velstelt ut, ikke er illeluktende, og at man beskytter huden mot tørrhet og irritasjon. Henderson skriver videre at et godt forhold mellom beboer og sykepleier er viktig for å hjelpe beboeren til å dekke sin hygiene. Men at det må en ekstra håndsrøking til for på hjelpe beboeren med sin selvrespekt og velvære (Henderson, 1993).

3.3 Organisering av sykepleie

Det er svært avgjørende at sykepleieren er dyktig til å organisere for å sikre faglig forsvarlig sykepleie, samtidig som beboeren får en opplevelse av kvalitet på behandling og omsorg. Nedenfor har vi beskrevet fire organiseringsformer som er sentrale i dagens sykepleie (Orvik, 2004).

Casesykepleie

Case sykepleie er den eldste formen for sykepleie, i denne formen har man en total oppfølging av beboeren. Den store forskjellen er at det er lite kontinuitet i Case sykepleie. Sykepleieren var bundet til leiligheter eller rom ikke beboeren. Case sykepleie er opphavet til Primærsykepleie (Digernes m.fl 1986).

Rundesykepleie “funksjonellsykepleie”

Denne organiseringen går ut på at den hver sykepleier får tildelt en enkelt eller flere oppgaver de skal gjøre. Stell av sår, medisin utdeling, servere frokost. Tanken bak denne organiseringsformen er økt effektivitet og bedre oversikt for den enkelte sykepleier. Et stort poeng er at sykepleieren skal ha mer fokus og kontroll på egne oppgaver (*Digernes m.fl 1986*).

Gruppesykepleie

En mer beboerrettet og individuellbasert organiseringsform enn rundesykepleie. Samtidig skal den øke effektiviteten og være mer økonomisk forsvarlig. Det er to viktige prinsipper i gruppesykepleie: Sykepleien blir fordelt, planlagt og evalueres av en sykepleier. Faktor nummer to er kontinuitet, her skal beboeren følges opp igjennom gruppemøter og skiftlige pleieplaner (*Digernes m.fl 1986*).

Primærsykepleieren

“Primærsykepleie er en organisasjonsmodell for sykepleietjenesten på postplan, hvor En fast sykepleier er tillagt det helhetlige ansvaret for planlegging, utøvelse og evaluering av den daglige sykepleien til en bestemt gruppe pasienter fra innkomst til utskrivning eller død” (*Digernes m.fl 1986*)

Primærsykepleie har en helhetlig sykepleieorganisering som gir totaloppfølging av beboeren og man ser utvikling og resultater. Primærsykepleie baserer seg på alle som jobber ved en avdeling og det må derfor være kontinuitet i jobbgruppen for at det skal være mulig å bruke denne organiseringsformen. Samtidig som man har tett oppfølging av beboeren som primærsykepleier trenger man en sekundær sykepleier som er oppdatert på beboeren og kan ta over når primærsykepleier er borte. I denne organisasjonsformen er det viktig at primærsykepleiere har god kompetanse fordi han skal jobbe selvstendig å kunne ta avgjørelser mer på egenhånd (*Digernes m.fl 1986, Orvik, 2004*)

3.4 Sammenhengende oppfølging

“Det er vanskelig å opprettholde en allianse med en beboer om du er der en uke så er du borte i fjorten dager” (A)

Det finnes flere former for kontinuitet i sykepleie. Man kan ha en ideologisk kontinuitet som vil si at det er et overordnet mål. En personlig kontinuitet mellom beboerne og sykepleier innebærer at beboeren blir fulgt opp direkte av primærsykepleier med hovedmål å skape kontinuitet i behandlingen. I tillegg til dette er det også viktig med kontinuitet i et tverrfaglig team. Dette handler mye om å holde struktur i profesjonen hvor man samarbeider på tvers av helseforetak som for eksempel sykehus og kommune. Da er det viktig at det er systemer som gir kontinuitet av dokumentering om behandlingen av beboeren.

Orvik skriver at det å sikre kontinuitet betyr å skape en organisasjonsform som kan sikre en sammenheng i behandlingen og omsorgen av beboeren. Beboeren vil få et mer helhetlig bilde av behandlingen og føle at den er mer individualisert. Kontinuitet er ikke bare noe individuelt det er også noe felles.

Å bruke dette som verdi kan bidra til et bedre samarbeid også blant de ansatte og de instansene de samarbeider med. Kontinuitet handler samtidig om å begrense antall ansatte som har med beboeren å gjøre (Orvik, 2004).

3.5 Kommunikasjon et viktig redskap

“Ved ethvert møte mellom sykepleier og den hun har omsorg for, foregår det kommunikasjon mellom dem - når det er samtaler og når de er tause” s.135 (Travelbee, 2001)

Travelbee hevder at kommunikasjon er et av de viktigste redskapen man har.

Kommunikasjon er vesentlig for å kunne fremme sykepleierens hensikt som kan være å hjelpe beboeren til å finne erfaring i egen sykdom. Samtidig advarer Travelbee mot å tro at kommunikasjon er svaret på alt. Bakgrunnen for dette er støy og avvik i folks måte å kommunisere på (Kirkevold, 1998).

Det forgår kommunikasjon bevisst og ubevisst. Når en har kommunikasjon med den andre parten det viktig at man forstår det som blir sagt. Hvis man feiltolker det den syke

kommuniserer gjør det at sykepleieroppgavene blir vanskeligere (Travelbee, 2001).

Som sykepleier er man en rådgiver for beboeren, som rådgiver er det grunnleggende med kommunikasjon, evne til å lytte og vise oppmerksomhet. Morrison (1992) skriver at det finnes tre lytte nivåer: lingvistiske aspekter, para-lingvistiske aspekter, ikke-verbale aspekter ved kommunikasjon.

I de Lingvistiske aspektene handler det om at sykepleieren får med seg hva som blir sagt. Her er ikke sykepleieren og beboeren psykologisk bundet til hverandre, og forholdet trenger nødvendigvis ikke å utvikle seg noe mer heller.

Å lytte består også i å "høre" den andre, da kan man bruke para-lingvistikk som har med alle delene av språket å gjøre, dette betyr ikke bare å få med seg hva den andre sier, men også tempo, volum, stemmeleie og betoning.

Det er viktig å legge oppmerksomheten til det para-lingvistiske, da det ofte kan si oss mer enn tradisjonelt språk. Det kan gi oss en mulighet til å tolke hvordan en person egentlig har det. Det er viktig at man sjekker med beboeren at dette stemmer overens med hvordan han egentlig har det. En tredje faktor sykepleieren må være oppmerksom på ved rådgivning av beboeren er de ikke-verbale aspektene ved kommunikasjon. Da er det viktig å observere, ansikts uttrykk, kroppens stilling og bevegelse, bruk av fakter, nærhet og berøring, alt dette kan gi sykepleieren tegn på hvordan beboeren egentlig har det, og sykepleieren kan bruke dette aktivt i sin rådgivning av beboeren.

Ved å være oppmerksom på alle disse faktorene vil man kunne lytte i helhet, istedenfor å observere ord for ord.

Det er viktig å ikke låse beboeren til et fast tema, men følge konversasjonen dit den går. Når beboeren blir stilt ovenfor denne type lytting vil han føle større empati fra sykepleieren (Morrison m.fl 1992).

3.6 Tillitsforhold - en balansegang

" ..å bygge opp tillit er jo ikke så enkelt, å rive det ned kan være kjempe enkelt.." (A)

For å skape et tillitsforhold må man skape en relasjon til beboeren, da er det viktig med trygghet. I boken grunnleggende sykepleie skriver de at trygghetsbegrepet har to

Bacheloroppgave

dimensjoner, den indre og den ytre tryggheten. Den indre tryggheten handler om å være trygg på seg selv, en grunnleggende trygghet. Den ytre tryggheten er relatert til livet og samhandlingen med omgivelsene. Med den ytre tryggheten handler det å se hver situasjon individuelt og enten vurdere de som trygge eller ikke trygge.

Trygghet er et viktig element i skapelsen av et tillitsforhold mellom beboer og sykepleier. Har man ikke trygghet vil man ikke utlevere noe til den andre parten, for å skape tillit må man gi og ta, mennesker er avhengig av hverandre for å skape en relasjon. Om den ene parten ikke er åpen for en relasjon vil tillitsforholdet bryte sammen (Blix & Breivik, 2006).

4.0 Bofellesskapet

Et bofellesskap bærer på de samme prinsippene som den kommunale hjemmetjenesten. Beboerne i bofellesskapet har eget kjøkken, bad, stue og soverom. Beboeren har også egen nøkkel og tilgang til egen postkasse. Det blir skrevet under en husleiekontrakt hvor beboerne har rettigheter og plikter, her kan det også bli utarbeidet faste avtaler og gjøremål de selv skriver under på. Det skal være bofellesskapet skal gi rom for at beboerne er ulike. Personalet skal sørge for at beboerne får utvikle seg i forhold til sine forutsetninger. Personalet skal også tilrettelegge for sosiale aktiviteter som skal hjelpe beboeren til å bli bedre i sosiale settinger (Pedersen, 2007).

I en studie om erfaringer å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer, viste det en positiv respons hos beboerne. Det gav økt selvfølelse, trygghet og sikkerhet, et håp om en framtid og en følelse av fremmet helse. Det var også utfordringer ved å bo i en egen bolig. Beboerne følte at de ble stigmatisert for plassen de bodde på. Mange personer med psykiske lidelser samlet på samme plass førte til utrygghet i miljøet.

Mange av beboerne følte seg også ensomme og isolerte i miljøet. De mente også at økonomiske forhold gjorde at de ikke hadde andre alternativer til bosted. Dårlige boforhold og mangelfull hjelp og støtte fra personalet var også funn som ble gjort i denne studien. Konklusjonen fra denne studien er at beboere med langvarig psykiske helseplager har et ønske om en vanlig bolig der autonomi, kontroll og forutsigbarhet står i fokus. Det er også viktig at det er tilgjengelig helsepersonell ved behov. Intervjupersonen var også innom disse ulike aspektene ved å bo i egen bolig, intervjupersonen var sikker på at det var til det beste for en schizofren beboer at han bodde i et bofellesskap der han/hun hadde et miljø som var trygt som igjen dannet grunnlag for opprettelse og ivaretagelse av et tillitsforhold (Ellen m. fl. 2013).

5.0 Drøfting

Når vi skal drøfte denne oppgaven har vi tatt for oss problemstillingen sett opp imot funn og teori. "Hvordan kan et tillitsforhold mellom beboer og sykepleier hjelpe den schizofrene å dekke sine grunnleggende behov"

5.1 Det trygge fellesskap

"Dette er i prinsippet en helt vanlig bolig." (A)

Beboerne i bofellesskapet bor i egen bolig, helsehjelpen er frivillig og behandlingen er i stor grad basert på tillit. De mest relevante lovene i bofellesskapet er pasient og brukerrettighetsloven, da særlig kapitell tre, beboerens rett til medvirkning i helsehjelpen. Medvirkningen kan for eksempel være utarbeiding av ukeplan sammen med sykepleier. Det må understrekes at vi har utelukket mange lover. Dette skyldtes at dette er en vanlig bolig hvor loven om tvungen psykisk helsevern opphører.

"Det vi gjør her må bygge på tillit, vi kan ikke tvinge oss å dem, det er en av de veldig store forskjellene fra institusjon"

Helsehjelpen som tilbys i et bofellesskap er veldig likt tjenestene brukerne av hjemmesykepleien mottar. Den store forskjellen er fellesskapet, tryggheten og den tette oppfølgingen beboerne i bofellesskapet får. Forholdet mellom den psykisk syke og sykepleieren handler ofte om omsorg og krav. I flere studier vises det at psykiatriske beboere som bor utenfor institusjon har bedre livskvalitet og oppleves mer fornøyde. I studien gjort av hjemmeboende med psykiske lidelser viste det seg at beboerne mente det fremmet deres psykiske helse å få bo i en egen bolig. Det å kunne leve et mest mulig normalt liv var viktig for å styrke en sosial integrering og skape trygghet. Mye handlet om autonomi og at de kunne bestemme når de skulle være med folk og når de ikke vil være med folk. Altså muligheten til å kunne trekke seg tilbake i egen leilighet ved behov (Fjørtoft, 2012).

Intervjupersonen mente at det var svært fordelaktig for schizofrene å bo i bofellesskap, da det gav sykepleieren og beboeren et bedre grunnlag for ivaretagelse av et tillitsforhold.

Vi mener den største fordelen med bofellesskap er å ha en følelse av å ha noe eget, det er en plass hvor beboerne kan skjerme seg selv fra omverdenen samtidig som sosial stimuli er lett tilgjengelig. Dette gir beboerne kontroll over eget liv, noe som fører til bedre selvfølelse, livskvalitet og trygghet. En bedre selvfølelse fører til at beboeren får en bedre hverdag, det styrker også beboerens evne til å dekke grunnleggende behov. Ved at beboeren får en enklere hverdag får han en bedre livskvalitet som gjør det enklere for sykepleieren å skape tillit til beboeren.

5.2 Tillit bygges over tid

“Det er en fordel å drive tillitsbygging i bofellesskap. Det er lite turnover i personal gruppen og beboerne har stabile folk rundt seg hele tiden, mange av beboerne kjenner personalet bedre enn pårørende. Vi blir betydningsfulle personer i beboerne sitt liv.”

Primærsykepleie er en gunstig organiseringsform i et bofellesskap, den sikrer kontinuitet gjennom individuell oppfølging. Kontinuitet i behandlingen er ifølge Orvik (2006) viktig for at beboeren skal oppleve at tjenester og tiltak henger sammen på en helhetlig måte og at man har en ubrutt sammenheng i behandling og omsorg.

Vi tror at kontinuitet av personale skaper tryggere omgivelser både for de ansatte og for beboeren. Man er avhengig av kontinuitet for å skape et godt tillitsforhold. Ved å ha stabilitet i personalgruppen vil man kunne prøve å feile. Om man ikke klarer å opprette et tillitsforhold den første uka, kan man jobbe videre med det i den neste.

Dette innebærer at det ofte krever mye tid å danne et tillitsforhold.

Levinas (1996) skriver i sin filosofi at når man møter den andre er åpenhet nødvendig for å skape tillit mellom partene. Det er altså ikke bare opp til sykepleieren å skape et tillitsforhold, beboeren må også være mottakelig for tillitsforholdet.

For å kunne hjelpe beboeren, er det viktig å skape en god relasjon. Da er det en fordel med primærsykepleie, da kan en person jobbe aktivt med å danne denne tilliten.

Samtidig kan man bruke ukeplanen for å sikre kontinuitet i behandlingen når

primærsykepleieren ikke er der. Å opprette et tillitsforhold er ofte en av de største utfordringene i arbeid med psykiatriske beboere. Det krever at sykepleieren ikke bare har god faglig kunnskap men også blir kjent med beboeren og lærer å kjenne han for å finne ut hva han trenger hjelp til (Fjørtoft, 2012).

5.3 Relasjon gjennom kommunikasjon

Travelbee skriver i sin teori at kommunikasjon er det viktigste redskapet man har når man skal danne en relasjon. Uten kommunikasjon vil sykepleier oppgavene bli vanskelig. Kommunikasjon handler om å skape mellommenneskelige relasjoner. Det å danne mellommenneskelig relasjon gjennom kommunikasjon avhenger av at man bruker alle sine egenskaper som menneske (Travelbee, 2001).

Alle faktorene må da henge sammen: den lingvistiske, para-lingvistiske og ikke-verbale faktorene ved kommunikasjon. Personer med lidelsen schizofreni kan uttrykke uhensiktsmessig kroppsspråk. Dette kan ha sammenheng med at lidelsen er assosiert med anatomiske forandringer i hjernen som påvirker sentralnervesystemet (Kringlen, 2011).

“Beboere med schizofreni er ofte veldig følsomme på kroppsspråk og non-verbal kommunikasjon” (A)

Det er ofte ikke nok med kommunikasjon bare for seg selv, schizofreni er en lidelse som kan gi vrangforestillinger som ikke har tilhørighet i en virkelig verden. Travelbee (2001) skriver at støy kan ødelegge kommunikasjonen og forverre situasjonen. Vrangforestillinger er en av faktorene som kan skape støy i kommunikasjonen hos schizofrene.

Henderson (1993) skriver at det er viktig for sykepleieren å vurdere hver beboer etter deres individuelle behov. For å bruke kommunikasjonen aktivt i å danne et tillitsforhold må man vurdere hver beboer individuelt. Vi tror at om man oppretter kommunikasjon vil man lettere kunne hjelpe beboeren, man må alltid tilrettelegge kommunikasjonen etter beboerens symptomalogi. Det er viktig å være bevisst på eget kroppsspråk da uttrykket kan overføres til beboeren. Et rolig og stabilt kroppsspråk vil derfor være en viktig faktor for å kunne skape et tillit til beboeren.

5.4 Sykepleierens eller beboerens behov?

“Er det den schizofrene sitt behov eller er det omgivelsenes behov?” (A)

Sykepleieren har sine personlige behov, en oppfatning av hva god hygiene er, hva et normalt søvnmønster er, eller hva som er normalt å spise. Samtidig skal sykepleieren ha faglig kunnskap om grunnleggende behov. Dette kan gjøre at sykepleieren bedømmer beboerens evne til å dekke sine grunnleggende behov ut ifra egne behov. Vi mener det er viktig å unngå, grunnleggende behov er individuelle, det er derfor viktig å respektere beboerens autonomi og rett til å bestemme over egen kropp. For noen er det normalt å dusje hver dag, for andre en gang i uken. Sykepleieren må derfor respekterer og kartlegger de behovene som er normale for den enkelte beboeren (Blix & Breivik, 2006).

Henderson (1993) skriver mange av sine teorier ut i fra pasienter som er sårt hjelpetrengende motorisk på sykehus og lite ut i fra hvordan man hjelper psykisk syke å dekke grunnleggende behov. Henderson beskriver derimot grunnleggende behov som grunnsteinen i alle mennesker, syk eller frisk.

Paranoid schizofrene kan derimot ha en annen oppfatning av hva grunnleggende behov er. Både med tanke på vrangforestillinger og deres individuelle behov.

Vi tror at hvis man klarer å dekke de grunnleggende behov klarer man å få redusert symptomene på sykdommen paranoid schizofreni. Henderson (1993) skriver at når grunnleggende behov er oppfylt hos mennesker vil helhetsvelværen skape en større livsglede.

5.5 Organisert oppfølging

Vi mener at primærsykepleie er en fordel når man jobber i et bofellesskap. Sykepleieren får muligheten til å følge opp hver beboer individuelt. Vi mener rundesykepleie ikke ville fungert i bofellesskap da kontinuitet og forutsigbarhet er svært viktig for å bevare tilliten. Ved å praktisere primærsykepleie kan man skape et tillitsforhold til beboeren. Dette gjør at beboeren har en primærkontakt som han kan forholde seg til, noe som skaper trygghet.

Primærsykepleie som organiseringsform har også sine svakheter. Sykdom, ferie eller andre forhold kan gjøre at primærsykepleieren er borte i korte eller lengere perioder. Derfor er det viktig at man har en nærpersongruppe som intervjupersonen beskrev. Om primær og sekundærsykepleier er borte har man en tredje person som beboeren kan forholde seg til. På denne måten sikrer man kontinuitet i oppfølgingen av beboeren. Om ingen i nærpersongruppen er tilstede, sikrer man kontinuitet ved at ukeplanen følges.

Vi tror at kontinuiteten i oppfølgingen av beboeren gjør at sykepleieren er sterkere stilt til å rådføre beboeren enn noen som ikke følger han opp like mye. Denne organiseringsformen legger grunnlaget for dannelse og ivaretagelse av tillitsforhold som igjen gjør at sykepleieren kan hjelpe beboeren til å ta helsefremmende valg.

5.6 Ukeplan - struktur i hverdagen

“På ukeplanen kan det legges til hva som helst” (A)

Ukeplanen handler mye om kontinuitet, det å ha en struktur i hverdagen bidrar til trygghet hos beboeren. Ved å ha laget konkrete avtaler som beboeren har vært med å utarbeide vet både sykepleieren og beboeren hva de har å forholde seg til. Ukeplanen blir dokumentert skriftlig i en perm som er på kontoret, denne har alle ansatte tilgang til. Dette kan være en fordel når primærsykepleieren ikke er der til å følge opp ukeplanen. Før hvert skift går personalet gjennom hvilke avtaler de forskjellige beboerne har den gitte dagen. For så å fordele hvem som skal ha ansvar for å følge opp hva. Det gjør at alle som jobber på bofellesskapet er klar over avtalene og at man får struktur i arbeidet. Samtidig skaper det en trygghet hos beboeren ved at han vet hva han skal forholde seg til.

“Oppfølgingen på bofellesskapet skjer gjennom avtaler i ukeplanen og eventuell bistand med praktiske ting om de trenger det” (A)

Vi mener at ukeplanen er svært viktig, primærsykepleieren kan ikke følge opp beboeren hele tiden, derfor er det nødvendig med en ukeplan for å sikre kontinuitet i oppfølgingen. Ukeplanen er ikke kun for kontinuiteten, det er også fordelaktig for terapien i bofellesskapet.

Ved at beboerne har faste ting og avtaler å forholde seg til, skaper det struktur i hverdagen som skaper trygghet. Ukeplanen kan brukes som et dokumentasjonsverktøy for å se om behandlingen fungerer. Ved revurdering av ukeplanen kan man se gjennom dokumentasjon hva som har fungert og ikke fungert. Samtidig er det viktig at bofellesskapet dokumenterer for å kvalitetssikre oppfølgingen av beboerne. Ukeplanen kan også brukes som et positivt verktøy for å vise beboeren har progresjon i mestring av egen sykdom.

5.7 Ernæring - mer enn et grunnleggende behov

*“Jeg hadde en pasient en gang som kun kunne spise makrell i tomat rett fra boksen
Man blir jo feilernært ... det er sikkert sunt med makrell i tomat altså ... men ikke bare det ...”*

Ernæringen i seg selv er viktig for beboerens daglige yteevne og humør, ved å ha kontinuitet i matspisingen samt spise produkter som gir et stabilt blodsukker vil helhetsvelværen til beboeren bli mye bedre. For å kunne gjennomføre dette er det viktig at beboeren planlegger måltidene sine, sykepleieren kan hjelpe med dette gjennom å skrive handleliste, gi kostholdsråd eller hjelpe til med matlagingen. For å få et helhetlig og variert kosthold kan man bruke kostsirkelen som utgangspunkt (Sjøen og Thoresen, 2008)

Tilliten mellom sykepleier og beboer kan her være til hjelp. Om beboeren er redd for en spesiell type mat, kan sykepleieren spise maten sammen med beboeren for å vise at det ikke er farlig.

Intervjupersonen mente at mange schizofrene lett ble tiltrukket av simpel mat. Dette i tråd med hva McCreadie (2003) skriver i sitt studie. Hvor resultatet var at schizofrene gjorde dårlige valg rundt sitt eget kosthold. Studiet hevdet at den schizofrenes livssituasjon var med på å danne det dårlige kostholdet.

I studien som ble gjort av Folley & Park (2010) om schizofrenes matvaner viste resultatene at de schizofrene var mer positive til sunn mat enn de friske forsøkspersonene. Dette kan bety at det handler mer om tilgjengeligheten av sunn mat på bofellesskapet enn at de ikke liker maten.

Bacheloroppgave

Henderson (1993) skriver at feilernæring kan ha konsekvenser for beboerens fysiologiske og psykiske tilstand, noe som igjen kan påvirke beboerens evne til sosialisering. For at beboeren skal kunne utnytte den sosiale delen fullt ut er det også viktig at helheten av kostholdet er sunt og helsefremmende.

En annen viktig faktor som ble understreket av intervjupersonen var den sosiale delen av matlagingen, det å spise maten sammen med noen andre har like stor betydning som maten i seg selv. Nærhet med andre er betydningsfullt for de fleste, man er også avhengig av hverandre for å skape sosial kontakt. Henderson (1993) skriver at sykepleieren skal hjelpe beboeren å få sosial kontakt med andre og gi uttrykk for sine følelser. Mennesker har samtidig et behov for å være alene med sine følelser. Som vil si at man ikke alltid må ha et behov for å spise med andre.

Med sosial kontakt mener man behovet for å ha kontakt med andre mennesker, kjærlighet og nærhet. Det vi bryr oss om er det som gir livet mening (Kristoffersen m.fl. 2005).

Et godt kosthold fremmer en bedre helhetsvelvære hos beboerne. Sykepleieren har derfor en viktig rolle i tilrettelegging av et godt kosthold. Sykepleieren kan da hjelpe til å kjøpe riktige matvarer, hjelpe til med tilberedningen og samtidig øke kunnskapen til beboeren rundt mat. Tillitsforholdet mellom sykepleieren og beboeren vil være en fordel, sammen med beboeren kan primærsykepleieren sette opp at han skal ha handling en eller to ganger i uken. Da kan sykepleieren skrive en handleliste sammen med beboeren for så å gå i butikken, dette gjør det mer forutsigbart som igjen skaper trygghet for beboeren.

5.8 Hygiene

“Det kan være psykotisk begrunnet, at vannet er forgiftet eller at man ikke vil ha vann på kroppen”

Kvaliteten på hygienen varierer veldig hos beboere med schizofreni. Ifølge intervjupersonen er det enkelte som vasker seg veldig mye og noen som ikke vasker seg i det heletatt. Dette har sammenheng med deres syn på hygiene og symptomer som vrangforestillinger. Henderson (1993) skriver at hygiene er et grunnleggende behov, som vil si at det også er individuelt. Det er derfor viktig at man respekterer den enkelte beboers oppfattelse av hygiene. Hun skriver at for å hjelpe beboeren til å få dekket sine grunnleggende behov er det viktig at sykepleier og beboer har et godt forhold. Et etablert tillitsforhold vil være til stor hjelp når man skal hjelpe beboeren å ivareta hygien på en trygg og helsefremmende måte.

Ifølge en studie gjort av W. Brewer m.fl (2006) har schizofrene en annerledes eller manglende luktesans. En pizza kan for en schizofren lukte appelsin eller en sjampo kan lukte metan. Dette kan også påvirke hvordan de oppfatter kroppslukt. Kliniske studier har ifølge Brewer m.fl (2006) vist at schizofrene ivaretar en dårlig hygiene. Dette tror vi kan ha en sammenheng med at de opplever lukt forskjellig. Illeluktende kroppslukt kan derfor oppfattes annerledes for den schizofrene enn for friske personer. Dette studiet viser at det ikke alltid er tvangstanker som påvirker de schizofrenes syn på hygiene. Oppfattelsen av egen kroppslukt kan gjøre at de føler at de ikke har behov for å vaske seg. Slike studier viser viktigheten av at sykepleieren er faglig oppdatert rundt schizofreni for å kunne få en helhetlig forståelse av deres behov for hygiene. En måte å hjelpe beboeren på ved problemer med lukt kan være å identifisere hvilke sjampoer han for eksempel syntes lukter godt. Vi mener det er viktig at ikke sykepleieren lar sin egen luktesans overskygge beboerens.

Selv om sykepleieren syntes beboeren er illeluktende betyr ikke dette at beboeren syntes det. Dette må sykepleieren være bevisst på, det handler om å ivareta beboerens autonomi, om å respektere beboeren og at han bor i egen leilighet. Beboeren har et ansvar når han ferdes på fellesarealet, derfor er det viktig at sykepleieren sier ifra når kroppslukten blir til

plage for andre. Vi mener at når tillitsforholdet ligger til grunn er det lettere å oppfordre beboeren til å ta en dusj, uten at det blir en ordre som vil undergrave autonomien. Om beboeren ikke dusjer, kan man ansvarliggjøre han med ukeplanen man tidligere har blitt enig om, hvor det for eksempel kan stå at han skal dusje 2 ganger i uken. Forutsigbarhet skaper trygghet derfor mener vi ukeplanen er et veldig godt redskap når man skal bruke tillitsforholdet til å hjelpe beboeren å dekke hygiene som grunnleggende behov.

5.9 Søvnvansker - et felles problem

“Det kan gå samme vei som med hygien, det kan gå begge veier”

Søvnen til paranoid schizofrene er ofte forstyrret. I en forskningsartikkel skrevet av Fetveit og Bjorvatn (2007) hevdes det at søvnen til schizofrene ikke er ensartet. Akutte psykotiske perioder er for eksempel ofte preget av søvnfragmentering og vanskeligheter med innsovning. Deretter kan forsøket på å håndtere angst og vrangforestillinger gi motorisk uro.

Intervjupersonen hevdet at de schizofrene beboerne sov for mye heller enn at de sov for lite. Han mente dette hadde en sammenheng med aktiviteter gjennom dagen. Hvor mye aktiv man er gjennom dagen har noe å si på hvor trøtt du er på kvelden, dette kan være en måte å forstå schizofrene sitt fragmenterte søvnmønster på. Ville flere aktiviteter gitt bedre søvn? Vi tror ja, vi vet at flere aktiviteter gjennom dagen gir en bedre kvalitet på søvnen. Det er viktig at man som sykepleier kartlegge aktivitet og søvnmønster til beboere slik at sykepleieren kan hjelpe beboeren på best mulig måte for å prøve å skape et optimalt søvnmønster.

Tillitsforholdet kan hjelpe beboeren til å få en bedre nattesøvn. Dette kan gjøres iform av struktur i en ukeplan, en ukeplan som fyller dagen med aktiviteter og gjøremål som gjør at beboeren får en meningsfylt dag. Man kan for eksempel ha avtale om to eller tre besøk i løpet av dagen, på denne måten får beboeren mulighet til å snakke om bekymringer eller andre ting som kan forstyrre nattesøvnen, samtidig som han får sosial kontakt.

Henderson (1993) skriver at omgivelsene er viktig når man skal sove, aktiviteter man har gjort på dagen. Men i en studie gjort av Cohrs (2008) hevdes det at 30-80 % med diagnosen

Bacheloroppgave

schizofreni har søvnproblemer. Videre skriver han at kvaliteten på søvnen og hvor lenge de sover er betydelig dårligere enn hos friske personer.

Spørsmålet er om grunnen til søvnforstyrrelsen skyldtes dårlig sosial kontakt, lite aktivitet gjennom dagen eller om det har en nevrologisk forklaring? antipsykotiske preparater kan påvirke søvnen, de kan føre til at den schizofrene får natt-spising syndrom, pustevansker, oppvåkningsproblemer. Det er derfor viktig at man utelukker bivirkninger av medisiner når man skal hjelpe den schizofrene til bedre søvn (Cohrs, 2008).

6.0 Oppsummering

I denne oppgaven har vi sett på hvordan tillitsforholdet kan hjelpe den schizofrene beboeren til å dekke sine grunnleggende behov. Det har vært fordelaktig å bruke kvalitativt intervju i oppgaven, da vi har fått en persons personlige erfaringer i feltet, det ville vært vanskelig å fått svar på spørsmålene rundt problemstillingen uten dette intervjuet. Vi har sett at grunnleggende behov påvirker livskvaliteten til beboeren i stor grad, derfor blir oppfølgingen av dette en stor del av jobben til sykepleieren i et bofellesskap.

Bofellesskapet er fordelaktig for den schizofrene. Følelsen av å bo i egen bolig virker helsefremmende for beboeren. Muligheten for sosial stimuli og oppfølging samtidig som de kan skjerme seg selv i egen leilighet ved behov er viktig. Ved å ha tilgang til arealer som eget kjøkken, bad og soverom viser det seg at det blir det lettere for den schizofrene å ivareta de grunnleggende behov.

Hvis beboeren skal lytte til sykepleierens råd er tillit en svært viktig del av oppfølgingen. Schizofreni som lidelse er et pågående forskningsprosjekt (Kringlen 2011) Dette innebærer også schizofrene og deres oppfattelse av grunnleggende behov. Dette byr på utfordringer både for sykepleier og for den schizofrene, de befinner seg i mange tilfeller i forskjellige verdener.

Tillit mellom sykepleier og beboer er det som danner tillitsforholdet. Før tillitsforholdet dannes må det skapes en relasjon, tillitsforholdet er noe som må bygges på over tid, derfor er det viktig med Kontinuitet i oppfølgingen.

Når sykepleieren har opprettet et tillitsforhold til beboeren, kan sykepleieren lettere hjelpe den schizofrene å ivareta sine grunnleggende behov.

Kontinuitet hos sykepleieren er en avgjørende faktor om man skal kunne opprette og vedlikeholde et tillitsforhold. Tillitsforholdet mellom sykepleier og beboer vil være avgjørende i arbeidet å hjelpe den schizofrene beboeren å dekke sine grunnleggende behov. Ernæring, søvn og hygiene er tre viktige grunnleggende behov, som påvirker det psykososiale hos beboeren og helhetsvelværen.

Schizofreni er en lidelse som man fortsatt vet lite om, dette gjenspeiler seg i måten de forstår grunnleggende behov. Det er ikke bare tankene som blir påvirket, også sanser som for eksempel lukt gjør at de forstår ting annerledes. Dette understreker at de grunnleggende

Bacheloroppgave

behovene er individuelle, selv om sykepleieren vet at det er viktig å vaske seg, er det ikke en selvfølge at beboeren har samme oppfatning av situasjonen.

Intervjupersonen påpekte at riktig kommunikasjon er et av det viktigste redskapet man har i opprettelse av tillit til beboeren. Vi har lært at schizofrene er sensitive ovenfor verbal og non-verbal kommunikasjon. Vi mener at behersket kroppsspråk og en tydelig tale er viktig for å skape trygghet og opprette tillit.

I en større sammenheng er tillit noe som er viktig i hele helsevesenet, ikke bare i bofellesskap. Den store forskjellen er lovverket i bofellesskapet og på institusjon, men man er fortsatt avhengig av tilliten. Kringlen (2011) skriver at ca 1 % av alle lands befolkning har diagnosen schizofreni, mye av kunnskapen man har om schizofrene og grunnleggende behov er basert på empirisk kunnskap, og forsket lite på. Behandlingen av paranoid schizofrene er basert på individuell oppfølging da personligheten påvirker diagnosen.

Funnene i vårt studie tilsier at å dekke grunnleggende behov hos schizofrene beboere er en utfordring i praksis, og at dette krever at sykepleieren har dannet et tillitsforhold til beboeren. Ut i fra vår oppgave har vi sett at det finnes lite forskning rundt vårt tema, det burde derfor forskes videre på hvordan sykepleiere skal arbeide i bofellesskap med tillitsbygging til schizofrene og hvordan schizofrene forstår grunnleggende behov.

“Hvis beboeren ikke har tillit til meg så er det fint lite jeg får gjort” (A)

7.0 Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Blix, Ellen Støre, & Breivik, Solveig. (2006). *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlag .
- Brinchmann, Berit Støre. (2012). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, Olav. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Henderson, Virginia. (1993). *Sykepleiens grunnprinsipper* (nr. 2/93). Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Kirkevold, Marit. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kringlen, Einar. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lévinas, Emmanuel. (1996). *Totalitet og uendelighet: et essay om exterioriteten*. København: Hans Reitzel.
- Lovdata *Helse og omsorgstjenesteloven* Hentet 16.02.2014
<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lovdata *pasient og brukerrettighetsloven* Hentet 16.02.2014
http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8
- Orvik, Arne. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Universitetet i Nordland *Retningslinjer for Bacheloroppgave i sykepleie* Hentet 02.04.2014
<http://studieinfo.uin.no/nor/standard-forsteside/studieplaner-/?&displayitem=14182&module=studieinfo&type=emne>
- Sjøen, Rolf Jarl, & Thoresen, Lene. (2008). *Sykepleierens ernæringsbok*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Bacheloroppgave

Selvvalgt litteratur

Digernes, Aud Sissel, Botnen, Anlaug, & Areklett, Einar. (1986). *Primærsykepleie i praksis: fra idé til virkelighet*. Oslo: Universitetsforlaget. Antall sider 44

Fjørtoft, Ann-Kristin. (2012). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlag. Antall sider 33

Hermundstad, Gunvald. (1999). *Psykiatriens historie*. Oslo: Ad notam Gyldendal. Antall sider 20

Kringlen, Einar. (2007). *Norsk psykiatri gjennom tidene*. [Oslo]: Damm. Antall sider 24

Kristoffersen, Nina Jahren, Nortvedt, Finn, & Skaug, Eli-Anne. (2005). *Grunnleggende sykepleie*.

Oslo: Gyldendal akademisk. Antall Sider 37

Morrison, Paul, Burnard, Philip, & Bråten, Astrid Rangnes. (1992). *Omsorg og kommunikasjon: mellommenneskelige relasjoner i sykepleien*. [Oslo]: Ad Notam Gyldendal. Antall sider 38

Travelbee, Joyce. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. Antall sider 48

Antall sider selvvalgt litteratur 244

Bacheloroppgave

Artikler

Audun Pedersen (2007) *Etablering av bofellesskap for mennesker med psykiske lidelser en veileder som bygger på erfaringer fra Bergen kommune* Hentet 27.03.2014

https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00011/Veileder_etablering_11095a.pdf

Arne Fetveit & Bjørn Bjorvatn (2007) *Søvnforstyrrelser ved psykiske lidelser Tidsskrift for norsk psykologforening* 2007 44(4) S. 394-402 Hentet 10.03.2014

http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=14803&a=2

Bradley S. Folley & Sohee Park (2010) *Relative food preference and hedonic judgments in schizophrenia Psychiatry Research* 2010 75(1–2) S. 33–37 Hentet 11.03.2014

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517810800253>

Cohrs, Stefan (2008) *Sleep disturbances in patients with schizophrenia: impact and effect of antipsychotics. CNS Drugs.* 2008 22(11)S.939-62. Hentet 13.02.2014 S.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18840034>

Ellen Andvig, Anne Lyberg & Marianne Thorsen Gonzalez (2013) *Erfaringer med å bo i egen bolig ved langvarige psykiske helseproblemer: En scoping review Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 2013 (nr.2) S.116-126 Hentet 13.03.2013

http://www.idunn.no/ts/tph/2013/02/erfaringer_med_aa_bo_i_egen_bolig_ved_langvarige_psykiske_he

Erlend Hem (2002) *Schizofreni gåte ved gåte_Tidsskriften for den norskelegeforening* 2002 122:1972 Hentet 26.02.2014

<http://tidsskriftet.no/article/583609>

Integrerings og mangfoldsdirektoratet *Mal for intervjuguide, individuelt intervju* Hentet 24.03.2014

<http://www.imdi.no/no/brukerundersokelser/Verktoy/Eksempeldel-2/>

Per Fugelli (2011) *Grunnstoffet tillit Sykepleien Forskning* 2011 6(5)S.104-105 Hentet 27.02.2014

<http://www.sykepleien.no/forskning/innspill/673726/grunnstoffet-tillit>

Svenn Torgersen (2012) *Paranoid schizofreni, paranoide psykoser og personlighetsforstyrrelser Tidsskriften for den norskelegeforening* 2012 132:851 – 2 Hentet 12.03.2014

<http://tidsskriftet.no/article/2249588>

Bacheloroppgave

Norsk Helseinformatik (2013) *Symptomer og tegn ved schizofreni* Hentet 11.03.2013

<http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-symptomer-og-tegn-9128.html?page=2>

Robin G. McCreadie (2003) Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia *The British Journal of Psychiatry* 2003 183: 534-539 Hentet 03.04.2014

<http://bjp.rcpsych.org/content/183/6/534.full>

Veien til informasjonskompetanse *kildekritikk* hentet 10.03.2014

<http://www.ntnu.no/viko/kildekritikk>

Verdens helse organisasjon (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders Diagnostic criteria for research* Hentet 24.02.2014 antall sider 30

<http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

Warrick J. Brewer, Stephen J. Wood Christos, Pantelis, Gregor E. Berger, David L. Copolov, Patrick D. McGorry (2007) Olfactory sensitivity through the course of psychosis:

Relationships to olfactory identification, symptomatology and the schizophrenia odour

Psychiatry Research 2007 149 (1–3) S.97–104 Hentet 24.03.2014

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178106000771>

Antal sider artikler 86

Antal sider artikler 86 +Antall sider selvvalgt litteratur 244 = Totalt 331 sider selvvalgt litteratur

Bacheloroppgave

Vedlegg 1, intervjuguiden

Fase 1: Rammesetting	1. Løst prat (5 min) Uformell prat
	2. Informasjon (5-10 min) Si litt om temaet for samtalen (bakgrunn, formål) Forklar hva intervjuet skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet Spør om noe er uklart og om respondenten har noen spørsmål Informere om ev. opptak, sørg for samtykke til ev. opptak Start opptak
Fase 2: Erfaringer	3. Overgangsspørsmål: (15 min) Hva slags erfaringer har du med...(temaet)? Det er ofte hensiktsmessig å ta utgangspunkt i deltakernes erfaring med det temaet som skal diskuteres. Sjekkliste eller oppfølgingsspørsmål Praktisk oppgave kan erstatte overgangsspørsmål: Kan du bruke tre minutter til å skrive ned stikkord for hva dere mener kjennetegner...?
Fase 3:	4. Nøkkelspørsmål: (50-60 min)

Bacheloroppgave

Fokusering	3-5 nøkkelspørsmål Oppfølgingsspørsmål eller sjekkliste
Fase 4: Tilbakeblikk	5. Oppsummering (ca. 15 min) Oppsummere funn Har jeg forstått deg riktig? Er det noe du vil legge til? Eventuelt: Utdeling av gavekort og reiseregning

Vedlegg 2, tillatelse til innhenting av data



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: [Redacted]
Avdeling / institusjon

Ved: [Redacted]
Navn avdelingsleder / faglig leder

Som ledd i arbeidet med

- 1.) Fordypningsoppgave __x__
- 2.) Deleksamen __
- 3.) Semesteroppgave __
- 4.) Prosjektarbeid __

søker:

Student: [Redacted]

Bachelor i sykepleie: Kull: [Redacted]

Videreutdanning, linje: Sykepleier Kull: [Redacted]

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 rettsikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving

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

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato 2/12-2014 er behandlet dato 8/12-2014 av saksbehandler / organ:

Seksjonssjefen for psykisk helse og sosiale tjenester, [redacted]

Vedtaket: Det gis tillatelse til innhenting av nødvendige data i forbindelse med studier utført

Evt. merknader knyttet til vedtaket: Data innsamling gjennomføres ved nærmest intevjuerpersoner ansatt ved Høgskolebistandskap som er et kommersielt bedriftskorps for personer med alvorlig psykisk sykdom

[redacted]
Underskrift

Underskrift

Vedlegg 3, samtykkeerklæring

Samtykke erklæring

Oppgaveskriver: [Redacted]

Veileder: Tone Knudsen Oddvang

Problemstilling:

Hvordan kan et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier hjelpe den schizofrene pasient å få dekt sine grunnleggende behov?

Formål:

Vi ønske å se hvordan et tillitsforhold til schizofrene fungerer i praksis, og derfor har vi ønske om intervju noen som har jobbet med dette temaet . Videre skal vi bruke dette intervjuet i vår oppgave.

Jeg ønsker å være med i undersøkelsen Ja Nei

Jeg ønsker mer informasjon om temaet Ja Nei

Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg på hvilket som helst tidspunkt, og alle opplysninger anonymiseres Ja Nei

Jeg godtar at det blir brukt båndopptak er under intervjuet Ja Nei

[Redacted]
Sted dato

[Redacted]
Underskrift

Vedlegg 4, opplysninger om arbeidet

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET:

Problemstilling og formål med undersøkelsen:

Hvordan kan et tillitsforhold mellom pasient og sykepleier hjelpe den schizofrene pasient å få dekt sine grunnleggende behov?

Metode v/ datainnsamlingen: Intervju

Respondenter / intervjupersoner: [Redacted]

Hjelpemidler til bruk v/ datasamlingen: Diktafon/ Notering

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

Tidspunkt / Tidsrom for datasamlingen: 20 Mars – 10 April

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

Med hilsen

[Redacted]

Tone Knudsen Oddvang

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer.

Jnr.:

Dato: _____

Til

Student: _____

Faglærer: _____

Høgskole: _____

Adresse: _____

Postnr. / poststed: _____