



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Forebygging av psykoser hos personer med schizofrenidiagnose

Emnenavn: SYK180H Bacheloroppgave I sykepleie.

Kandidatnummer: 9 og 32

Innleveringsdato: 07/04, 2014



Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	3
1.1	Presentasjon av problemstilling og aktualitet.....	3
1.2	Avgrensninger og presiseringer	4
1.3	Formålet med oppgaven	5
2.0	Metode.....	6
2.1	Begrunnelse for bruk av metode.....	6
2.2	Etiske hensyn og avklaringer.....	7
2.3	Innhenting av data	7
2.3.1	Tidligere forskning, funn fra artikkelsøk.....	8
3.0	Teorier	10
3.1	Sykepleiefaglig forankring: Dorothea Orems egenomsorgsteorier	10
3.1.1	Orems behovsteori.....	11
3.1.2	Orems teori om egenomsorgssvikt	12
3.1.3	Sykepleiesystem	12
3.2	Om schizofreni	13
3.2.1	Risikofaktorer for å utvikle schizofreni.....	15
3.2.2	Schizofreni og egenomsorg	15
3.3	Psykose.....	15
3.3.1	Psykotiske symptomer.....	15
3.3.2	Årsaker til psykose	16
3.3.3	Psykosens innvirkning på egenomsorgen og sykepleien.....	16
3.4	Teori om forebygging	17
3.5	Teori om salutogenese / resiliens.....	18
3.5.1	Om salutogenese.....	18
3.5.2	Om resiliens.....	20
4.0	Hva fungerer – hva fungerer ikke? Hva kan vi gjøre?	22
4.1	Tradisjonelle metoder i forebyggingen av tilbakefall.....	22
4.1.1	Familieintervensjon som metode for å forebygge tilbakefall.....	22
4.1.2	Kognitiv atferdsterapi som metode for å forebygge tilbakefall.....	23
4.2	Kan sykepleie være et bedre alternativ.....	24
4.2.1	Sykepleie som tiltak for å øke sense of coherence	26
4.2.2	Sykepleie som tiltak for å øke resiliens.....	27
5.0	Konklusjon	30
6.0	Litteraturliste	31

1.0 Innledning.

Oppgaven omhandler forebygging av psykoser hos individer diagnostisert med schizofreni. Temaet har fascinert begge skribentene fra vi lærte om sykdommen og vi ønsket gjennom dette arbeidet at vi skulle få et faglig utbytte som vil kunne hjelpe oss i vår videre utøvelse av sykepleie. I oppgaven tar vi opp hvordan sykepleieren kan gripe inn i den rammedes liv og hvorfor dette er vår jobb. Schizofreni er en kostbar sykdom som er forbundet med både økonomiske så vel som emosjonelle belastninger (Johannessen, 2002). Sykdommen rammer én prosent av befolkningen og den krever ofte langvarig og kostbar behandling (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010), men opp til 25% av personene som blir diagnostisert med schizofreni blir friske fra sykdommen. De høye kostnadene og den store mengden som rammes medfører at det er den dyreste enkeltsykdommen å behandle og hadde i 1994 en prislapp på 4 milliarder. I oppgaven vil vi ta opp hvorfor dette er et ansvar som sykepleiere tar del av.

1.1 Presentasjon av problemstilling og aktualitet

Vi fant tidlig ut at temaet skulle omhandle forebygging av tilbakefall hos personer med schizofreni. Etter noe diskusjon kom vi frem til den mer konkrete problemstillingen “Hvordan kan sykepleiere bidra i forebyggingen av psykoser hos personer med schizofren lidelse.”

Vi tenker at problemstillingen blir stadig mer aktuell i helsetjenesten med det nye fokuset på forebygging. Da vi gjennomgikk litteraturen fant vi ut at behandling av schizofreni var en stor påkjenning for de rammede. Ved å sette økt fokus på å forebygge kan vi spare familien, personen med diagnosen og systemet både følelsesmessige og økonomiske påkjenninger. Samhandlingsreformen (2008-2009) setter fokus på forebyggende helsearbeid og setter mye av dette ansvaret på kommunene. Altså er det å anta at vi som sykepleiere vil kunne spille en rolle i denne forebyggingen. Vi tror at vi ved å skrive denne oppgaven kan lære hvordan og hvorfor vi skal forebygge forverring og støtte tilfriskning hos personer med diagnosen schizofreni, noe vi ser på som viktig i morgendagens helsetjeneste. Vi vil belyse vår rolle i dette arbeidet. I arbeidet med oppgaven merket vi oss at mye av forskningen som finnes på feltet konkluderer med at det ikke er nok tilgjengelig forskning for å gi et definerende svar på temaet. Det er derfor klart at det er behov for videre forskning i dette feltet.

1.2 Avgrensninger og presiseringer

Vi velger å avgrense vår oppgave til sykepleierens ansvarsoppgaver for å begrense oppgavens omfang. Dette vil blant annet bety at forordning av medikamentell behandling ikke vil tas opp i oppgaven. Vi vil dessuten definere sykepleierens ansvarsoppgaver utifra Orems teori som beskrevet i kapittel 3.2 i oppgaven.

En schizofren habitualtilstand vil si at pasienten er i sin normale tilstand, men kan under denne normale tilstanden oppfylle kravene til diagnosen schizofreni. Vi vil se på hvordan vi kan forebygge forverring og støtte bedring hos pasienter som er i en slik tilstand. Vi vil derimot utelate akutte psykoser og behandlingen av disse.

Vi mener at vi ved å bruke begreper som «schizofrene» eller «psykotiske» om personer med schizofreni eller psykosediagnose bidrar til å øke stigma som er forbundet med psykisk sykdom. Vi vil unngå å bruke sykdommen som forklarende for den enkelte fordi det etter vår mening er mennesket som forklarer sykdommen.

Personer med schizofrenidiagnoser er i risiko for å utvikle avhengighet. Alkohol- og narkotikamisbruk er vanlige grunner til at personen opplever tilbakefall (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Med dobbeltdiagnose menes rusproblematikk og samtidig psykisk helseproblem. I oppgaven vår vil vi ikke ta for oss rusmisbruk og behandling av dette. Vi vil se på mennesker med schizofreni uten fokus på dobbeltdiagnose. Det er betraktelig vanskeligere å behandle dobbeltdiagnoser, men tidlig intervensjon og forebygging kan forhindre at rusmisbruket starter. Vi mener derfor at vi ved å fokusere på generell schizofreni vil presentere informasjon som kan medføre at misbruksproblematikk forebygges (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010)(Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2006)

Dersom den rammede er under 18 år vil vi måtte ta for oss mye av lovverket og konsekvensene sykdommen kan ha for utviklingen til den rammede. Ettersom oppgavens omfang kun er på 9000 ord ser vi at vi vil oppnå en klarere redegjørelse av problemstillingen ved å avgrense aldersspennet fra 18 år og oppover og har derfor valgt å gjøre denne avgrensningen.

Vi vil se på hvordan helsepersonellet kan bidra til å forebygge tilbakefall hos personer med schizofreni. Med dette mener vi psykoser. Derfor føler vi at det blir mer representativt å basere oppgaven på at forebyggingen tar sted i kommunen, enten i døgnbemannet bolig eller som hjemmetjenestetilbud.

Når vi bruker begrepet “forebygging” er det viktig å avklare hva vi vil forebygge. Vi vil se på hvordan vi kan hindre tilbakefall eller utvikling av en ny psykose hos personer med schizofrenidiagnose. Dette kalles sekundærforebygging, og vi vil komme tilbake til dette i kapittel 3.4.

1.3 Formålet med oppgaven

Formålet med oppgaven er at vi vil øke våre kunnskaper innen forebyggende psykisk helsearbeid. Vi mener at kunnskapene vi vil trekke frem i vår oppgave vil være viktige for oss i vårt arbeid videre og at vi forhåpentligvis vil kunne trekke paralleller mellom vårt tema og andre tema innenfor sykepleie. Vi vil i praksis trekke frem metoder og en grunntanke sykepleieren kan benytte for å forebygge tilbakefall eller forverring hos personer med schizofrenidiagnose. Vi vil oppsummere forskningen og kunnskaper og presentere disse med den forhåpning om å gjøre kunnskapen tilgjengelig for sykepleiere.

2.0 Metode

I denne delen vil vi fortelle hva som er gjort under forskningsarbeidet. I sykepleieforskning skiller vi mellom kvantitative og kvalitative studier (Dalland, 2007). Kvantitative studier har til formål å måle en større mengde objektive data for så å kunne bruke disse dataene til å lage statistikker. For eksempel vil en undersøkelse med spørreskjema kunne gi svar som kan kvantifiseres på denne måten. Kvalitative metoder har til formål å objektivt studere kunnskaper, opplevelser og meninger som ikke kan kvantifiseres (ibid) eksempelvis opplevelsen av et fenomen som smerte eller psykisk sykdom. Fordelen med en kvantitativ metode er at en har samlet data fra et større utvalg enn for en kvalitativ metode og dermed øker muligheten for å få representative dataer, forutsett at populasjonsutvalget er godt nok. En ulempe ved kvantitativ metode er at en ofte bruker standardiserte spørreskjema og data som ikke spørres etter i skjemaet vil oversees. Fordelen med kvalitativ metode er at en får studert en mening eller en opplevelse dypere. Ulempene er at utvalget blir mindre og at den setter strenge krav til forskerens evne til å objektivt kunne tolke dataene. Han må ha brede kunnskaper innen forskningsfeltet og være sikker på sin egen evne til å tenke objektivt.

Vi vil i denne oppgaven foreta en kvalitativ litteraturstudie hvor vi finner faglitteratur og forskning som er relevant for vår problemstilling og diskuterer disse opp mot hverandre. En kvalitativ litteraturstudie går ut på å fordype seg i utvalgt litteratur og å presentere funn fra denne litteraturen med formål å nå en konklusjon i form av et svar på problemstillingen (Dalland, 2007). Vi vil sikte til og legge frem våre egne erfaringer.

2.1 Begrunnelse for bruk av metode

Vi har valgt å bruke en kvalitativ litteraturstudie fordi vi tenker at denne metoderetningen er best egnet til å svare på vår problemstilling. Vi er ute etter forskjellige metoder sykepleieren kan ta i bruk for å forebygge psykoser hos mennesker med diagnosen schizofreni. Hadde vi ville undersøkt effektiviteten av de forskjellige hjelpemidlene eller metodene vi vil finne i studien kunne vi ha brukt en kvantitativ metode. Dette for å regne ut denne effektiviteten. Her vil vi gjøre et omfattende litteratursøk, finne relevant forskningsmateriale og presentere disse.

Bruk av en kvalitativ metode setter krav til våre kunnskaper og vår evne til å tenke objektivt. Vi går inn i oppgaven med grunnleggende kunnskaper om psykisk helsearbeid som beskrevet i studieplanen (Studieplan for Bachelor i sykepleie). Vi har til sammen varierte erfaringer i

arbeidet med personer med diagnostisert schizofreni og ønsker å finne bedre metoder for å hjelpe pasienten med å forebygge psykoser.

2.2 Etiske hensyn og avklaringer

Det er viktig å avklare de etiske aspektene vi tar hensyn til når vi skriver oppgaven. Dette gjør vi for å forsikre oss om at leseren forstår at pasientenes rett til taushetspliktige helsetjenester ikke forsømmes. Alle erfaringer som blir gjenfortalt i oppgaven anonymiseres. Pasientens kjønn og alder kan forandres i bruk av fortellinger fra praksis.

Et annet etisk aspekt ved skriving av en oppgave eller i fremlegging av et vitenskapelig verk er å bruke rett kildehenvisning (Dalland, 2007). Vi har forholdt oss til APAs retningslinjer for kildehenvisning dette for å henvide leseren til andres litteratur dersom de vil kontrollere gyldigheten av vår oppgave. Dersom leseren finner vår oppgave og kun synes deler av den er relevant for hans arbeid eller interesse kan han kunne bruke vår litteraturliste for å finne mer relevant litteratur.

2.3 Innhenting av data

Ettersom vi benytter litteratursøk velger vi å avklare hvilke kriterier som ligger til grunn for vårt valg av litteratur. Vi vil også vise en oversikt over søkeord, resultater og prosessen bak utvelgingen av artiklene vi primært skal bruke i oppgaven.

For å forsikre oss om at artiklene vi finner under det første litteratursøket er relevante har vi valgt å bruke søkeordene “psychosis” “prevention” og “schizophrenia” I databasene Ovid Nursing, MedLine og Cochrane. Det vi kom frem til var et antall relevante artikler som tar for seg forebyggingen av psykoser, forebygging av tilbakefall og tegn til forverring. Våre funn fra det første litteratursøket anså vi som relevante. Vi satt først en begrensning på at artiklene vi fant ikke skulle være eldre enn fem år. Vi kom da over noen artikler som vi så på som relevante for vår problemstilling som var opp til ti år gamle. Vi leste gjennom disse og fant ut at disse enda var relevante for vår problemstilling og vi valgte å ta dem med. Når vi forsker burde vi ha i bakhodet at kriterier i diagnoser endres over tid, dermed vil det være hensiktsmessig å sette en begrensning på publikasjonsdato eller kritisk vurdere innholdet opp mot dagens kunnskaper. Ved å sette en begrensning på alderen til artikler unngår vi også at vi bruker foreldede metoder og hjelpemidler som i dag anses som ugyldige. Ved å avgrense alderen på artiklene vi finner forsikrer vi oss også om at de artiklene vi finner holder dagens etiske standard.

Søkeord i database.	Treff	Avgrensning	Avgrenset treff.	Relevante artikler.
Psychosis AND prevention AND schizophrenia i OvidNursing.	7	Lesing gjennom artikler.		4
Psychosis AND prevention AND schizophrenia I MedLine.	387	Søkeord: Nursing.	6	4
Psychosis AND prevention AND schizophrenia i Cochrane library.	5 reviewundersøkelser.	Lesing gjennom artikler.		2.

Noen av artiklene vi fant fra søkene var de samme. Vi fant de samme fire artiklene i OvidNursing som i MedLine. De vi anser som de mest relevante artiklene fant vi i Cochrane-databasen. Disse er reviewundersøkelser som er et sammendrag av et stort antall artikler og disse artiklene ser ut til å være av høy kvalitet. De er peer-reviewed. Dette betyr at de har bestått en fagfelle vurdering og at resultatet og metoden holder fagpersonellets mål.

2.3.1 Tidligere forskning, funn fra artikkelsøk

For å bygge videre på tidligere kunnskaper må vi først avklare hvilken forskning som er tilgjengelig og om det er gjort forskning som kan relateres til problemstillingen. Eksempelvis konkluderte Moniz (1937) at lobotomi er en effektiv og trygg behandlingsmetode for personer med schizofrenidiagnose som opplevde psykoser. Det er dermed sagt at det er viktig å vurdere

den tidligere forskningens etiske ståsted og gyldigheten av disse kunnskapene. Så langt i søket har vi funnet flere artikler som omhandler temaet: «forebygging av psykoser hos personer med schizofrenidiagnose.» Noen artikler benevner sykepleierens ansvar i dette arbeidet.

Artikkelen “Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature” av Van Meijel, Van Der Gaag, Sylvain og Grypdonck (2004) tar for seg noe av den tilgjengelige forskningen og sammenfatter den. Den tar for seg sårbarhet, pasientens mestring som resiliensfaktor mot tilbakefall av psykose og faser som sykepleieren eller pasienten kan kjenne igjen som kan tyde på at pasienten er i et tilbakefall. Viktigheten av at pasienten, de pårørende og helsepersonellet kjenner igjen tegnene understrekes.

Artikkelen “Changing the face of mental health care through needs-based planning” av Andrews og Titov (2007) tar for seg hvordan behovsorientert behandling kan bidra til å øke effektiviteten av behandling. Den understreker behovet for forebygging av sykdommen og opplæring av de rammede. Dette vil ifølge deres utregninger kunne øke effektiviteten av de økonomiske midlene som brukes.

“Development of family interventions: a 9-month pilot study” av Murphy (2007) er en studie som ser på effektiviteten av familieintervensjon som virkemiddel for å forebygge forverring eller tilbakefall. Familieintervensjon forklares som en terapiform hvor familien inviteres til å delta i opplæring og samtale i regi av helsepersonell. Med helsepersonell læres personen med schizofreni og hans familie om sykdommen, om tegn på forverring og kommunikasjons- og mestringsferdigheter som kan være delaktige i å forebygge tilbakefall eller forverring.

“Early intervention for psychosis” av Marshall og Rathbone (2011) ser på effektiviteten av tidlig intervensjon i psykosen og konkluderer med at det er en viss effekt av å tidlig gripe inn ved psykose. De viser til at å avdekke de prodromale symptomene kan føre til tidligere og mer effektiv behandling, men at det å forebygge også disse symptomene vil være det mest effektive. Vi går nærmere inn på hva de prodromale symptomene er i kap. 3.2.

3.0 Teorier

Her vil vi utdype og forklare de sentrale begrepene vi har valgt å fokusere på i denne oppgaven. Vi har valgt å se på Orems teori om sykepleie sammen med Antonovskys anerkjente arbeid innenfor forebygging og relevante kunnskaper om schizofreni og psykose. Vi vil også henvise til andres arbeid innenfor de aktuelle områdene. Vi har valgt disse teoriene for at kunnskapene vi har tilegnet oss i utdanningen tegner på at disse teoriene er mest relevante for å belyse vår problemstilling.

3.1 Sykepleiefaglig forankring: Dorothea Orems egenomsorgsteorier

Orems sykepleieteori er skrevet på engelsk. For å gjøre begrepene mer forståelig benytter vi oss av Kristoffersen (2005) og hennes oversettelser av begrepene

Vår oppfatning av sykepleie samsvarer i stor grad med Dorothea Orems sykepleieteori. En sykepleieteori forklarer teoretikerens syn på sykepleie. Hva sykepleie er, hvordan den skal utøves og hvem som mottar sykepleien er nedskrevet i de forskjellige teoriene. (Kristoffersen, 2005)

Vi har valgt å ta utgangspunkt i Orems egenomsorgsteorier fordi vi mener at egenomsorgen er viktig i forebyggende helsearbeid. Denne avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av våre kunnskaper og erfaringer fra arbeid med personer med schizofrenidiagnose i psykoser. Våre erfaringer tilsier at mange av de personene med psykose ikke har hatt tilstrekkelig evne til å utøve egenomsorg, enten i forkant av psykosen eller under psykosen. Vi har sett at de kan være svært sultne, trøtte og omgitt av uryddige og uhygieniske omgivelser, og vi tror at en sviktende evne til å utøve egenomsorg har en sammenheng med forverring av schizofreni. Om dette er symptom, årsak eller en vedlikeholdende faktor vil vi se videre på. Vi vil se nærmere på om våre funn fra forskning og litteratur samsvarer med våre erfaringer og Orems sykepleieteori. Vi har valgt å ta for oss noen punkter fra Orems sykepleieteori som vi opplever som relevant for vår oppgave.

Orems sykepleieteori er tredelt og tar for seg menneskets behov, hva som skjer dersom personen ikke klarer å håndtere egne behov og sykepleierens rolle i å håndtere disse behovene.

3.1.1 Orem's behovsteori

Orem (Kristoffersen, 2005) forteller om menneskets behov og hvordan vi dekker disse behovene i hverdagen. Denne evnen til å dekke våre egne behov kalles vår egenomsorgsevne. Populært kalles teorien «Orem's egenomsorgsteori».

Teorien forteller at mennesker har grunnleggende behov som må oppfylles for å oppnå god helse. Disse grunnleggende behovene deles inn i tre grupper.

- Universelle behov.
- Utviklingsrelaterte behov.
- Helsesviktrelaterte behov.

(Renpenning og Taylor, 2003)(Kristoffersen, 2005).

Alle handlinger vi foretar oss som har til formål å dekke disse behovene blir betegnet som egenomsorgshandlinger (ibid).

Universelle behov:

Orem forteller at alle har disse behovene, uavhengig av situasjon eller kultur. Behovene er som følger:

- Behov for luft / respirasjon.
- Behov for vann.
- Behov for mat.
- Behov for tilstrekkelig eliminasjon.
- Behov for balanse mellom aktivitet og hvile.
- Behov for balanse mellom å være alene og å være sammen med andre.
- Behov for å forebygge risiko for liv, helse og velvære.
- Behov for normalitet.

Utviklingsrelaterte behov:

De utviklingsrelaterte behovene er behov knyttet til pasientens utvikling. Kravene er avhengig av pasientens situasjon, men målet er et miljø og en situasjon som vil fremme positiv utvikling eller forhindre negativ utvikling (Renpenning og Taylor, 2003) (Kristoffersen, 2005).

Behov som oppstår ved helsesvikt:

Når sykdom oppstår får en flere behov som må møtes. Pasienten må ta hensyn til sykdommens og behandlingens konsekvenser i sin livsførsel og planlegge deretter. Han må observere tegn på forverring og ta kontakt med helsepersonell dersom det skulle bli behov for det. Han må med andre ord ta hensyn til de kravene som oppstår som følge av helsesvikten. Målet er å forebygge forverring eller å fremme bedring. Disse er avhengige av helsesviktens art. (Kristoffersen, 2005)

3.1.2 Orem's teori om egenomsorgssvikt

Orem (Kristoffersen, 2005) forteller at evnen til å utøve egenomsorg er dynamisk. Tidvis vil det kreve mer av oss å tilfredsstille behovene og tidvis vil det kreve mindre av oss. Kravene vi opplever kalles de terapeutiske egenomsorgskravene. Dersom vi ikke klarer å møte de terapeutiske egenomsorgskravene vil vi i følge Orem ikke oppleve god helse.

Dersom omgivelsene eller personens situasjon medfører at kravene til personens egenomsorgsevne blir større enn evnen til å utøve egenomsorg vil han ha behov for hjelp. Sykepleierens oppgave er å observere mangler i evnen, legge til rette for at pasienten skal kunne utføre oppgaver knyttet til egne behov og eventuelt kompensere for pasientens manglende evne til å oppfylle behovene. Målet er at pasienten i størst mulig grad skal kunne utføre omsorg for seg selv (Renpenning og Taylor, 2003)(Kristoffersen 2005).

3.1.3 Sykepleiesystem

Orem (Kristoffersen, 2005) forteller at sykepleieren benytter seg av visse systemer i utøvelsen av sykepleie. Disse systemene har til formål å hjelpe pasienten til å utøve egenomsorg i den grad dette er mulig. Dersom det blir behov vil sykepleieren kunne ta over noen egenomsorgshandlinger.

Sykepleieren kan ifølge Orem (Kristoffersen, 2005)(Renpenning og Taylor, 2003) bruke flere metoder for å møte pasientens behov, og disse skal utøves i en menneske-til-menneskerelasjon med fokus på å ta utgangspunkt i pasientens behov og egen evne.

Hun forteller at vi kan benytte oss av følgende metoder for å utøve sykepleie for pasienten:

- Vi kan ta over oppgaver for pasienten. Dette burde gjøres dersom det ikke forventes at pasienten skal kunne utføre eller kunne lære å utføre handlingen selv.

- Vi kan veilede. Dette er en metode som burde brukes dersom pasienten mangler kunnskaper om egne behov eller ferdigheter knyttet til oppfyllelsen av disse behovene, på denne måten kan han selv lære å utføre oppgaven.

- Vi kan støtte pasienten. Dette kan vi gjøre dersom pasienten trenger motivasjon til å utføre eller gjenta en handling.

- Vi kan sørge for at pasienten får de materielle ressursene han trenger for å utføre oppgaven. I Norge kan vi gjøre dette gjennom hjelpemiddelsentralen.

- Vi kan delta i å forme miljøet rundt pasienten og jobbe for et miljø som fremmer positiv utvikling.

- Til slutt forteller hun at vi kan benytte opplæring som en metode for å møte pasientens manglende kunnskaper. (Renpenning og Taylor, 2003)(Kristoffersen, 2005)

Prinsippet ser ut til å være at sykepleieren skal ta over så lite som mulig for pasientens egne handlinger. For å forhindre at vi lærer pasienten hjelpeløshet er det viktig at vi vurderer sykepleien fortløpende. Vi burde ikke ta over oppgaver som pasienten selv kan utføre, men heller tilby støtte eller undervisning, dette kan være en del av å fremme normalitet. På norsk kalles dette «det minste inngreps prinsipp».

3.2 Om schizofreni

Schizofrene diagnoser kjennetegnes av forstyrrelser i personens persepsjon og prosessering av omgivelsene (ICD-10).

Kriteriene for å få diagnosen er minst to av de følgende punktene i et sammenhengende tidsspenn på en måned eller lengre (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010):

-Vrangforestillinger

-Hallusinasjoner.

-Disorganisert tale.

-Grovt disorganisert atferd.

-Flat affekt, fattig språk, apati (negative symptomer).

(Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010:317)

Utifra funnene i utredningen plasseres pasienten i én av tre hovedgrupper for schizofreni. De overnevnte punktene viser en uspesifikk diagnose som mange rammes av. Vi er derfor avhengige av en gruppeinndeling for å videre differensiere sykdommen til mindre grupper hvor den enkelte gruppen har felles symptomer. Vi deler sykdommen i tre grupper etter de dominerende symptomer.

- Disorganisert schizofreni: klassisk kjennetegnet av underlig oppførsel som stupor, grimaser og repeterende, tilsynelatende absurd atferd.
- Paranoid schizofreni: Kjennetegnes av tanker om forfølgelse, hallusinasjoner og andre positive symptomer. Med positive symptomer menes det symptomer som hallusinasjoner og utagerende atferd. Denne er lettere å påvise enn ved negative symptomer.
- Schizofreni med overveiende negative symptomer: Negative symptomer er vanskeligere for helsepersonell å oppfatte. De knyttes til tilbaketrekning, apati, depressive og engstelige symptomer. (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

For oppgavens del velger vi å ikke gå inn i dybden og grundig forklare de enkelte underdiagnosene, men ser heller på schizofreni som et syndrom som kan domineres av forskjellige symptomer.

I forkant av psykoser opplever den rammede symptomer som kan tolkes som et forstadium av psykose. Vi kaller dette syndromet det «prodromale syndrom». Symptomene kjennetegnes av forstyrrelser i selvopplevelsen, tilbaketrekning og overopptatthet av temaer ofte knyttet til introversjon, depresjon, forstyrrelser i humøret, forstyrret opplevelse av kontroll og

forstyrrelser av persepsjonen (Møller, 2003). Symptomene resulterer ofte i at personen som opplever syndromet ofte prøver å behandle symptomene med rusmidler (ibid).

På grunn av sykdommens brede omfang, både i årsaks- og i symptombilde, foreslår Johannessen (2002) at en ser på schizofreni som et syndrom, og ikke som en enkelt sykdom. Omtrent én fjerdedel av de som får diagnosen kan bli helt friske fra syndromet, og de fleste av de som ikke blir det vil kunne oppleve økt livskvalitet som følge av behandlingen (Jordahl og Repål, 2009).

3.2.1 Risikofaktorer for å utvikle schizofreni

Det er ingen enkelt påvisbar årsak til at personer utvikler schizofreni (NOU 2011:9). Det er derfor bedre å benytte begrepet risikofaktorer. Vi har i nyere tid påvist visse gener som kan disponere for sykdommen, men det ser ut til at miljø også har stor betydning for utvikling av sykdommen. Blant annet stress, fødselskomplikasjoner, vinterfødsler og oppvekst i by (ibid).

Vi tror at vi ved å identifisere disse faktorene i fremtiden vil kunne spare mye lidelse og vår økonomi på å jobbe med faktorene. Vi vil snakke videre om forebygging senere i oppgaven.

3.2.2 Schizofreni og egenomsorg

Schizofreniens innvirkning på personens egenomsorgevne er avhengig av symptomene og den rammedes ressurser. Gode ressurser kan føre til at egenomsorgen ivaretas tilstrekkelig, enten gjennom ekstern hjelp eller personens egen evne. Vi vil komme tilbake til ressursenes rolle i egenomsorgen ved schizofrene lidelser senere i oppgave.

3.3 Psykose

Psykosar nevnes ofte som forstyrrelser i virkelighetsoppfatningen. Tilstanden preges av symptomer som virker inn på personens evne til å tolke og forholde seg til omverdenen. Vrangforestillinger, hallusinasjoner og tankeforstyrrelser er blant symptomene personen kan rammes av under psykosen.

3.3.1 Psykotiske symptomer

Vrangforestillinger er vanlige og kan ha store innvirkninger på evnen til å tolke omverdenen. Med dette mener vi at personens evne til å tolke omverdenen avviker grovt med andres tolkning (Skårderud, Haugsgjerd og Staniche, 2010). Vi observerer hele tiden omverdenen og trekker slutning på bakgrunn av disse observasjonene. Dersom evnen til å trekke disse slutningene eller evnen til å kunne observere omverdenen forandres, vil dette ha innvirkning på vår atferd. Når en person er psykotisk er det i grove trekk disse evnene som påvirkes. Når

vi opplever sanseinntrykk tolkes disse i hjernen og danner et bilde av våre omstendigheter. Det betegnes som en hallusinasjon dersom dette sanseinntrykket ikke samsvarer med tolkningen, eller dersom sanseinntrykket ikke er tilstede (ibid). Disse inntrykkene kan komme fra flere sanserorganer og kan danne et omfattende bilde av et fenomen. Eksempelvis kan en person oppleve at vannet blir om til blod og oppleve både lukten og utseendet til blodet. Et klassisk symptom på psykose er det å høre stemmer. I boken «I morgen var jeg alltid en løve» av A. Lauveng (2005) forteller om hvor totale og ekte opplevelsen av stemmene er. Stemmene hun hørte fortalte hva hun skulle gjøre og hva som skjedde dersom hun ikke gjorde dette.

Forstyrrelser i kognitive funksjoner kan også forekomme. Forstyrrelser i evnen til å formulere setninger eller uttrykke seg medfører at det ofte er vanskelig å samtale med den rammede. (Skårderud, Haugsgjerd og Staniche, 2010) Ofte vil personen hoppe mellom temaer, pausere midt i setninger eller ikke kunne formulere seg. Evnen til å tolke andres hensikter utifra deres handlinger kan også forstyrres (ibid). Eksempelvis kan den som opplever psykosen oppleve at helsepersonell prøver å forgifte en når personellet administrerer medikamenter eller at vi har til hensikt å skade han. At andre styrer ens handlinger og leser ens tanker er vanlige symptomer dersom personen preges av paranoidartet tankegang under psykosen. Ofte følger tanker om at andre vil plage, skade eller i verste fall drepe en med i vrangforestillingen.

3.3.2 Årsaker til psykose

Det er flere årsaker til utvikling av psykoser. De ser ut til å kunne utløses av en rekke miljøfaktorer, deriblant stress, rus, forgiftning og søvnmangel. Barn av personer med minst én psykose er mer utsatt og virusinfeksjon under graviditeten ser ut til å øke risikoen for psykoser.

3.3.3 Psykosens innvirkning på egenomsorgen og sykepleien

Psykosens skadelige effekt på egenomsorgen kan tenkes å være avhengig av psykosens art. Ofte vil den psykoserammede oppleve følelsesmessige forstyrrelser som kan medføre apati, angst, fortvilelse og sinne. Vi tror at personens evne til å håndtere disse følelsene har mye å si for personens evne til å utøve egenomsorg i psykosen. Som følge av de overnevnte symptomene kan personen isolere seg og unngå menneskelig kontakt. Dette vil være problematisk for oss som hjelpere da vi er avhengig av observasjon og dialog om hva våre pasienter kan gjøre på egenhånd. Dette kan ifølge Orem være et hinder for at pasienten skal kunne utøve egenomsorg sammen med oss. Dersom pasienten er utagerende og sint vil vi måtte trekke oss unna pasienten for å unngå at pasienten gjør noe han helst ikke ville ha gjort i

normal tilstand. Dersom han er avvisende og apatisk vil det være vanskelig for oss å observere hva pasienten har behov for.

3.4 Teori om forebygging

Ved lanseringen av St.mld. 47, samhandlingsreformen (2008-2009) fikk det norske helsevesenet et nytt fokus. Vi skal fokusere på å behandle sykdommen før den oppstår. Vi skal forebygge. Dette gjøres i praksis ved å belaste kommunene økonomisk når sykdom oppstår. Dersom kommunene ikke klarer å håndtere de utskrivingsklare pasientene og kan gi dem et verdig tilbud når de utskrives fra sykehus, vil de motta dagbøter til de er klare til å motta pasienten. Dette gjelder i skrivende stund, 2014 ikke for utskrivingsklare pasienter innlagt i behandlingstilstand for psykisk helsevern. Innen 2016 skal den overnevnte modellen også gjelde for psykiatriske sykehus. Tanken bak modellen er at kommunene skal kunne se nytten av å drive forebyggende helsearbeid, både av fysisk og psykisk art. Vi bruker begrepet «helsefremmende sykepleie» når vi snakker om vår forståelse for hva forebygging er og vår rolle innen arbeidet. Som sykepleiere er vi opplært til å identifisere pasientens behov og ressurser. Ved å finne pasientens manglende ressurser eller ved å identifisere ressurser som er i fare for å forsømmes kan vi utforme tiltak, enten på kommunalt eller statlig nivå som rettes mot å styrke disse ressursene. For eksempel viser vi til overnevnte statistikk av Johannessen (2002) som forteller at 10% av de arbeidsuføre har schizofrenidiagnose. Dersom det senere skulle vise seg at mangelen på fast arbeid hadde vært årsaken til at 10% av disse har diagnosen, kunne vi rettet tiltak som siktet på å få flere ut i fast arbeid. Om vi ser på Orems teorier om sykepleie kjenner vi igjen flere punkter. Undervisning, miljøterapi og støtte er relevante arbeidsmetoder sykepleieren kan bruke for å bedre pasientens evne til å fremme normalitet. Det er sterke vitenskapelige bevis for at forebyggende psykisk helsearbeid har effekt mot forebygging av psykoser hos mennesker med schizofrenidiagnose (Meijel, Van Der Gaag, Kahn og Grypdonck, 2004)(Marshall, Rathbone, 2011). Det vi vil finne ut av er hvordan dette kan gjøres. Vi skiller mellom primær- sekundær og tertiærforebygging. I primærforebyggingen er målet å forebygge at sykdommen oppstår, hvor en i sekundærforebyggingen vil forsøke å forebygge sykdom eller risiko for å utvikle sykdom. I tertiærforebyggingen vil vi forsøke å begrense omfanget av sykdommen ved å begrense dens innvirkning på den rammedes liv (Gammersvik og Larsen, 2012). Vi vil i oppgaven fokusere på sekundærforebyggende tiltak, hvor vi til tider vil tangere på det tertiærforebyggende. Vi vil

bruke teori om salutogenese og resiliens fordi vi ser på disse som relevante for forebyggende psykisk helsearbeid.

3.5 Teori om salutogenese / resiliens

Nest etter mestringsarbeid og øking av personens evne til egenomsorg mener vi at vi burde se på motstandskreftene som bidrar til å takle utløsende årsaker til psykoser. Derfor vil vi ta for oss teoriene om salutogenese og resiliens.

3.5.1 Om salutogenese

I biomedisinen har vi lenge benyttet oss av patogenese som syn på risiko for utvikling av sykdom. Med utgangspunkt i sykdommens natur har vi utviklet god diagnostikk og gode behandlingsmetoder for en rekke somatiske sykdommer. Det kan se ut til at dette synet ikke medfører samme type effektiv utvikling i behandling av psykiske problemer. Derfor lanserte Antonovsky teorien om salutogenese (Langeland, 2012) som tar for seg det motsatte. I stedet for å se på hva som skaper sykdom, ser man på hva som skaper god helse.

Antonovsky (1991) forteller at vår evne til å beskytte oss mot sykdom i stor grad kjennetegnes av forventninger vi har i møte med nye situasjoner, eksempelvis situasjoner som oppstår ved sykdom.

- Tror vi at den nye situasjonen er påvirkelig?
- Tror vi at den er overkommelig?
- Tror vi at den er forutsigbar og logisk?

(Antonovsky, 1991)

Forventningene vi har til den nye situasjonen forteller ifølge Antonovsky (1991) mye om utfallet. Personer som møter en utfordring med stor tro på egen evne til å mestre den, gjør ofte dette. Dersom en er i stand til å identifisere egne ressurser og mobilisere dem til å møte den nye utfordringen vil vi kunne utvikle våre ferdigheter. Denne evnen til å danne en holdning til denne nye situasjonen kalles "sense of coherence". (ibid)

Våre ressurser danner i stor grad grunnlaget for våre holdninger i dette møtet med den nye situasjonen. Dersom vi har gode ressurser vil vi for det meste klare å håndtere den nye situasjonen. Dersom vi har dårlige eller en dårlig evne til å identifisere og bruke disse vil vi gå

i møtet med den nye situasjonen med en lav sense of coherence, og dermed dårligere evne til å takle den. (ibid)(Langeland, 2012)

Han bruker disse eksemplene for å vise til våre ressurser:

-Religion eller verdier. Antonovsky (1991) mente at tro på noe annet enn seg selv, en større makt eller en betydelig annen er en viktig ressurs.

- Fysiologiske ressurser. Gode gener, god fysikk og et godt legeme som utgangspunkt er en god ressurs, og det er bevist at disse faktorene virker beskyttende mot sykdom.

- Mestringsstrategier. Strategier som personen bruker i møtet med nye situasjoner eller stress. Vår evne til å analysere tidligere strategiers effekt er viktig for å kunne vurdere om denne strategien kan brukes for å møte den nye situasjonen.

- Kunnskaper og evne til å tenke logisk. En person som kan betegnes som smart eller dyktig vil ha en fordel i møtet med den nye situasjonen. Det er senere bevist at lav sosioøkonomisk status medfører større fare for en rekke livsstilssykdommer.

- Kultur.

- Materielle goder og velstand.

- Personens syn på seg selv. Ved depresjon og ved en del schizofrene lidelser vil denne evnen til å analysere seg selv bli forstyrret. Personen som opplever depresjonen kan ofte ha et negativt syn på seg selv, imens den schizofrenirammede eller den som opplever psykose gjerne kan ha et syn på seg selv som ikke samsvarer med realiteten i det hele tatt.

- Sosial støtte. Å ha et støttende nettverk eller en god relasjon til en annen kan medføre at personens evne til å håndtere nye situasjoner økes.

(Antonovsky, 1991)(Langeland, 2012)

Vi viser til Orems teori om sykepleiesystemene og at vi ifølge henne har en støttende, veiledende og undervisende oppgave i tillegg til den rent praktiske. Dersom pasienten har mangler i sin evne til å mestre den nye situasjonen, sett i lys av de overnevnte ressursene vil det være sykepleierens oppgave å tilby å tilrettelegge miljøet, undervise dersom personen mangler kunnskap, støtte dersom pasienten mangler sosial støtte og tilby hjelp til å få tildelt

de nødvendige materielle godene. Dermed er sykepleie ifølge Antonovsky en viktig del av å øke personens motstandskraft mot sykdom.

3.5.2 Om resiliens

Av begrepet resiliens har vi forstått følgende: evnen til å klare å tilpasse seg på en positiv måte til tross for motgang eller traume (Torgalsbøen, 2007). Når en opplever psykose kan det som nevnt i avsnittet om schizofreni virke skremmende og truende på den rammede og hans pårørende. Resiliensforskning tar for seg hva som gjør at noen tilpasser seg denne nye situasjonen og den nye hverdagen lettere enn andre, og hvordan effekt denne tilpasningsevnen har på prognosen. Ifølge Torgalsbøen (2007) attribueres denne evnen til positiv tilpasning til tre hovedgrupper faktorer: Å ha en positiv personlighetsmessig disposisjon, å ha et støttende familiemiljø og ytre faktorer utenfor familien som kan bidra til å beskytte en mot trusselen.

Under disse har vi flere punkter som forteller om hva som kjennetegner en god resiliensevne.

- Evnen til å stille spørsmål og gi ærlige svar fremheves som viktig. Det kan tenkes at den rammede har spørsmål om hvordan han skal forholde seg i hjemmet når han mistenker en psykose. Ved å ikke stille spørsmålet kan han risikere å isolere seg fra familien istedetfor å åpent diskutere situasjonen.
- Å kunne distansere seg fra problematiske faktorer i livet, dette kan være hendelser eller personer.
- Evne til å etablere og opprettholde kontakt med andre. Evnen til å skape relasjoner.
- Å kunne ta tak i problemer med sikte på å løse det på en god måte, ved å planlegge, utføre og evaluere effekten av problemløsningen.
- Å uttrykke seg selv på en kreativ måte.
- Å kunne bruke humor, selv under vanskelige situasjoner.
- Å kunne handle på bakgrunn av det samvittigheten forteller.

(Torgalsbøen, 2007) (Glantz og Johnson, 1999)

Ved å ha disse faktorene i tankene når vi utfører observasjoner hos personer med schizofrenidiagnose kan vi på et tidlig tidspunkt se hvor sårbare den aktuelle personen er. Dersom de overnevnte evnene ikke er tilstede, eller er svake burde vi ifølge Torgalsbøen

(2007) fokusere på å styrke disse evnene. Som sykepleiere kan vi som skrevet i Orems teori om sykepleiesystemer rette tiltak mot å støtte pasienten til å gjøre de forandringene som trengs og sammen jobbe mot bedre helse.

4.0 Hva fungerer – hva fungerer ikke? Hva kan vi gjøre?

Schizofreni rammer i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2010) 1% av den norske befolkningen. Johannessen (2002) forteller at ti prosent av den uføretrygdde befolkningen har en schizofrenidiagnose og at vi bruker ca. Én prosent av vårt brutto nasjonalprodukt på å behandle personer med schizofreni som koster mer enn alle andre sykdommer hver for seg. Dette kostet oss i 1994 4 milliarder kroner og stadig mer. Sykdommen er også kjent for å være skremmende og smertefull, både for den rammede og for de pårørende. De emosjonelle og økonomiske kravene viser oss at riktig behandling og forebygging av sykdommen kan spare staten og det enkelte mennesket en anstendig sum.

Det vil være naturlig å snakke om hva som gir resultater i det psykiske helsearbeidet. Ettersom vi kan oppnå symptompfrihet hos 25% av de rammede og betydelig symptomreduksjon hos de som ikke blir friske, vil det være til pasientens fordel at vi gjør det beste vi kan for å yte god hjelp (Jordahl og Repål, 2009). Denne kunnskapen vil være til hjelp dersom vi må motivere oss selv eller pasienten og kan inspirere til håp hos de involverte. Håp er en viktig del av behandlingen, og det er viktig at vi opprettholder dette håpet (Tuseth, 2007). Vi skal nå se på ulike metoder og hva sykepleieren kan bidra med i det forebyggende arbeidet.

4.1 Tradisjonelle metoder i forebyggingen av tilbakefall.

Familieintervensjon og kognitiv atferdsterapi er i dag anerkjente metoder i behandling av schizofreni og forebygging av tilbakefall. Vi vil se på effektiviteten av metodene.

4.1.1 Familieintervensjon som metode for å forebygge tilbakefall.

Torgalsbøen (2007) forteller at tilbakefallsraten er mye lavere hos de som har familie involvert i forebyggingen. Ved å involvere familien åpner vi for nye muligheter i det psykiske helsearbeidet. Å forme miljøet til et som støtter positiv utvikling vil være en viktig oppgave for sykepleieren. Orem forklarer at del av vårt ansvar er å tenke på dette miljøet, og å invitere familien til å ta del i forebyggingen vil være en del av miljøformingen. Vi kan her benytte oss av sykepleierens undervisende funksjon. Dersom sykepleieren har den rette treningen vil han sammen med familien kunne bedrive psykoedukativ familiebehandling. Målet er å skape et hjemmemiljø som vil være positivt utviklingsfremmende og redusere tilbakefallsraten. Gjennom behandlingen vil familien delta i undervisning om sykdommen, hva som kan tyde på forverring og hva som kan

støtte bedring. “Expressed emotions” eller “EE” er et mål på hvor konstruktivt de involverte kommuniserer hjemme. En høy grad av expressed emotions betyr at kommunikasjonen i stor grad inneholder negativ kritikk og fiendlighet. Forskning viser at slik kommunikasjon er forenlig med høy tilbakefallsrate og forverring av symptomene (Torgalsbøen, 2007). Det vil her være fordelsmessig for familien å gjennomgå opplæring i hvordan en kan kommunisere på et fordelsmessig vis i hjemmet og lage et miljø som er forenlig med bedring av sykdommen. I tillegg til å gripe inn i miljøet kan en gjennom psykoedukativt familiearbeid skape støttespillere som pasienten kan samarbeide med. En av resiliensfaktorene er tross alt det å ha relasjoner og kontakt med andre (Torgalsbøen, 2007). Ettersom observasjoner vil være viktig for å avdekke risiko for forverring vil disse støttespillerne være til stor hjelp ettersom de ofte er tilstede når sykepleieren ikke er det. Pharoah, Mari, Rathbone og Wong (2010) kom frem til at psykoedukativt familiearbeid har en viss effekt på tilbakefall og reinleggelse. Expressed emotions reduseres og personens sosiale funksjonsevne økes i arbeidet med familieintervensjon (ibid). Fra vårt ståsted vil det være viktig å ta initiativ til å involvere familien i behandlingen dersom situasjonen tillater dette. Murphy (2007) forteller om kommunikasjonsferdighetenes viktighet i reduksjon av tilbakefall og foreslår at terapiformen inkluderes i fleres behandlingsforløp.

4.1.2 Kognitiv atferdsterapi som metode for å forebygge tilbakefall.

Walker, Payne, Smith og Jarrett (2007) viser til at kognitiv atferdsterapi kan være et verktøy i styrkingen av salutogene faktorer og styrke personens «sense of coherence». Terapiformen tar for seg å øve på problemløsning gjennom å se på personens respons på en stressende situasjon eller faktor. Dersom pasientens evne til å analysere den nye situasjonen fører til lite produktiv problemløsning kan vi igjennom veiledning arbeide med å styrke denne evnen. Kognitiv atferdsterapi kan tilbys i grupper eller som individuell terapi. Dersom vi identifiserer at pasienten har en dårlig evne til å svare på den nye situasjonen med et produktivt handlings- og håndteringsmønster vil det være fordelsmessig å tilby slik terapi. Dette er én av metodene sykepleieren kan benytte for å hjelpe til i forebyggingen av tilbakefall. Orem forteller om vår veiledende og undervisende oppgave i sin teori om sykepleiesystemer. Det er altså vårt ansvar å observere og tilby et slikt program. Forskning fra 2000 viser at et slikt program kan ha innvirkning på symptomhåndtering av schizofreni (Siddle og Kingdon, 2000). Det er verdt å

merke seg at ikke alle tiltakene vil være fordelsmessig for en sykepleier uten videreutdanning eller opplæring å utføre, men å observere behovene for dem vil være viktig i forebyggingen. Selv om kognitiv atferdsterapi er et anerkjent verktøy i behandling av schizofreni viser Jones, Hacker, Cormac, Meaden og Irving (2012) at terapiformen ikke har påvisbar effekt i behandling, men viser til at ferdigheter som arbeidsevne og sosiale ferdigheter kan økes ved å ta i bruk terapien. Det kan derfor se ut til at det vil være mer fordelsmessig å benytte terapiformen for å forebygge utvikling av det prodromale enn som intervensjon først når tegn til sykdom allerede har oppstått.

4.2 Kan sykepleie være et bedre alternativ

Tuseth (2007) har oppsummert hva som fungerer i bedringen av psykiske problemer. Hun forteller at kun 15% av bedringen kan krediteres til terapiformen. Som vi har vist ovenfor er det ikke påvist direkte effekt av å bruke hverken familieintervensjon eller kognitiv atferdsterapi. Tuseth (2007) forteller videre at hele 40% av bedringen bestemmes av utenomterapeutiske faktorer og 30% av bedringen skyldes relasjoner. Evnen til å etablere og opprettholde relasjoner ser dermed ut til å være en nyttig ressurs som vi vil tjene mye på ved å utbedre. Orem (Kristoffersen, 2005)(Renpenning og Taylor, 2003) understreker dette behovet for en relasjon som nødvendig for å avdekke manglende evner og ressurser, og vi kan kjenne igjen denne tankegangen i vårt arbeid. Ved å etablere en slik relasjon med pasienten kan vi tidligere avdekke behovene og det kan tenkes at vår støtte og funksjon får en større betydning for pasienten. Det understrekes igjen at evnen til å etablere og opprettholde disse relasjonene kan være svekket av sykdommen, og at vi, dersom behovet foreligger må jobbe med denne evnen før vi kan regne med at effekten har betydning. Relasjoner er dermed et viktig punkt i det forebyggende helsearbeidet. Det kan, med begrunnelse i Tuseths funn (2007) se ut til at vi kan oppnå gode resultater ved å se på hva som skjer utenom terapien. I kommunehelsetjenesten vil sykepleieren møte den syke i hjemmet eller i sine naturlige omgivelser. Det kan tenkes at det er her vi vil kunne oppnå best styrking av de utenomterapeutiske faktorene. Dette med tanke på observasjoner, relasjonsbygging og målrettede tiltak som tar utgangspunkt i pasientens situasjon, ressurser og miljø.

Vi har tidligere presentert Orem's teori om sykepleie. Det er her skrevet at det er vår oppgave å observere og tilby sykepleie basert på pasientens nåværende behov. Gjennom å lese teorier om forebygging, salutogenese og resiliens i lys av Orem's teori om sykepleie har vi kommet frem til en metode og en rekke observasjoner som sykepleieren kan utføre for å tidligere

kunne oppdage tegn på psykose. Da vi gikk inn i oppgaven var vi sikre på at vi ville finne litteratur som peker på at egenomsorgen vil være fallerende i utviklingen av psykosen, men det vi fant ut var at det gjerne ville være for sent å gripe inn dersom egenomsorgen allerede hadde falert. Det vi har kommet frem til er at vi i forkant av psykosen vil kunne observere tegn på utviklingen på et enda tidligere stadium, før fall i egenomsorgevne ved å bruke salutogen tankegang som modell for observasjoner. Vi har i vår utdanning sett mye på hvordan risikofaktorer ofte disponerer for sykdom, men da er risikofaktoren allerede etablert. Cannabisbruk, dårlig mestringsevne og høy EE i samlivsforhold disponerer for utvikling av ny psykose og etter at disse atferdsmønstrene er etablert er det vanskelig å forandre på dem (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Ved å se på faktorer som disponerer for slike atferdsmønstre kan vi tidligere gripe inn og etablere tiltak som beskytter mot utviklingen av et slikt mønster.

Vi er hjemme hos en pasient som forteller at han har fått seg kjæreste. Han forteller at han har opplevd at tidligere forhold hadde vært preget av mye kritikk og dårlig kommunikasjon.

Med våre kunnskaper om høy grad av expressed emotions som disponerende for tilbakefall kan vi se at et lignende kjærlighetsforhold som det pasienten har beskrevet kunne vært skadelig for pasienten. Vi kan her gripe inn og rette tiltak som undervisning om kommunikasjon for å bedre hans evne til å kommunisere og aktivt forebygge at det nye forholdet fører til unødvendig høy EE. Prinsippet for vår tankegang er at vi så tidlig som mulig griper inn og forebygger problemer. Ved å gripe inn allerede på dette stadiumet vil vi kunne bidra til at de utenomterapeutiske faktorene Tuseth (2007) nevner vil kunne få en forebyggende rolle.

Viktigheten av vår rolle understrekes av Meijel, Gaag, Kahn og Grypdonck (2004) som forteller at sykepleiere kan gjennom sin profesjons kunnskaper og funksjon bidra til å forebygge tilbakefall dersom de har de nødvendige kunnskapene. De ser på evnen til å kjenne igjen de tidlige tegnene på psykosen som viktig i det forebyggende arbeidet. Marshall og Rathbone (2011) fant ut at vi må se på tegnene som oppstår i forkant av de prodromale symptomene. Sykepleiernes opplæring i å identifisere tegn og symptomer på dårlig helse eller sykdomsdisponerende atferd, vil kunne gi oss en fordel i tidlig avdekking av risiko for utvikling av psykose. Andrews og Titov (2007) kom frem til at en slik behovsbasert forebygging vil være den mest kostnads- og effektive tilnærmingen i det psykiske helsearbeidet.

4.2.1 Sykepleie som tiltak for å øke sense of coherence

Som Orem (Kristoffersen, 2005) har sagt må vi stadig evaluere pasientens situasjon. Dersom vi stadig vurderer hvilke og hvor utviklede helsefremmende faktorer som foreligger vil vi kanskje kunne avdekke hvor utsatt personen er for å utvikle dårlig helse på et tidligere plan enn dersom vi ser på forfallende egenomsorg eller utvikling av prodromale symptomer. Marshall og Rathbone presenterte i 2007 at tidlig intervensjon i den prodromale fasen trenger mer forskning, men at det enda ikke foreligger definitivt bevis for at intervensjon i denne fasen vil ha effekt på forløpet for psykosen. De resultatene som forelå i undersøkelsen viste moderat til liten effekt på forløpet. Vi tror med bakgrunn i våre kunnskaper og Marshall og Rathbones (2007) forskning at vi kan oppnå bedre effekt av behandlingen dersom vi griper inn på et tidligere stadium og forebygger selv det prodromale. Vi vil vise til et eksempel.

«Vi er hjemme hos pasienten og har under samtale med pasienten avdekket at han nylig har fått inkassovarsel. Han ser på situasjonen som ulogisk og at han ikke kan påvirke den. Han synes den er fremmed og uoverkommelig. Han forteller at dette kommer til å få konsekvenser dersom han senere vil ta opp lån og at livet hans kommer til å forandre seg til det verre.»

Det vi kan se i det overnevnte eksempelet er at hans tolkning av den nye situasjonen ikke samsvarer med det vi har presentert om en helsefremmende tolkning av en ny situasjon. Dette kan enten føre til at situasjonen løser seg eller at det oppleves som en så stor påkjenning at den vil kunne være delaktig i å utvikle en ny psykose. Som sykepleiere har vi lært å analysere situasjonen. Selv om vi sammen med pasienten kan prøve å komme til en løsning på det praktiske problemet har vi gjort en uvurderlig observasjon som forteller oss om hvordan pasienten møter motgang. Antonovsky (1991) fortalte at dette er det motsatte tankemønsteret av det som skaper god helse. Vi må se på hvordan vi kan være delaktige i å skape tankemønsteret som kan bidra til utvikling av god mental helse. Langeland, Riise, Hanestad, Nortvedt, Kristoffersen og Wahl (2006) viste at refleksjonsbasert terapi kunne bidra til å øke personens mestring, og kan dermed være delaktig i å øke personens sense of coherence. Sykepleierens veiledende funksjon kan benyttes i en slik situasjon og vi kan prøve å integrere en slik refleksjon i vårt besøk hos pasienten. Vi kan be pasienten reflektere over situasjonen og finne ut av hva som virker ulogisk, hva som virker upåvirkelig og hva som hindrer han i å føle at situasjonen er håndterbar. Ved å benytte denne terapiformen dagligdags kan det tenkes at vi får gjort mer for å forebygge utvikling av ny psykose. For å kunne bruke et slikt verktøy i kommunene er vi avhengige av å kunne gjøre objektive vurderinger av personens følelse av

sammenheng. Til dette presenterte Antonovsky (1991) et kartleggende verktøy. Ved å benytte dette kan vi tenkes å få et empirisk bevis som vi kan bruke til å tildele midler til tiltak som veiledning eller refleksjon.

4.2.2 Sykepleie som tiltak for å øke resiliens.

I tillegg til å observere tegn på at pasientens sense of coherence faller kan vi også se på om resiliensfaktorene er tilstede eller tilstrekkelig utviklet. For å kunne observere disse må vi ha kjennskap til disse faktorer som beskytter en mot påkjenninger og føre til positiv utvikling. Disse er nedskrevet i kap. 3.5.2 i oppgaven. Disse faktorene vil være viktig og etablering av disse vil ha stor effekt på forebygging av tilbakefall (Torgalsbøen, 2007). Sykepleierens observasjoner på disse punktene vil være viktige ettersom vi i stor grad ikke aktivt vurderer vår egen resiliens fortløpende og et ytre perspektiv vil være fordelmessig dersom en bruker kunnskaper om resiliens som modell for forebygging. Tiltakene vi kan utføre på bakgrunn av observasjonene vil være situasjonsavhengig og det vil være opp til sykepleieren å ta i bruk sine kunnskaper og pasientens ressurser for å bedre eller opprettholde de aktuelle resiliensfaktorene. Vi vil presentere eksempler på hvordan sykepleieren kan ta i bruk Orem's teori om sykepleiesystemer i arbeidet med resiliensfaktorene. Vi vil her presentere forslag til tiltak som kan benyttes ved observerte dårlige eller manglende resiliensfaktorer.

Dersom evnen til å stille vanskelige spørsmål og å gi ærlige svar er dårlig eller ikke tilstede kan vi sammen med pasienten øve på dette eller tilby emosjonell støtte rundt dette. Ettersom resiliens blant annet knyttes til denne evnen vil det være ufordelsmessig for pasienten at vi tar over denne funksjonen. Vi må heller lære ham å gjøre dette selv. Kompenserende sykepleie kan her tenkes å være en risikofaktor for å utvikle lært hjelpsløshet eller avhengighet til andre.

Å kunne distansere seg fra problematiske faktorer i livet er en evne som kan bidra til bedring. Vi kan benytte vår støttende funksjon til å støtte pasienten til å gjøre de forandringene som må gjøres med håp om at pasienten selv utvikler denne evnen. Vi kan også gjennom veiledning vise hvordan pasienten selv skal finne svarene for hvordan han kan distansere seg fra kildene til problemene. Ifølge Orem har vi en miljøformende funksjon. Vi har ansvaret for at miljøet rundt pasienten fremmer utvikling i en positiv retning og dersom evnen til å distansere seg fra kilder til problemer ikke er tilstrekkelig vil vi risikere at miljøet formes til et som er til hinder for at pasienten skal kunne fjerne seg fra situasjoner som kan medføre stress og forverring.

Dersom vi observerer at pasienten ikke klarer å si nei burde vi øve på dette sammen med pasienten. For eksempel i form av rollespill.

Dersom evnen til å etablere og opprettholde kontakt med andre eller evnen til å skape relasjoner er svekket kan vi tilby støttende og veiledende sykepleie. Vi kan gjennom rollespill eller dagligdagse samtaler lære pasienten hvordan en tar kontakt med andre og opprettholder denne kontakten. Avhengig av sykdommens art kan den ha større eller mindre innvirkning på evnen til å opprettholde denne kontakten og vi må derfor ta hensyn til de begrensninger og de behov som oppstår på bakgrunn av sykdommen. Seo, Ahn, Byun og Kim (2007) viser at målrettet trening på å utvikle sosiale ferdigheter har stor effekt på personens selvtillitt, noe som kan virke forebyggende på tilbakefall. Selvtillitt er også kjent for å være viktig i etableringen og opprettholdelse av relasjoner.

Pasientens problemløsningsevne vil som nevnt ovenfor i punkt 3.5.2 være avgjørende for hans evne til å møte den nye situasjonen. Han må kunne bruke sine ressurser til å løse problemet. Dersom evnen er svak eller mangler kan vi gjennom undervisning og veiledning vise pasienten hvordan disse vurderingene gjøres, hvilke ressurser som kan benyttes og hvordan han på en god måte kan evaluere effekten av problemløsning. Vi kan også støtte pasienten til å møte de vanskelige problemene. Her vektlegger vi at pasienten vil ha best utbytte av treningen dersom sykepleieren griper inn så lite som mulig.

Å uttrykke seg selv på en kreativ måte er fremhevet som en god måte å beskytte seg mot stress. Her kan vi undervise og veilede i hvordan dette kan gjøres og sammen med pasienten trene på å uttrykke følelser.

Å kunne bruke humor, selv under vanskelige situasjoner er en evne som kan være vanskelig å lære pasienten. Å kunne se det humoristiske i situasjonen er ikke bestandig like lett, men gjennom trening og rollespill vil vi kanskje kunne bidra til å bedre denne evnen.

Å kunne handle på bakgrunn av det samvittigheten forteller vil kreve støtte. Dersom vi lærer pasienten at det er viktig å kunne handle etter det samvittigheten forteller, kan det tenkes at hans selvinnsikt og selvtillit styrkes. Det vi identifiserer som vår viktigste oppgave her vil være å støtte han. Vi kan også her benytte rollespill for å bedre denne evnen til å handle, hvor en går igjennom situasjoner og analyserer hvordan han kan lytte til samvittigheten og handle deretter.

I tillegg til de overnevnte faktorene vil vi også fremme viktigheten av å ha tilstrekkelig materielle goder til å dekke sine behov for egenomsorg. Orem forteller at vi gjennom vår støttende funksjon kan være et mellomledd mellom offentlige instanser for velferd og tilby hjelp til å utløse materielle goder. Vi kan i tillegg til dette undervise, veilede og støtte pasienten i bruk av penger. Ved noen former for schizofreni, med dette mener vi schizoaffektive lidelser, vil evnen til å styre egen økonomi være i risiko og som ved maniske lidelser vil en ofte ha behov for kompenserende pleie i form av en ytre forvalter av pengene.

Det vi viser til her er at den enkelte sykepleieren har et selvstendig ansvar for å gjøre disse vurderingene, iverksette tiltak og evaluere effekten av dem som beskrevet i Orems teori om sykepleie. Dersom det blir behov for ekstern ekspertise er det også sykepleierens ansvar å videreformidle behovet og eventuelt anskaffe dette.

5.0 Konklusjon

I vår litteraturstudie har vi funnet ut at flere av de anerkjente metodene for sekundær- og tertiærforebygging enda trenger mer forskning og at mange av disse har liten effekt på forebygging av forverring og ny utvikling av psykose. Vi må derfor ta i bruk de metodene som så langt har en påvist effekt. Psykoedukativt familiearbeid og trening i sosiale ferdigheter har påvisbar effekt på tilbakefall og forverring og vi ser at mange elementer fra grunnleggende sykepleieteori kan være delaktige i denne forebyggingen. Det kan se ut til at vi må ta noen av elementene fra disse anerkjente terapimetodene inn i sykepleien og gjøre dem til allmenne sykepleietiltak. Vi har også sett at det er flere områder i den rammedes resiliens vi kan jobbe med og vi har gitt forslag til noen tiltak. Det vil være opp til den enkelte sykepleieren å rette tiltak mot å forbedre resiliensfaktorene i den enkelte situasjon. Teori om pasientens behov og sykepleierens rolle kan bli viktige elementer i fremtidig forskning på feltet. Vi konkluderer med bakgrunn i de involverte studienes konklusjoner at det ikke finnes nok forskning på hva som fungerer og hvordan dette skal gjøres, men at forebygging av psykose hos personer med schizofrenidiagnose faller under Orems (Kristoffersen, 2005) teori om sykepleie.

6.0 Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

- Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red) (2012) Helsefremmende sykepleie.
- Jordahl, H. & Repål, A. (2009). Mestring av psykoser. Oslo: Fagbokforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I : Kristoffersen, N.J., Skaug, E-A. *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag. Kap. 23.
- Langeland, E. (2012) Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid I: Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red) (2012) Helsefremmende sykepleie. (S.195-216)
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., Fox, L. (2006) Integrrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Staniche, E. (2010). Psykiatriboken. Oslo: Gyldendal Akademisk
- St.meld. nr 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen*.
- Torgalsbøen, A. K. (2007). Schizofreni i et resiliensperspektiv. I: Borge, A. I. H. (red.). *Resiliens i praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Tuseth, A-E. (2007) Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I: Ulvestad, A. K., Henrisken, A. K., Tuseth, A-G. og Fjeldstad, T (red.) Klienten – den glemte terapeut. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Studieplan for Bachelor i sykepleie, heltid. Studiested Bodø.
- Walker, J., Payne, S., Smith, P. og Jarrett, N., (2007). *Psychology for Nurses and the Caring Professions*. Berkshire: Open press.

6.2 Selvvalgt litteratur

Noen av kildene er hentet fra nettsider. Her har vi satt inn litteraturen i et blankt dokument og sett på sidetall. Vi tar høyde for en viss feilmargin i sideberegningen.

-Andrews G. , Titov N. (2007) Changing the face of mental health care through needs-based planning. *Australian Health Review* **31** , 122–128. Sider: 6

-Antonovsky, A. (1991) Hälsans mysterium. Köping: Bokforlaget Natur och Kultur.

-Glantz, M. D., & Johnson, J. L. (Red.). (1999). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Springer. Sider: 303

-ICD-10 (2014) F20-F29 Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser. Hentet fra: <http://finnkode.kith.no/#/icd10|ICD10SysDel|2596290|flow> 13/03-14 klokken 20:00 Sider: Ca. 8

- Johannesen, J. O. (2002) Schizofreni – omfang og betydning. *Tidsskrift for den norske legeforening* 122: 2011-2014. Sider: 3

-Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. (2012) Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Nummer 4. DOI: 10.1002/14651858.CD008712.pub2. Sider: Ca. 117

-Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., Wahl, A. K. (2006) The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial, *Patient Education and Counseling*, 62(2). S 212-219, Sider: 7

-Lauveng, A. (2005). I morgen var jeg alltid en løve. Oslo: Cappelens forlag AS Sider: 194

-Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis (2011). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, nummer 6. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub3. Sider: Ca. 143

-Moniz, E. (1937) Prefrontal Leucotomy in the Treatment of Mental Disorders. *American Journal of Psychiatry* 93: 1844-1944. Sider: 4

-Murphy, N. (2007) Development of family interventions: a 9-month pilot study. *British journal of Nursing* 16(15), 948-952. Sider: 4

-Møller, P. (2003). Det initiale prodrom ved schizofreni - kjernedimensjoner av opplevelse og atferd. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 17; 2425 -2429. Sider: 4

-NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9/27.html?id=647951>
klokken 21:14, 24/02 2014. Ca. 11

-Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. (2010) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*, Utgave 12. DOI: 10.1002/14651858.CD000088.pub3. Sider: 166

-Renpenning, K., Taylor S. (2003) *Self-care Theory in Nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company. Sider: 400

-Siddle, R. Kingdon, D. (2000) The management of Schizophrenia: cognitive behavioural therapy. *British journal of community nursing*. 5(1): 20-25. Sider: 5

-Seo, J-M., Ahn, S., Byun, E-K., Kim, C-K. (2007) Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing* 21(6) S. 317-326 Sider: 9

-Meijel, B., Van Der Gaag, M., Kahn Sylvain, R. and Grypdonck, M. H.F. (2004), Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13: 107–116. doi: 10.1111/j.1440-0979.2004.00314.x Sider: 9

-Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*, Issue 6. Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2. Sider: 170