BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE.

Kurskode: SY 180 H APRIL 2012

Kandidatnr: 297

Totalt antall sider: 28

MØTET MED PSYKOSEN PÅ AKUTTAVDELING

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning 3
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema 3
1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning av oppgaven 4
1.3 Etiske overveielser 4
2.0 Metode 5
2.1 Kilder og kildekritikk 6
3.0 Historien om Pål 6
4.0 Teori 8
4.1 Hva er psykose? 8
4.1.1 Forforståelse og relasjonskompetanse 10
4.1.2 Objektrelasjonsteori 11
4.1.2 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee 12
4.1.3 Interaksjon og Menneske-til- menneske forhold 13
4.2 Kommunikasjon 15
4.2.1 Overføring og motoverføring 17
4.3 Tvang 17
4.4 Skjerming 18
5.0 Drøftning 19
5.1 Et første møte med psykose 19
5.2 Relasjonsbygging 19
5.3 Grunnlag for etisk diskusjon 21
5.4 Utfordringer og begrensninger ved kommunikasjon. 23
6. Avslutning 25
Litteraturliste 27

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Nå er jeg kommet så langt i min sykepleie studie at det er på tide å skrive en bacheloroppgave. Gjennom disse tre årene har jeg i mine praksisperioder møtt og delvis blitt godt kjent med mennesker i alle livets faser, hver og en med sine utfordringer, for å mestre sin hverdag. I psykiatrisk praksisperiode hadde jeg mitt første møte med psykotiske mennesker. Denne pasientgruppen oppfattet jeg som spesielt krevende fordi de periodevis levde i en verden jeg ikke var en del av, og på langt nær hadde forutsetninger for å sette meg inn i. Gjennom denne praksisperioden merket jeg hvordan jeg som student kontinuerlig ble utfordret i mitt arbeid med denne pasientgruppen i forhold til å skape tillit og fortrolighet oss i mellom. Mitt møte med en av disse pasientene og min oppfølging av ham førte til valg av tema for oppgaven min.

Målet med denne oppgaven er å rette fokus på mitt første møte med en psykotisk pasient og hvilke kriterier som spilte inn i vår interaksjon. Jeg ser nærmere på hvorfor jeg som sykepleierstudent handlet slik jeg gjorde i de gitte akutte situasjonene jeg møtte denne pasienten i. Mine handlinger og refleksjoner drøftes opp mot både pensumsteori og egenvalgt litteratur.

Jeg har delt inn oppgaven inn i seks hovedbolker med underpunkter der det måtte være nødvendig. Innledningsvis presenterer jeg mitt valg av tema og bakgrunnen for det. Her kommer en presentasjon av problemstillingen, oppgavens formål og oppgavens avgrensninger og etiske overveielser. I metodekapittelet presenterer jeg hva metode er, hvilken metode har jeg valgt og hvorfor og kort om kildekritikk. Teoridelen rettes direkte mot casen. Jeg har valgt å bruke sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee sin teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter, og hennes teori om sykepleierens evne til kommunikasjon.

I tillegg har jeg sett nærmere på hvordan vi kan forstå psykose og hvilke faktorer som kan påvirke vår kommunikasjon og interaksjon med pasienten på akuttpost.

Oppgavens avslutning samler trådene og konkluderer i hvilken grad jeg har funnet svar på min problemstilling. Oppgaven er på 9721 ord.

1.2 Presentasjon av problemstilling og avgrensning av oppgaven

Ut fra temaet jeg presenterte i punkt 1.1 har jeg formulert følgende problemstilling:
Hvilke utfordringer står sykepleier ovenfor i kommunikasjon og interaksjon med psykotiske pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling?

Kommunikasjon, mellommenneskelig interaksjon og psykoser er store tema med mange innfallsvinkler. På grunn av begrenset tid og oppgavens begrensede omfang har jeg valgt å spesifisere den i den grad jeg her gjort. I og med at oppgaven er skrevet på bakgrunn av en spesiell situasjon som jeg opplevde i praksis, vil mitt fokus være på mine utfordringer å danne en god kontakt med den aktuelle pasienten gjennom kommunikasjon og interaksjon. Jeg ser nærmere på de utfordringer det brakte med seg når pasienten var under tvangsvedtak på en akutt psykiatrisk avdeling.

Årsaken til at jeg velger å vektlegge kommunikasjon og interaksjon mellom sykepleier og pasient er at dette er to viktige og sentrale faktorer som sees som grunnleggende i en god relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Jeg møtte den aktuelle pasienten i en begrenset periode på åtte uker og kan naturlig nok ikke si noe verken om hvorfor han ble psykotisk på det aktuelle tidspunktet eller hvordan det gikk med han etter jeg var ferdig med praksisen.

1.3 Etiske overveielser

Hermeneutikk er fortolkningsvitenskap. Den oppsto i utgangspunktet fra humanistisk filosofi og som en metode for språklig tolkning. Einar Aadland hevder i sin bok "Og eg ser på deg…"at det var gjennom filosofen Wilhelm Dilthey og hans insistering på at "åndsvitenskapen" trengte sin egen vitenskapeligmetode at den moderne hermeneutikken vokste fram. Hermeneutikken så da ikke bare på forståelsen av mennesket, men også på de historiske og sosiale sammenhenger. Dilthey fremhevet elementene opplevelse, uttrykk og forståelse som viktig i forhold til det han kalte "forståelsens metodologi" (Aadland 1997)

Ut fra et hermeneutisk ståsted fokuserer jeg i denne oppgaven på hvordan jeg kan forstå og tolke mine omgivelser og hvordan jeg skal handle i lys av den forståelsen jeg har oppnådd. Gjennom teori og drøfting vil jeg vekselvis komme inn på *de fire prinsippers etikk* som autonomi, velgjørenhet, rettferdighet og ikke skade, der hvert prinsipp defineres som en plikt.

Berit Støre Brinchmanns redegjørelse for De fire prinsippers etikk, forteller om fire etiske prinsipp som ble utviklet i 1970 årene av en gruppe filosofer, jurister, teologer, og leger med

ulike livssyn og ulike etiske grunnholdninger. Gruppa kom fram til at velgjørenhet, ikke-skade, autonomi og rettferdighet var prinsipper man skulle bruke og følge ved vanskelige medisinsk-etiske spørsmål.

Prinsippene går i korthet ut på:

Velgjørenhet- plikten til å gjøre godt mot andre

Ikke skade- plikten til ikke å skade andre

Autonomi- plikten til å respektere autonome personers beslutninger.

Rettferdighet- plikten til å behandle like tilfeller likt og fordele ressurser rettferdig.

(Brinchmann 2008)

Gjennom min case vil jeg ut i fra disse prinsipper og plikter kunne belyse områder der man møter et etisk dilemma i forhold til bruk av prinsippene alt etter om man ser det fra pasienten eller sykepleierens ståsted. Hvilke tiltak og begrunnelser er legetime å bruke ut fra min terapeutiske rolle og faglige ståsted, og hvor går grensen mellom forsvarlighet og makt?

2.0 Metode

> En metode defineres som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap.(Dallan:83)

I denne oppgaven har jeg valgt å bruke litteraturstudie som en kvalitativ metode, med en case som hovedgrunnlag. Jeg valgte litteraturstudie som en teoretisk tilnærming til stoffet. Dette synes nyttig med tanke på problemstillingen min fordi det å tolke opplevelser i lys av hermeneutiske tradisjoner er en vesentlig del av yrkesutøvelsen som sykepleier . Å velge denne type studie gjør at jeg har lett tilgang til litteratur og datamateriale rundt den konkrete problemstillingen.

> Kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle .(Dallan 2007: 84)

Gjennom den kvalitative belysningen av casen ønsker jeg å belyse noe av kvaliteten på den omsorgen og tilnærmingen som ble gjort ovenfor min pasient. Gjennom bruk av kvalitativ metode tolker jeg stoffet jeg samler ut fra min nærhet til feltet jeg skriver ut fra i og med at jeg var en del av et samspill og aktivt med på en relasjonsbygging ovenfor pasienten.

2.1 Kilder og kildekritikk

I denne oppgaven har jeg brukt sekundærlitteratur som tidligere pensum for å dekke opp tema i selve problemstillingen. I og med at oppgaven er bygget på en case fra praksis har jeg også brukt primærlitteratur som originalartikler, notater og refleksjoner fra de samtaler jeg hadde med min kontaktsykepleier og hennes kollegaer underveis i praksisen. Sekundærlitteraturen er i hovedsak, med et unntak, brukt som støtte i drøftingen. Siden det var lett å finne stoff direkte knyttet opp mot problemstillingen i pensumslitteraturen valgte jeg å bruke stoff knyttet til fagfeltet, spesielt artikler som omhandler feltet psykose, tvang og kommunikasjon. Søkene er gjort opp mot databaser som Helsebiblioteket, SveMed+, Sintef og Bibsys etter anbefalinger fra bibliotekaren ved Nordlandsykehuset, avdeling psykiatri.

> Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes. Leth og Thurén sier at kildekritikk er et samlebegrep for metoder brukt for å skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner. (Dallan, 2007:66)

Gjennom kildekritikken vil jeg vise at jeg forholder meg kritisk til den litteraturen jeg har valgt. Ut i fra mine egne observasjoner og opplevelser i casen har jeg søkt etter artikler, litteratur og forskning som belyser hele eller deler av min problemstilling.

3.0 Historien om Pål

«Nå er det altså faen meg så mye sexprat på jobb at jeg har ikke lyst på kjærringa når jeg kommer hjem…..» Ordene smalt i veggene inne på personalrommet i det en av de mannlige sykepleierne gjorde sin inntreden. Det var min første uke i psykiatripraksis. En ny verden, skremmende, men interessant og totalt annerledes enn mine tidligere praksiser. Et par av de andre på rommet vekslet kjapt et blikk og himlet med øynene. Etter å ha hørt i noen minutter på sykepleierens tirade om hvor lei han var av å tørke opp kroppsvæsker som tilsynelatende "fløt" utover pasientrommet bestemte min kontaktsykepleier at det var best at hun og jeg tok en tur på medisinrommet siden vi hadde fått tildelt medisinansvar for dagen. Vi brukte av og til stundene der inne til å reflektere litt over hendelser som skjedde i løpet av dagen.

Denne dagen ble det naturlig nok snakket en del om sykepleierens noe upassende ytring og holdninger. Plutselig hørte jeg en pipelyd fra alarmen på beltet mitt. Jeg rakk egentlig ikke å tenke så fryktelig mye annet en at "nå skjer det noe.." Pulsen steg idet vi gikk ut av medisinrommet og jeg kunne merke adrenalinet pumpe i kroppen. Ute i korridoren var det en horde med mennesker som bestemt gikk i samme retning ut i korridoren og man kunne høre

kun lav prat mellom de sist ankomne som fikk informasjon om hva det gjaldt. Jeg ble stående langs veggen å beskue det hele.

Midt i gangen gikk en mann i femtiårene kliss naken. Rundt ham på gulvet lå alle klærne hans sammen med en mengde avføring og andre kroppsvæsker. Noen medpasienter stoppet opp for å se hva som skjedde. Han begynte å gå mot avdelinga. Mannen var tydelig opphisset og sint og ropte til en av de ansatte at han skulle voldta ham. Personalet som var tilkalt gikk bestemt bort til ham og kun en av dem snakket tydelig men rolig til pasienten. Han ble informert om at hans oppførsel ikke kunne aksepteres og at vi nå skulle hjelpe han med å ta kontroll over situasjonen. To stykker tok tak i hver sin arm og med følge av resten av gruppa ble han ført inn på belterommet der han ble lagt i belter. Pasienten kjempet i mot med knurrelyder og fysisk motstand men roet seg litt da beltene kom på. Han ble medisinert med en Haldol og en Stesolid injeksjon og sovnet ganske så umiddelbart.

Han ble liggende med belter ut hele vakta mi, og da jeg skulle gå inn med medisiner før vaktskiftet var han våken og fikk hjelp til å spise. Han så sliten og svett ut der han lå og nikket med hodet da jeg presenterte meg. Han snakket ikke mye, men gjennom sykepleieren som satt ved siden av han fikk han sagt noe om at han hadde kjempet en kamp på liv og død tidligere den dagen. Jeg ga ham medisinene og litt vann og kunne kjenne at jeg undret meg på hvor liten og sårbar han så ut nå og at dette var samme mannen som hadde vært så truende for neon timer siden. Det var mitt første møte med Pål og mitt første møte med beltelegging og fysisk tvang. Jeg hadde mange tanker da jeg gikk hjem fra jobb den dagen.

De neste dagene var rimelig rolig på dagtid, men på natta hadde "Pål" stadig heftigere og høylytte samtaler og onaneringsepisoder foran de ansatte. På morgenrapport ble det ofte rapportert at nattevaktene stadig opplevde at han ba dem om hjelp til sine erotiske handlinger. Han ropte et kvinnenavn om og om igjen, skrev lapper med samme erotiske usammenhengende setning ned gjennom hele arket. Pål hadde på nåværende tidspunkt et pasientrom ute i avdelingen og vandret store deler av dagen fra ende til ende i den lange korridoren. Han var urolig og klarte knapt å sitte stille lenge nok til at han fikk spist måltider i spisesalen. Flere ganger henvendte han seg til personalet og ba selv om å bli beltelagt for å minske uroen i kroppen. Han ble ikke møtt på sitt ønske andre ganger enn når han var aggressiv og truende i sin atferd. Det var kun de mannlige ansatte som fikk ta han med på rusleturer ute i begynnelsen av oppholdet. Han hadde ved et par anledninger begynt å kle av seg da han så noen barn som lekte like ved veien der han gikk men han reagerte på tilsnakk og var ening i at denne oppførselen ikke kunne fortsette.

Når Pål hadde effekt av medisinene han brukte var han rolig, men kunne komme bort til en av oss for å gi en klem eller for å stryke oss litt på hånden. Jeg opplevde han ikke som direkte truende da, men må innrømme at jeg hadde hjerte et godt stykke opp i halsen de gangene han oppsøkte meg. Jeg var ikke trygg på ham og likte ikke å være alene i miljøet med ham. Jeg hørte stadig et par av de eldste sykepleierne snakke om hvor spesiell denne pasienten var med tanke på at ingen egentlig visste noe om årsaken til at Pål hadde blitt psykotisk.

Etter noen uker kom Pål ved hjelp av medisinsk behandling og psykologisk behandling ut av sin lille "boble" og vi kunne merke på ham at han var deprimert. En dag fikk han en blomsterbukett fra sitt arbeidssted og han falt fullstendig i tårer…Da slo det meg at jeg i utgangspunktet ikke visste noe særlig om bakgrunnen til denne mannen. Hvem var han og hvordan levde han på utsiden av akuttavdelingen? Jeg hadde fått med meg informasjon om at han var blitt akutt syk på en tur han hadde vært på og at han var betraktet som en rolig og stille mann med fast jobb, familie og venner på hjemplassen.

Pål var en stille mann som ikke var lett å få i tale, de gangene han sa noe var det som regel enstavelsesord som svar på et spørsmål. De siste to ukene før han ble skrevet ut ble han noe lettere til sinns og jeg fikk i oppgave å gå tur med ham ned til byen. Vi tok noen turer rundt i nærmiljøet og jeg fulgte ham til frisøren slik at han fikk stelt seg. Den siste dagen hans hos oss var også min siste dag i praksis. Det regnet kraftig da vi ruslet bortover veien den dagen, og glad var jeg for det. Vi gikk og småpratet om hvordan det skulle bli å komme hjem, da han snur seg å ser på meg å sier " hvordan skal jeg finne styrke til å møte dem igjen etter å ha oppført meg slik som dette???..." Jeg var fri for ord. Det var mye jeg kunne sagt, men følelsene tok overhånd og jeg kjente en liten tåre i øyekroken da vi snudde og gikk hjem.

4.0 Teori

4.1 Hva er psykose?

Psykose er et "sekkebegrep" som rommer flere tilstander og som det kan være vanskelig å gi presise beskrivelser av. Forskjellige definisjoner kan imidlertid gi en pekepinn på hva psykose innebærer. Den tyske filosofen Imanuel Kant (1724-1804) er den som til nå har laget den korteste definisjonen jeg er kommet over der han sier at det er som å drømme i våken tilstand (Strand 1990)

Einar Kringlen sier i sin bok "Psykiatri" at pasienter som rammes av psykose mister taket på virkeligheten. Psykosen preges av hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser eller

forvirring ,og omfatter flere sykdomsgrupper som akutte og forbigående psykoser stemningslidelser, schizofreni og paranoide tilstander.

(WHO) har laget systemet ICD-10 som brukes som det offisielle diagnosesystemet i norsk helsevesen. Kringlen hevder at følgende kriterier ligger under psykosebegrepet i følge ICD-10:

- Akutt utvikling innenfor to uker av ett eller fler av følgende symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner eller uforståelig inkoherent tale.
- Eventuelt forbigående forvirring eller svekkelse av oppmerksomhet eller konsentrasjon.
- Tilstanden er ikke forårsaket av stoff eller alkohol.
- Affektive sinnslidelser er ikke tilstede.
- Organisk etiologi må utelukkes . (Kringlen 2008: 339)

En modell som brukes i forklaringen på hvorfor et menneske blir psykotisk er stress/sårbarhetsmodellen. Modellen går ut fra at psykose påvirkes av flere faktorer og at det i utgangspunktet er preget av psykotiske episoder. Stress man blir utsatt for som rammer vårt følelsesliv enten det er dødsfall eller krise/tap samspiller med våre sårbarhet. En person som av genetisk årsak, eller biologisk årsak (søvnmangel, dårlig egofunksjon eller dårlig sosial støtte) rammes av en stressende livshendelse er mer sårbar og har derfor større sjanse for å utvikle en psykose.(Hummelvold 2004)

I boka " Fra kaos mot samling, mestring og helhet" har Liv Strand sett nærmere på hvordan det kan oppleves å være psykotisk. Hun sier at psykosen i noen tilfeller kan oppleves som en positiv tilflukt til et sted der det er trygt og godt å trekke seg tilbake til. Men i de aller fleste tilfellene hos psykotiske pasienter forandrer det trygge tilfluktsstedet seg til en trussel de ikke kommer unna. Strand tar for seg en rekke teorier i sin søken etter en forklaring på hva psykose er og hvorfor noen mennesker rammes en eller flere ganger i løpet av livet. Hvor hardt et menneske rammes og i hvilken grad psykosen takles avhenger i følge Strand mye av forholdet mellom pasientens egofunksjoner og egosvakhet. I den forbindelse er det sentralt å gå litt tilbake i teorien og se nærmere på hva som ligger til grunn for disse stadiene.

Handling

Forståelse

4.1.1 Forforståelse og relasjonskompetanse.

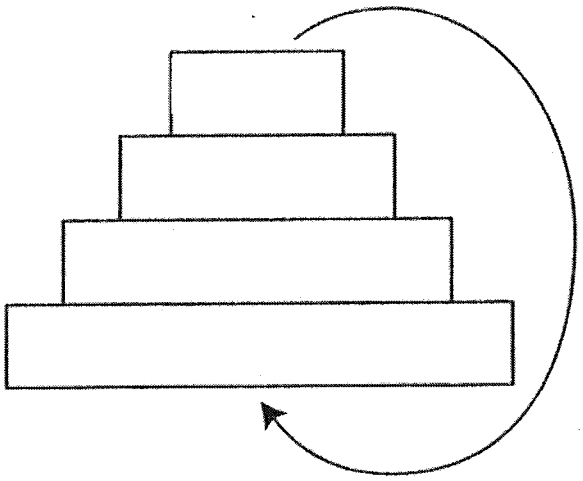
Relasjon

Våre forestillinger om psykose kan legge føringer for og vanskeliggjøre vår samhandling med psykotiske pasienter. Det er derfor viktig at vi som jobber i direkte kontakt med denne pasientgruppen har en forståelse for at våre handlinger og våre oppfatninger av psykotiske lidelser vil prege vår oppfatning av det pasienten sier og gjør.

Samhandling

Odd H. Røkenes og Per- Halvard Hanssen forklarer i boka "Bære eller briste " at relasjonskompetanse er et begrep som sier noen om hvordan vi forstår og samhandler med mennesker vi møter i yrkessammenheng på en mest mulig hensiktsmessig måte. Vi kan si det er en blanding av det å kjenne seg selv, å forstå den andres opplevelse samt å forstå hva som skjer i samspillet mellom oss. Å forstå handler både om å leve seg inn i hvordan andre opplever verden, og om å avdekke hvilke motiver eller hensikter andre handler ut ifra. For å forstå en annen person må vi ha innblikk i hvordan den andre opplever verden, hvilke meningskontekster den andres atferd eller utsagn hører til i. Det kan være vanskelig å forstå medmennesker, for vi opplever ikke verden på samme måte. Vi forholder oss alle til ulike meningskontekster. Den som forstår, forstår alltid ut fra noe. Vi forstår andre på bakgrunn av våre egne erfaringer følelser og tanker, for eksempel på bakgrunn av den kulturen vi er en del av (Røkenes, Hanssen, 2002).

Røknes sier videre at kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient har stor betydning for hvilken retning pasienten endrer seg. Han gjengir en relasjonspyramide som viser hvordan en god relasjon hviler på en samhandlingsprosess som skaper tillit,trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning (se figur 1 Relasjonspyramiden)



Figur 1 relasjonspyramiden

Når samhandlingen fungerer er relasjonen god og det er lettere å forstå hverandre. Når forståelsen er tilstede er det mulig å handle mer konkret ut fra pasientens behov. (Røknes 2002)

4.1.2 Objektrelasjonsteori

Fra boka "Utviklingspsykologiske teorier-en innføring" har jeg hentet fram to sentrale aktører innenfor teori rundt utvikling av "selv-psykologi". Margaret Mahler (1897-1985), lege og senere psykoanalytiker, utviklet objektrelasjonsteorien som viser oss hvordan vi utvikler vårt eget jeg gjennom våre relasjoner til nære omsorgspersoner. Modellen deles i hovedsak inn i tre faser: normal-autistisk fase, symbiotisk fase og separasjons-og individuasjonsfasen. Fasene beskriver barnets tilpasning til miljøet rundt seg fra fødsel og til rundt 3 års alder. I følge Mahler skjer barnets tilpasning ved at det i starten erfarer at mor dekker alle grunnleggende behov som om de lever i en symbiose, og så endres situasjonen gradvis ved at viktige elementer som tillit og tilknytning til omsorgspersoner blir satt på prøve når separasjon og individuasjonsfasen inntrer. I denne fasen møter barnet gradvis separasjon fra omsorgspersonene og angst for fremmende. Nå begynner barnet å utvikle sin hukommelse og gransker verden med nye øyne. Barnet lærer å krype å gå og utvikler en kjærlighet til verden på den ene siden og en angst for å bli forlatt på den andre. Denne balanse i reguleringen av nærhet og avstand inntrer ved 3 års alderen og barnets indre forestillinger er nå i følge Mahler trygt forankret.

Psykoanalytikeren Sigmund Freud (1856-1939) lanserte den strukturelle hypotese gjennom sin *Id-Ego-Superego – modell.* Hos en harmonisk person vil disse tre områdene være i balanse og fungere dynamisk. Id er i følge Freud den grunnleggende og den eneste medfødte delen av vår personlighet. Lystprinsippet råder og barnet styres av sine behov og drifter for en øyeblikkelig behovstilfredstillelse. Id – fasen dominerer ikke bare helt spebarnets adferd, men også den voksnes handlinger i form av at vi for eksempel mister besinnelsen eller våre hemninger ovenfor barnet.

Ego – fasen representerer personens fornuft og viljemessige side. Lystprinsippet erstattes nå av realitetsprinsippet der barnet opplever en realistisk tilpasning til verden gjennom for eksempel å erfare at det å putte alt man finner i munnen når man opplever sult ikke fører til metthet. Man må vente til det er noe spiselig som kommer. Realitetsprinsippet fungerer på bakgrunn av en sekundærprosess der barnet lærer hvordan det kan skaffe seg en ønsket

gjenstand eller situasjon. Sekundærprosessen er altså den prosessen som representerer tenkning, problemløsning, og språk mener Freud.

Superego – fasen preges av ytre påvirkning og regulering. Der barnets adferd tidligere var avhengig av foreldrene som et bevis på kjærlighet, eller som en straff ved tilbaketrekning av kjærlighet er det nå faktorer som samvittighet, normer og regler i miljøet rund som blir sentrale. Superegofasen forgår ofte ubevisst i det at man ikke nødvendigvis tenker på at det er samvittigheten som styrer våre handlinger. Vi kan si at superego fasen strekker seg fra realitetsprinsippet og over i det etiske prinsipp som ikke bare sier noe om hva som er mulig, men også hva som er akseptabelt og riktig.(Egeberg et.al 1986)

Liv Strands teori basert på objektrelasjonsteori går ut på at hun belyser to typer mekanismer som kan inntreffe ved psykose. Man kan enten si at psykosen er en dekompensasjon der pasienten i utgangspunktet har vært ego svak men funnet måter å kompensere for dette på slik at han har fungert relativt bra sosialt. Ved å bli utsatt for en traume eller et sterkt stress dekompenserer han og faller ned i et psykotisk kaos.

Ved regresjon har pasienten en relativt bra egofungering før og etter psykosen, og traume eller stresset som utløser psykosen treffer et spesielt sårbart punkt. (Strand 1990: 36)

4.1.2 Sykepleierteoretiker Joyce Travelbee

Travelbee ble født i New Orleans i Usa i 1926 og døde i 1973. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og hennes sykepleietenkning rettes i all hovedsak sin oppmerksomhet mot mellommenneskelige aspekter.

Gjennom boken "Mellommenneskelige forhold i sykepleien" belyser Travelbee hvordan den profesjonelle sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk. Hun sier at sykepleieren gjennom en mellommenneskelig prosess velger metoder og virkemidler til behandling av sykdom eller plager som igjen spiller en viktig rolle i pasientens evne med å forebygge eller mestre erfaringer med egen sykdom og lidelse. (Travelbee 2001)

Med dette mener hun at man skal bruke sin egen personlighet og sine kunnskaper bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til den syke. Gjennom dette forholdet skal sykepleieren skape en forandring som har som mål å lindre pasientens plager. For å klare dette må man ha selvinnsikt, evne til å tolke egen og andres adferd, og en dyp innsikt i det å være menneske. Det må ikke forveksles med vennlighet fordi det vil i seg selv ikke veie opp

for uvitenhet eller manglende kunnskap og innsikt i begreper og prinsipper eller sykepleierens evne til å anvende disse. Eget livssyn, menneskesyn, egne åndelige verdier og ikke minst eget syn på sykdom avgjør i stor grad i følge Travelbee hvilken grad man makter å hjelpe andre til å finne en mening i sin situasjon.

4.1.3 Interaksjon og Menneske-til- menneske forhold.

Som tidligere nevnt har jeg valgt å rette fokus på interaksjon. Travelbee definerer interaksjon som den innflytelse en kontakt har mellom to individer , og den verbale og nonverbale kommunikasjonen som oppstår. (Travelbee 2001) Samhandling mellom sykepleier og pasient står sentralt i utøvelsen av sykepleieryrket. Hvor stor grad den sykes behov tilfredsstilles eller ikke, avhenger ofte av hvor godt en slik interaksjon fungerer og eller ikke.

Skal man kunne belyse hvordan den sykes behov tilfredsstilles betingelsesløst og konsekvent må man flytte fokuset over på et menneske-til-menneske forhold. Dette er et av målene for en sykepleier, men det tar tid å utvikle dette forholdet. Travelbee mener at om man skal kunne bli kjent med det mennesket man har omsorg for må man møte, oppfatte, respondere og respektere det unike ved vedkommende. Det er når vi legger bak oss rollene som sykepleier og pasient at vi kan se hverandre som unike personer, og vi unngår at omsorgen blir upersonlig og overflatisk.

Etableringen av menneske-til menneske forholdet blir bygd opp gjennom fem forskjellige faser ifølge Travelbee:

1.Det innledende møtet : I det første møtet dannes et førsteinntrykk basert på oppfatninger og forventninger til den andre. Inntrykk, observasjoner og vurderinger man gjør seg om den man møter danner en følelse av hvordan den andre er. Ved dette innledende møtet ser begge parter gjerne på hverandre ut fra stereotype antagelser, altså pasienten ser en sykepleier og sykepleieren ser en pasient. Selv om de ikke har møtt hverandre tidligere kan begge ha forutinntatte meninger om hverandre basert på tidligere erfaringer , møter eller fantasiforestillinger. Sykepleierens oppgave vil være å se pasienten som et individ og et menneske og gjennom dette kommunisere sin egen opplevelse som sykepleier .

2.Framvekst av identiteter: Her er vår evne til å se hverandre som unike menneskelige individ som råder. Det stille krav til både sykepleieren og pasienten at de klarer å inngå en interaksjon og det er nå de begynner å knytte seg til hverandre. De ser hverandre mer som egne individer og fokuserer noe mer på hvordan den andre føler, tenker og oppfatter situasjonen. Grunnlaget for empatifasen legges her. Travelbee sier her at mennesker er svært

forskjellige i evnen til å oppfatte og respondere på andre som unike individer. Det kan dreie seg om at man bruker seg selv som målestokk og måler andre opp mot seg selv, eller at det som er unikt med den andre oppfattes som truende og angstvekkende. Interaksjonen som bygges mellom sykepleier og pasient kan gi grunnlag for misunnelse hos begge parter og sykepleierens oppgaver blir i dette tilfelle å bevisstgjøre seg selv i hvordan hun oppfatter pasienten og hvordan hun klarer å se han som et unikt individ.

3.Empati

> Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Det er en prosess der den enkelte er i stand til å se forbi ytre adferd og fornemme nøyaktig den andres indre opplevelse på et gitt tidspunkt. (Travelbee 2001:193)

Empati oppstår ikke tilfeldig, det må hele tiden utvides, både på grunnlag av sykepleierens livserfaring og erfaringer fra andre møter med ulike pasienter. Det er vanskelig for et menneske å forstå noe som man ikke kan på en eller annen måte knytte til sine egne erfaringer. Det handler om stå på utsiden men likevel kunne ta del i pasientens erfaringer av sorg ,lidelse glede eller bitterhet, uten nødvendigvis ha vært i samme situasjon. Travelbee mener at resultatet av empatiprosessen er evnen til å kunne forutsi atferden hos den en har opplevd empati med. Det kan oppleves som vanskelig når det har oppstått en empatisk interaksjon fordi det kan oppstå situasjoner der pasienten enten synes han har avslørt for mye om seg selv eller at sykepleieren bruker informasjonen hun får på en måte som skaper et mistillitsforhold mellom dem. Empati er en prosess som begge deltar i, og fører ikke direkte til en gjensidig forståelse, men det er et viktig steg å ta for å kunne ta steget videre inn i neste fase som handler om sympati og medfølelse

4.Sympati og medfølelse

> Ønsket om å lindre plager, som er fraværende i empati er et karakteristisk trekk ved sympati og medfølelse. Sympati og medfølelse er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer.
>
> Gjennom sympati og medfølelse blir den enkelte i stand til å forstå den andres plager, å beveges eller gripes av vedkommende ulykke og ønske å lindre eller avhjelpe situasjonen. (Travelbee 2001:200)

Travelbee sier at denne fasen kommer som et resultat av empatifasen. Sykepleieren viser gjennom engasjement og omsorg at hun har sympati og medfølelse for pasienten i hans situasjon, og at hun bryr seg om hans tilstand. Ved å involvere seg direkte knytter

sykepleieren den syke til seg som menneske til menneske og meningsfylt kommunikasjon gir hjelp og støtte i en vanskelig tid. Vi formidler som sykepleiere sympati og medfølelse både verbalt og nonverbalt. Ømhet og medlidenhet for pasienten kan uttrykkes i ansiktsuttrykk, blikk eller bevegelse. Pasienten får en følelse av at sykepleieren bryr seg, og denne følelsen av sympati og medfølelse kan virke psykisk og fysisk godt for pasienten.

Å ha sympati og medfølelse er å gi noe av seg selv til andre, og å bli sårbar gjennom dette. Dette er altså ikke en del av den første fasen i å lære pasienten å kjenne , men det forsterker og utdyper forholdet mellom sykepleier og pasient. Det at sykepleieren viser sympati og medfølelse ovenfor en pasient kan i stor grad påvirke pasientens vilje til kamp mot sykdommen og mestring av sin situasjon. I noen tilfeller kan dette være avgjørende for pasientens vilje til å leve eller dø.

5.Tillit og gjensidig forståelse og kontakt

Det er det overordnete målet for all sykepleie, og det forutsetter at sykepleieren og den syke har gjennomgått alle de fire forutgående fasene. Tillit er ikke noe man får automatisk i lys av sin sykepleier rolle, den må opptjenes i samarbeid med pasienten. Man må vise at man er til å stole på , og at vi har kunnskap om det vi holder på med. En gjensidig forståelse og kontakt fordrer at sykepleieren gjennom sine handlinger lindrer den sykes plager og unngår å gjøre situasjonen verre for pasienten.

> Gjensidig forståelse og kontakt oppleves vanligvis av begge parter, både sykepleieren og den syke , men på grunn av deres innbyrdes forskjellige stilling og bakgrunn, og fordi de begge er unike og forskjellige individer, er det innlysende at sykepleierens opplevelser vil være noe andreledes enn den sykes opplevelse. Den sykes opplevelse vil som regel også skille seg fra sykepleierens selv når begge er sammen om situasjonen. (Travelbee 2001:211)

Vi ser altså her at selv om disse to deler erfaringer og opplevelser er de to adskilte personer. Sykepleieren lærer den syke å kjenne ved en bevisst kommunikasjon og samhandling som dekker pasientens behov, en målrettet handling som på sikt igjen gjør at pasienten får tillit til sykepleieren som profesjonell og ivaretakende.

4.2 Kommunikasjon

> Kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet " kommunikasjon" kommer av det latinske *communicare,* som betyr å gjøre noe felles delaktiggjøre en annen i , ha forbindelse med. (Eide&Eide 2007 :17)

I vårt daglige virke brukes begrepet kommunikasjon i en videre betydning enn som så. Vi har en rekke kommunikasjons kanaler som strekker seg fra fenomener som personlig en til en kommunikasjon og helt over på masse kommunikasjon via globale nettverk. En sentral del i tolkning av kommunikasjon er hvordan vi bruker kroppsspråket vårt og signaler vi sender ut ved måten vi formidler vårt budskap på. For å forstå pasienten og hans situasjon bedre er ferdigheter i kommunikasjon et viktig hjelpemiddel. Gode kommunikasjonsferdigheter gir oss muligheter til å gi pasienten bedre hjelp og støtte gjennom aktivt å stimulere den andres utvikling (Eide 2007)

Travelbee mener at kommunikasjon er et viktig middel i etableringen av et menneske-til menneske forhold gjennom en interaksjon der pasient og sykepleier påvirkes av hverandres meddelelse eller overføring av tanker og følelser. Hun presenterer kommunikasjon som en atferd fordi den involverer fysisk og mental aktivitet hos avsender og mottaker. Kommunikasjon er den dynamisk kraft som har innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjonsferdighetene hos sykepleiere dreier seg om faktorer som: forståelse, tolking og anvendelse av leseevnen, evnen til å utrykke seg klart muntlig og skriftlig og evnen til å lytte, høre og tolke. Selve kommunikasjonsprosessen brukes for å planlegge, tilrettelegge, styre og evaluere sykepleierintervensjonen .

(Travelbee 2001)

Hvordan vi får fram vårt buskap og hvilke metoder vi velger, verbale (bruk av ord) eller nonverbale(mimikk, tonefall, bevegelser og berøring), spiller inn på vår oppfatning av hverandre. Gode kommunikasjonsferdigheter forutsetter at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og har en disiplinert intellektuell tilnærming. Interaksjonsmålene ligger innenfor områder som det å lære den syke å kjenne, å finne og ivareta den sykes sykepleiebehov og å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren få hjelp til å nå disse målene.

En av metodene er det Strand kaller Containing-function . Denne metoden dreier seg i hovedsak om hvordan vi som sykepleiere kan utøve ego-styrkende sykepleie ved å oppbevare, mildne og bearbeide pasientens utkasting av den sorg, fortvilelse, sinne og forvirring han sliter med, for så å levere det tilbake når materialet er bearbeidet og pasienten er klar for å motta. Det er viktig at sykepleieren skjønner at pasientens ukritiske raseri ikke er rettet direkte mot henne , og at hun har styrke til å stå i situasjonen og ikke svare tilbake i samme tone som pasienten. Først da vil pasienten kunne bli i stand til å kunne jobbe med å takle sin smerte, sitt sinne og også de gode følelsene som er tilstede. (Strand 1990)

4.2.1 Overføring og motoverføring

Kommunikasjon mellom pasient og en sykepleier påvirkes, som jeg har nevnt ovenfor, av flere faktorer. De to faktorene jeg kjente mest på i min praksis var overføring og motoverføring. Overføring vil si et forhold der pasienten i enkelte tilfeller kan tillegge den han snakker med egenskaper denne personen ikke har. Det kan være pasienten overfører følelser han har hatt ovenfor andre signifikante personer fra fortiden. Vi kaller det positiv overføring hvis holdningene til for eksempel sykepleieren preges av beundring eller kjærlighet. Negativ overføring oppstår gjerne senere gjennom ubegrunnet frustrasjon ,eller aggresjon ovenfor sykepleieren .

Anders Zachrisson refererer motoverføring til noe som skjer med terapeuten som gjør at han bringes ut av terapeutisk posisjon. Det kan for eksempel vise seg i form av at terapeuten føler tomhet, angst eller en irritasjon over at vi strekker oss litt lengre for denne pasienten en andre. Tanker, følelser og bilder ,skiftende stemninger eller lignendevekker ubevisste reaksjoner hos terapeuten. (Zachrisson 2008)

4.3 Tvang

Siden denne casen er hentet fra en akuttpost har jeg valgt å ta for meg to faktorer som til tider er en sentral del av opplegget rundt psykotiske pasienter på institusjon, og som innvirker på interaksjonen vi får med pasienten. Bruk av tvang er en metode som kan gi alvorlige konsekvenser i et menneskes liv. Tvang og makt er to begreper som følger hverandre tett på en akutt avdeling, og det er viktig at vi som sykepleiere er bevisste på dette. Bruk av tvangsmidler skal bare brukes når andre metoder har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.

Psykisk helsevernloven ,av 2.juli 1999 §4-8, samt Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innenfor det psykiske helsevernet , av 24 november 2000 regulerer bruk av tvang .

> Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. (Psykisk helsevernloven, 2003, § 1-1.)

Psykisk helsevernloven om tvungen observasjon og psykisk helsevern:

> **§ 3-5.** *Hva tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan omfatte:*

Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for disse formålene. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang.

Dersom det er nødvendig av hensyn til forsvarlig helsehjelp, kan tvungent psykisk helsevern gis ved midlertidig døgnopphold i institusjon som ikke er godkjent etter første ledd. Den godkjente institusjonen skal i slike tilfeller være ansvarlig for det tvungne vernet.

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold kan bare skje under ansvar av en institusjon som er godkjent for den aktuelle behandlingsformen.

(Lovdata. no)

4.4 Skjerming

Skjerming er en mye anvendt og en vidtgående metode for grensesetting hos psykotiske pasienter. Hensikten med skjerming av pasienter er ikke bare å skjerme omgivelsene for pasientens noe ukritiske adferd, men og så å skjerme pasienten for inntrykk fra omgivelsene . Skjerming kan foregå på ulike måter ,alt etter hva som passer inn i situasjonen. Under skjerming på egen enhet fungerer primærkontakten –og andre som deltar i skjermingen som brobyggere mellom pasientens indre verden og den ytre virkelighet . Denne hjelperen må være i stand til å opptre rolig, ha oversikt og være villig til å hjelpe pasienten med å rydde litt i sitt kaos ved å sortere inntrykk og opplevelser. Hummelvold sier at målet med skjerming må være å hjelpe pasienten til å gjenvinne sin autonomi og kontroll over seg selv , samt sitt normale forhold til sine omgivelser. (Hummelvold 2004)

Det er viktig at pasienten får informasjon om hvorfor skjermingen er iverksatt og hvordan den skal gjennomføres . Informasjonen skal gis både muntlig og skriftlig jf. pasientrettighetsloven § 4A (lovdata.no)

Når pasienten er i en slik forfatning at han har kontroll over sin egen adferd og er i stand til å kommunisere vanlig bør det vurderes å oppheve skjermingen, slik at den reguleres av dialogen mellom pasienten, skjermingspersonalet og behandler. Bruk av antipsykotiske medikamenter er også regnet som en del av det å skjerme pasienten. Medikamentene demper symptomer slik at pasienten kan få ro en stund. I akuttfasen av psykosen tåler pasienten større doser enn ellers før det oppstår bivirkninger av særlig grad. Noen pasienter blir frustrerte når medikamenter demper det de omtaler som "livet" i dem og de kan i perioder oppleves som deprimerte.(Strand 1990)

5.0 Drøftning

5.1 Et første møte med psykose

Casen jeg bruker i denne oppgaven belyser en for så vidt vanlig situasjon på en akutt psykiatrisk avdeling, men for meg som student er det interessant å drøfte nærmere de utfordringene jeg sto ovenfor i mitt møte med denne pasienten. Akuttpsykiatri og psykoser var et fagfeltet jeg hadde lite erfaring med, men likevel var veldig nysgjerrig på. Jeg var skeptisk og følte meg utrygg de første dagene, selv om jeg ble veldig godt mottatt og ikke minst ivaretatt på avdelingen. Hvordan skulle jeg kunne danne en relasjon til et menneske jeg var redd for å være alene med, og hadde så lite bakgrunninformasjon om?

Rune Karlsen ved Universitetet i Nordland gjennomførte en undersøkelse blant sykepleierstudenter i 2007 som han kalte "Stein i magen". Undersøkelsen konkluderte med at sykepleierstudenter i psykiatrien er mer bekymret for å ikke bli akseptert av pasientene en studenter i somatikken. Redselen er betinget i å mislykkes i møtet med mennesker som oppfører seg på en måte som kan være vanskelig å forholde seg til. Mange av studentene rapportere imidlertid om en holdningsendring i løpet av praksis perioden. Det å kommunisere med psykiatriske pasienter på en hensiktsmessig måte ble lettere og mindre skummelt ettersom de ble mindre styrt av den redsel og de fordommer som begrenset dem i startperioden. Han konkluderer i sin artikkel at han velger å betrakte studentenes frykt som en form for fobisk angst, en irrasjonell frykt. En slik frykt kan vanskelig endres ved hjelp av fornuftige argumenter. Den fryktede situasjonen må selv få lov til å bevise at den ikke er farlig. Jeg kjente godt på akkurat dette også i mitt møte med Pål.

Det var nytt å skulle være den omsorgsfulle sykepleier med alarm i beltet, og skulle kommunisere og knytte en mellommenneskelig kontakt med pasienten som levde i en egen virkelighet jeg ikke kunne forstå. Det var så mange elementer som jeg ikke hadde mulighet til å kontrollere som påvirket mitt forhold til Pål og for meg ble det viktig å finne en måte å forholde meg til pasienten på, slik at jeg kunne skape en grei relasjon til ham

5.2 Relasjonsbygging

En relasjon oppstår ikke av seg selv, men er et resultat av samhandling sier Røkenes & Hanssen. Fra mine tidligere praksiser var jeg vant til å kunne sette meg ned ved siden av pasienten, ta ham i hånden, styrke han over kinnet for å vise omsorg og skape et tillitsforhold. Denne gangen skulle jeg bruke meg selv terapeutisk på en annen måte en tidligere. Knytter

jeg mine erfaringer opp til figur 1 Relasjonspyramiden i teoridelen ser jeg at det er mangler på alle byggesteinene i dette tilfellet.Relasjonen ble i starten preget av en dårlig forståelse basert på manglende kunnskap og erfaring, og måten jeg trakk meg unna Pål på i starten gjorde at det ble vanskelig å få i gang god samhandlingsprosess basert på tillit og troverdighet. Jeg skjønte fort at jeg i denne perioden måtte lære meg selv å kjenne bedre for å tørre å kunne gå inn i et godt relasjonsarbeid.Skulle jeg forstå hva pasienten strevde med måtte jeg prøve å sette meg inn i hvordan Pål opplevde verden og få et innblikk i hvilke motiver han handlet ut fra, selv om han tilnærmet seg meg med seksuelle henvendelser og trådte over mine personlige grenser. Travelbees teori rundt de forskjellige fasene hun mener er sentrale i utviklingen av et menneske-til-menneske forhold er valgt nettopp fordi jeg kjente meg igjen i alle disse fasene gjennom den tiden jeg var på avdelingen.

Mitt innledende møte med Pål ble dramatisk både for ham og meg. Med undring og en viss frykt sto jeg og så på denne nakne, sinte og psykotiske mannen som ble tatt hånd om og lagt i belter, og kan vel uten betenkning si at mitt førsteinntrykk ovenfor pasienten ikke var positivt på noen som helst måte. I mine øyne der og da var mannen sprute gal og kom antakelig til å ta livet av meg øyeblikkelig om han fikk muligheten. Hvordan Pål oppfattet meg blant alle de menneskene som kom til for å beltelegge ham vet jeg ikke, Sannsynligvis var jeg bare et fjes i mengden. Jeg er i alle fall sikker på at hans psykotiske tilstand gjorde ham både forvirret, opphisset og sannsynligvis ganske redd. Det faktum at han var naken i vårt første møte gjorde også sitt til at jeg ble usikker på om han opplevde det ubehagelig senere.

Det var interessant og betryggende å observere hvordan personalet som ankom tolket situasjonen og handlet deretter. De så nok denne mannen i et annet lys enn det jeg gjorde, nettopp fordi de hadde en annen og bredere erfaring med psykotiske pasienter enn jeg hadde. For dem var Pål et individ som nå var i en tilstand der han ikke lenger hadde kontroll over egne handlinger, og som Travebee påpeker var deres oppgaver som sykepleiere å være bevisst sitt syn på pasienten, og anerkjenne ham som unik. (Travelbee 2001)

Det var først da vi kom inn på belterommet med hans medisiner noen timer etter tvangsmedisineringen at jeg så Pål som den sårbare pasienten han var og at min forståelse av ham som et unikt individ for meg kunne begynne. Mannen som svett og skjelvende lå i senga med den ene hånden fri og fikk hjelp av en sykepleier til å spise virket med et så sårbar og liten. Det var ingen tvil om at grunnlaget for empatien jeg skulle komme til å kjenne for Pål og vår interaksjon startet ved sengen der inne.

Slik som Travelbee beskriver den fasen mener hun at det å ha empati er å stå sammen om en opplevelse men som to ulike personer. Som sykepleierstudent og siden det var mitt første møte med psykosebegrepet hadde jeg ingen forutsetninger for konkret å kjenne på meg selv hvordan Pål hadde det i sin situasjon der og da. Det jeg var sammen med ham i var smerten og fortvilelsen etter de psykotiske utbruddene. Jeg gjorde meg mange undringer og refleksjoner sammen med min kontaktsykepleier i tiden etter denne episoden, og etter hvert som jeg fikk mer informasjon om Påls historie ble jeg i stand til å endre mitt syn på hans fortvilede situasjon. I dagene som kom ble jeg klar over hvor mye denne pasienten og hans historie preget meg i mitt arbeid og hvordan det endret måten min å se psykotiske pasienter på.

Travelbee sier at sympati – og medfølelsesfasen bringer sykepleieren inn i et ønske om å lindre plager. (Travelbee 2001:200) Hos en psykotisk pasient vil medisinering være en sentral del av behandlingen i første omgang. I Påls tilfelle ble situasjonen slik at det tok tid før den ønskete langtidsvirkningen av de valgte medikamentene inntraff, og i de periodene hvor Pål hadde mest uro i kroppen gikk han fram og til bake i korridoren fra morgen til langt på natt. Jeg kunne kjenne på en fortvilelse over at vi ikke å klare å tilrettelegge situasjonen slik at han fikk ro, uten å bli neddopet. De fleste forsøk på å avlede ham virket kun kort tid, og det hendte flere ganger at han selv kom å ba om å bli beltelagt slik at vi kunne overta kontrollen i noen timer. Det ble naturlig nok en del etiske diskusjoner rundt dette i personalgruppa.

5.3 Grunnlag for etisk diskusjon

Ytre faktorer som grensesetting, skjerming og tvang er begreper som ligger nært opp mot hverandre, og som kan bringe mange etiske spørsmål på banen. Parallelt med tvang går også makt, og et ansvar fra den som utøver tvangen i å tenke på hvorfor det brukes tvang i denne situasjonen og hvordan tvangen gjennomføres

Påls behandlere og kontaktpersoner mente at skjerming og beltelegging over tid , selv om det var pasientens ønske, kunne få en antiterapeutisk virkning. Gjentatte beltelegginger ville hindre Pål i å finne andre strategier å takle uroen med, og gav mindre rom for aktiv miljøterapi. Han ble i starten møtt på sitt ønske enkelte netter når det var lite personale på jobb, men det var stadige diskusjoner personalgruppa om hvorvidt det var enighet om beltelegging eller ikke. Sett i lys av de fire prinsippers etikk kan man her finne klare paralleller både til prinsippet om velgjørenhet og ikke-skade, der vi som sykepleiere ønsket å hjelpe Pål på best mulig måte der og da med å stilne hans indre uro og smerte, samtidig som

at det å belte legge en pasient har konsekvenser for pasienten som kan påføre ham skader og traumer i ettertid. Det som var spesielt i denne situasjonen var at pasienten faktisk brukte sin autonomi til å selv foreslå en løsning der og da. Det at Påls psykotiske handlinger var så seksuelt fokusert ble jevnlig et tema for diskusjon. Han ble oppfatte både som provoserende og skremmende, samt at det vanskeliggjorde personalets miljøterapeutiske muligheter. Ikke bare var han til sjenanse for medpasienter, seg selv og personalet, men det ble vanskelig å ta ham med ut på turer i nærmiljøet fordi han ikke hadde begrep bluferdighet og grenser for akseptabel oppførsel. Vi valgte etter en periode å skjerme Pål egen enhet også i perioder der han ikke ble beltelagt.

Å skjerme en pasient fra omgivelsene mot pasientens vilje ser jeg på som tvang og det kan i gitte tilfeller oppfattes som et overgrep for pasienten. Det å skulle skape en ideell pasient-sykepleie interaksjon med en pasient i psykose er krevende nok i seg selv om man ikke i tillegg må jobbe med den under lovpålagte og grensesettende forhold. I Påls situasjon virket det likevel nødvendig å skjerme ham fra en situasjon der han kunne skade seg selv eller andre ved sin ublue adferd og bruk av verbale trusler. Hensikten med belteleggingen i dette tilfellet var å hjelpe Pål til å finne ro og gjenvinne egen kontroll.

Jeg opplevde at personalet som var hans kontakter hadde Pål sitt velbefinnende i fokus hele tiden. Alt var klargjort på forhånd og selve injiseringen av medikamentene og effekten av dem skjedde i raskt tempo, noe som også var med på å ikke hale tiden ut og øke stressituasjonen mer enn nødvendig både for Pål og skjermingspersonalet. Også i tiden etter belteleggingen ble Pål godt ivaretatt. Fire av avdelingens personalet rullerte hver time på å sitte inne hos ham og hjalp ham med de behov han hadde underveis som spising, toalettbesøk og dusjing.

Prosjektet *Det er nå det begynner! " Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* ble utført på oppdrag fra Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse. SINTEF utarbeidet en rapport fra prosjektet der til sammen ti akuttposter deltok fra år 2006-2008. Målet var å synliggjøre og utvikle ny kunnskap om alternativer til tvang i akuttposter. Personalet signaliserer her at det er et stort ønske om mindre fokus på tvang, og mer fokus på forebyggende grensesetting og kommunikasjon med pasienten. Deltagerne i prosjektet ønsket en mer omsorgsfull relasjon til pasienten der elementer som brukermedvirkning, mestring, håp og trygghet skulle være i fokus. Alternativene ble prøvd ut på akuttavdelingene men prosjektet konkluderte med at det kun i liten grad ble registrert nedgang i bruk av tvang, fordi

det må et mer målrettet arbeid til for å endre tvangspraksiser opparbeidet over år. Som sykepleier på akuttpost har vi er lovpålagt å handle etisk og å hindre at tvang brukes unødvendig. Jeg mener at vi i forhold til Pål jobbet godt med tanke på å finne alternativer til tvangen underveis i forløpet.

5.4 Utfordringer og begrensninger ved kommunikasjon.

Det var innen området kommunikasjon at jeg som student i denne praksisen kanskje reflekterte mest. Det opplevdes svært krevende å skulle snakke med et psykotisk menneske som levde tidvis i en annen verden, full av inntrykk og opplevelser jeg ikke kunne se sammen med ham. Sentrale psykodynamiske begreper som containerfunksjon, overføring og motoverføring stiftet jeg bekjentskap med i denne praksisen. Det vil si at jeg fikk kjenne på mine både bevisste og ubevisste affektive og kognitive reaksjoner overfor Påls adferd. Jeg gikk fra å være redd til å føle irritasjon over hans seksuelle tilnærmelser.

Mange av episodene der Pål ble aggressiv gikk han gjennom på natta da jeg ikke var tilstede, men det slo meg hvor farget jeg ble av nattevaktens rapport de nettene han hadde vært utagerende og truende. Motoverføringen jeg opplevde bar preg av en kombinasjon av irritasjon og maktesløshet. Jeg lot meg farge av behandlernes undring over medikamenter som ikke virket slik det var ønskelig, personalet som fortvilte over manglene personal resurser for å kunne ivareta pasienten bedre eller psykosens voldsomme "tak" på pasienten som igjen gjorde ventetiden på tegn på bedring usigelig lang. Jeg la merke til hvor forskjellige holdningene til de ansatte var ovenfor Påls situasjon

På tross av livlige diskusjoner på behandlingsmøtene var kommunikasjonen som foregikk mellom skjermingsfolkene og Pål under belteleggingene på ingen måte ikke tilfeldig. Selv om Pål var sint og truende i sin atferd kunne jeg ikke observere på de andre som var tilstede at de lot seg prege av det. I og med at Pål var i en psykose og var sint ble han ikke direkte konfrontert med sin adferd, men heller forklart kort at vi skulle hjelpe han å få kontroll over situasjonen ved å gi ham medisiner og legge ham i belter en periode. Her ble egostyrkende sykepleie en viktig faktor for å få roet ned situasjonen. Etter hvert som Pål fikk mer kontakt med sitt eget sykdomsbilde og ikke var så aggressiv og forvirret ble det mer terapeutisk å gå verbalt inn å gi ham valg slik at hans rett til autonomi (i dette tilfelle retten til å bli informert og til å velge selv) ble ivaretatt. (Brinchmann 2008) Min forståelse for Påls psykose økte etter hvert som jeg tilbragte tid med ham, og det ble klart for meg hvor mye psykosen endret ham som person og hvor maktesløs han var uten tilstrekkelig støtte fra oss rundt ham.

I en rapport forfattet av Wallstein, T, Kjellin, L,& Sjöberg, R. L (2009) rettes det oppmerksomhet mot kommunikasjon og misforståelser som oppstår mellom behandler og pasient. Den viser til forskning innenfor områder som behandling og tvang i psykiatrien der pasienter opplever å bli beltelagt eller ikke på grunn av uklarheter i kommunikasjon og dokumentasjon fra avdelingens side. Rapporten bemerker at det gjennom dokumentasjon rundt beltelegging er store uoverensstemmelser rundt pasientens subjektive opplevelse og journaldokumentet. Langt flere pasienter oppgir at de har blitt beltelagt under tvang en det som står i journalene.

Det ble opprettet en behandlingsplan rundt Pål, med virkning av medikamenter som hovedpunkt. I Påls situasjon tror jeg nok likevel det etterhvert kunne vært gjort en del mer miljøterapeutiske tiltak enn det som ble gjort i stedet for beltelegging. Utfordringen var å ha nok personalet på jobb som kunne avløse hverandre og frigjøre tid slik at han kunne ha flere personale til å ivareta hans behov underveis. I tråd med det Travelbee skriver var ikke kommunikasjonen med pasienten et mål i seg selv i en interaksjonsprosess, men for meg ble det et middel jeg skulle bruke for å nå mine mål i å kunne ivareta pasienten på best mulig måte. Mine observasjoner ble derfor hyppig drøftet med min kontaktsykepleier, for å få støtte i eller reflektert rundt mine opplevelser med Pål.

Etter hvert som effekten av medikamentene han fikk tiltok, ble Påls utagerende adferd sjeldnere og han var i perioder mer kontaktbar. Han kunne søke kontakt med meg ved enten å spørre om hva klokken var, eller ta på armen min og bøye seg fram for å få en klem. Jeg kunne godt merke at jeg kom i en vanskelig situasjon fordi jeg var delt mellom redselen for at han skulle bli voldelig og en tanke om at nettopp denne mannen og hans situasjon kanskje trengte en klem mer enn noen.

Selv om det kunne se ut som at psykosen slapp taket noe ved rett medikamentell behandling, ble det samtidig klart at Pål virket noe deprimert . Som de fleste psykotiske pasienter hadde han trøbbel med nattesøvnen og snudde etter hvert døgnet. Han gav uttrykk for at han kjedet seg og matlysten ble dårligere. Her hadde jeg en sjanse til å bruke meg selv terapeutisk for å lindre hans plager noe. Jeg prøvde å legge til rette matsituasjonen slik at han kunne spise ute i miljøet sammen med de andre de dagene han var i stand til det. Det virket som han satte pris på at jeg satt sammen med han og småpratet. Det ble viktig for meg å vise åpenhet ovenfor Pål slik at han kunne se at jeg viste interesse og omsorg for ham , og at min interesse for ham og hans tilstand var ekte og forutsigbar.

Strand snakker om at basisen for det såkalte moderlige prinsipp ligger akkurat i en slik situasjon. Sykepleieren må vise at hun er tilstede selv om det tar lang tid før pasienten greier å gi signal om at han ønsker at hun skal være der. (Strand 1990) Det tok tid både for Pål og meg å komme i posisjon til akkurat dette. Etter hvert når han ble roligere kunne vi gå turer ute i nærmiljøet. Pål og jeg gikk mange turer i stillhet før det ble sagt noe. På disse turene opplevde jeg at praten etterhvert gikk lettere og mot slutten av oppholdet fortalte han en del om hvordan han så på seg selv og den situasjonen han var kommet opp i uten at jeg hadde oppfordret ham til det.

Vi hadde nå kommet til fasen der vårt menneske-til menneske-forhold var bygget på gjensidig forståelse og kontakt. Ved å kunne komme nærmere inn på Pål og møte hans behov for medisinering, samtaler, turer ut i nærmiljøet og en følelse av å mester sin hverdag lindret vi hans plager så godt vi kunne, samtidig som vi startet en oppbygging av hans egostyrke slik at han kunne mestre sitt liv på en grei måte når han skulle hjem og tilbake til jobb.

6. Avslutning

Temaet jeg har valgt å belyse i denne oppgaven er som tidligere nevn valgt ut fra en reel hendelse jeg møtte i praksis. Sentralt i oppgaven står mitt møte med Pål og den usikkerheten jeg kjente på i forhold til han. I mitt møte med denne pasienten erfarte jeg at det å bygge opp en relasjon til et psykotisk pasient var utfordrende og til dels vanskelig fordi min egen usikkerhet kombinert med de ytre rammefaktorene preget vårt forhold i særdeles stor grad. Det var vanskelig å skape tillit og tilfredsstillende interaksjon mellom oss før medisinene virket slik de skulle. Skjerming og tvang ved belteleggingen virket skremmende og overveldende på meg slik at det tok tid før jeg kunne bruke meg selv terapeutisk slik jeg ønsket for kunne å være en støttende og lindrende omsorgsperson for Pål. Min forforståelse og angst for psykosen som en diagnose ble et hinder. Det føltes mange ganger som å balansere på line, et litt skritt i gangen, med fare for å tråkke feil og falle hele veien. Jeg opplevde "containing funksjon" ved at jeg satt hjemme og bearbeidet Påls situasjon og grunnet på hvordan han var blitt syk, hvordan han egentlig hadde det og hva jeg kunne gjøre for å hjelpe ham. Viljen til å hjelpe var hele tiden tilstede men Pål var ikke alltid klar for å motta min hjelp når jeg ønsket det. Dessuten var det ikke en fordel å være kvinnelig student uten erfaring når psykosen i så stor grad var av seksuell karakter. Jeg var totalt avhengig av å delta i diskusjoner med personalet på avdelingen for å kunne bearbeide følelsene og inntrykkene jeg fikk underveis. Og jeg brukte min kontaktsykepleier ofte som en rollemodell

for å observere hvilke teknikker hun brukte for å nå fram ovenfor pasientene. Behandlingstiden er kort på en akuttavdeling, og denne pasienten hadde noe sårbart ved seg som gjorde at jeg knyttet meg til ham litt mer en de andre jeg møtte. I tiden etterpå kjente jeg på at jeg gjerne skulle fulgt ham videre etter utskrivningen til DPS senteret for å se om noe av det jeg hadde vært deltagende i gjorde en forskjell for Pål når han kom hjem. Jeg vet iallefall at jeg gjennom mine erfaringer i denne praksisen er blitt litt bedre rustet til å være med på å skape gode relasjoner ovenfor en pasientgruppe som trenger mer en ei hand å holde i for å komme seg gjennom sin lidelse.

Litteraturliste

Pensumslitteratur

Aadland E, (2004) *Og eg ser på deg*.....vitenskapsteori i helse og sosialfag. Tano Aschehougs Forlag. (s.176-179)

Brinchmann, B.S. (2005) Nærhetsetikk I: Brinchmann, B.S (red.) (2005) *Etikk i sykepleien.* Oslo : Gyldendal Norsk Forlag AS. (s 106-121.)

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter.* (1.utg.1993) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (s.66,84)

Eide og Eide, H (2008) *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i sosial faglig arbeid.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s 17-20)

Hummelvold, J.K (2004) *HELT- ikke stykkvis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringlen, E (2009) *Psykiatri.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2008

Strand, L (1990) Fra kaos mot samling, mestring og helhet. *Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter.* Gyldendal Norsk Forlag AS 1990

Selvvalgt litteratur (325 sider)

Egeberg, Sonja et al. (1986,1988) *Utviklingspsykologiske teorier-en innføring*

Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.37-42 og s.112-115) =10 sider

Karlsen, Rune (2007) *Stein i magen = 8 sider*

Lastet ned 9 mars 2012 fra
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-forskning?p_document_id=120748

LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern =4 sider

Lastet ned 9 mars 2012 fra

http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html

Norvoll,R., Hatling, T. & Hem, K-G (2008) *Det er nå det begynner! –Hovedrapport fra prosjektet " Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)* (Internett),hovedrapport basert på resultatene fra BAT –prosjektet ,Oslo ,SINTEF HELSE , 2008-11-03, Sintef A8450 , s 1-156 . =156 sider

Lastet ned 9 januar 2012 fra http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A8450

Røkenes, H , Hanssen, P-H *Bære eller briste -Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker,* Bergen. Fagbokforlaget . (s 7-40) 33 sider

Travelbee, J.(2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utgave 1999) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.AS (s. 29-49, 135-218)= 103 sider

Wallstein,T.,Kjellin,L.& Sjøberg,R.L (2009) *Det respektfulla tvånget. Evidens och etik i psykiatrisk tvångsvård* (Internett) Hentet fra SveMed+ = 2 sider

Lastet ned 8 mars 2012 fra
http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/11554/LKT0911s750_751.pdf

Zachrisson, A (2008) *Motoverføringer og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen.* Fagartikkel i Tidskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nr 8 side 939-948 = 9 sider

Lastet ned 16 april 2012 fra

http://www.psykologiforskriftet.no