



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

”Hvordan utøve egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet?”

Emnekode: SYN 180H

Innleveringsdato: 26.04.13

Kandidatnummer: 1



Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	1
1.1 Avgrensning av problemstillingen	1
1.2. Målet med oppgaven	2
2.0 Metode	3
2.1 Metodevalg.....	3
2.2 Kildekritikk.....	3
2.3 Søkemotorer/ søkeord	4
2.4 Presentasjon av artikler.....	5
3.0 Case	6
4.0 Teoridel.....	8
4.1 Kari Martinsen	8
4.2 Psykose	10
4.3 Tvang	12
4.4 Egostyrkende sykepleie	13
4.5 Egostyrkende prinsipper.....	14
4.6 Grensesetting	14
4.7 Nærhet og avstand	16
4.8 Skjerming.....	17
4.9 Miljøterapi	18
5.0 Drøftingsdel.....	20
5.1 Grensesetting	20
5.2 Nærhet og avstand	22
5.3 Tvang versus autoritet.....	24
5.4 Forutsigbarhet	27
6.0 Avslutning.....	30
Pensumlitteratur	31
Selvvalgt litteratur	32

1.0 Innledning

Antall ord: 10 155

Jeg har de tre siste årene jobbet ved en akuttavdeling i psykiatrien og har gjennom sykepleierstudiet vært i praksis på to ulike avdelinger i psykiatrien. Både gjennom jobb og praksis har jeg blitt mange erfaringer rikere. Jeg har møtt mennesker som har hatt behov for å bli skjermet over tid på grunn av at de har vært psykotiske. Hos den psykotiske kan det foreligge bevissthetsforstyrrelse, hvor den psykotiske ikke er orientert for tid, sted eller situasjon. Det kan være tankeforstyrrelser, i form av at han ikke klarer å forholde seg til mennesker rundt seg, på grunn av at han blir plaget av egne tanker. Den psykotiske kan ha paranoide forestillinger, hvor han føler seg forfulgt, eller at han føler at alle rundt han snakker om han. Er han persepsjonsforstyrret kan det være at han hører stemmer som ikke er der og det kan være at han ser ting som ikke er der i virkeligheten (Kringlen 2008).

Min personlige erfaring er at det er følelsesmessig utfordrende å se mennesker som er psykotiske og samtidig trenger skjerming, med alt det innebærer. Jeg har derfor bestemt meg for å skrive min bacheloroppgave innenfor temaet psykiatri med problemstillingen:

”Hvordan utøve egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet?”

Begrunnelse for valg av problemstilling er at jeg har stor interesse for feltet og har gjennom jobb og praksis fått mange erfaringer med ungdommer og voksne mennesker som har vært alvorlig syke og som har vært i en utfordrende tid i livet, hvor de har trengt personer rundt seg for å komme seg videre med livene sine. Jeg ønsker å bruke min personlige erfaring og samtidig lese meg opp og bli faglig sterk på hvordan man kan styrke identiteten til mennesker som er psykotiske og samtidig skjermet. Min erfaring er at det er utfordrende å stå i slike situasjoner for oss sykepleiere, men det må være vel så utfordrende for det mennesket som er psykotisk og samtidig skjermet. Spesielt med tanke på hvordan vi som sykepleiere klarer å se og høre den andre part i en slik sammenheng og hvordan vi utøver sykepleie til det beste for pasienten.

1.1 Avgrensning av problemstillingen

Jeg har avgrenset problemstillingen til å gjelde psykotiske mennesker som er skjermet. I denne oppgaven blir det for omfattende å skrive om egostyrkende sykepleie til psykotiske

mennesker generelt. De egostyrkende prinsippene avgrensner jeg til å omhandle grensesetting og nærhet og avstand, dette på bakgrunn av oppgavens størrelse.

1.2. Målet med oppgaven

Målet med oppgaven er at jeg ønsker økt kunnskap om hvordan man gir egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet. Gjennom den erfaringen jeg har gjort meg, er det grunnleggende viktig hvordan vi møter mennesker som er i en utfordrende tid i livet sitt, da spesielt med tanke på hvordan man gir egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet. Jeg ønsker å vite hva jeg som sykepleier skal gjøre når jeg kommer opp i utfordrende situasjoner, da tenker jeg på at jeg gjør det som er mest behandlingsmessig riktig for pasienten i akkurat den situasjonen. Jeg ønsker dermed å være bevisst mine valg med bakgrunn i faglig kunnskap og nyere forskning.

Jeg ønsker også å belyse hvor viktig det er at mennesker som jobber med psykotiske mennesker som er skjermet, er bevisste det ansvaret de har, med tanke på å styrke identiteten til den personen som er skjermet. Forutsetningen for vår identitet er at vi forholder oss til realiteten. Når et menneske er psykotisk trekker han seg tilbake fra realiteten. Den psykotiske tolker realiteten til sitt eget bruk, som videre gjør at han holder seg utenfor virkelig kontakt med andre mennesker. Det er gjennom kontakt med hverandre at vi mennesker når hverandre, og kontakten oss imellom er en klar forutsetning for god mental helse. Det psykotiske menneskets ego er ikke i stand til å ivareta realiteten og det blir derfor viktig at sykepleieren på en faglig forsvarlig måte klarer å fremme evnen til realitetsorientering hos den som er psykotisk (Strand 1990).

2.0 Metode

Metode er det redskapet vi bruker for å fremskaffe kunnskap. Metoden hjelper oss til å samle den kunnskapen som vi mener skal til for å belyse en problemstilling på en kunnskapsrik og interessant måte (Dalland 2007).

2.1 Metodevalg

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode. I oppgaven er litteraturen grunnlaget for at jeg på best mulig måte, skal svare på min problemstilling og som problemstillingen skal drøftes opp mot. Når jeg bruker litteraturstudie, vil det si at jeg fortolker andre sine tekster. Jeg bruker da hermeneutikk, som betyr fortolkningslære (Dallan 2007). Det er litteratur om temaet og jeg ønsker å bruke forskningsbaserte artikler for å bli faglig sterk i sykepleiefaget, og samtidig lese meg opp på relevant litteratur innenfor temaet psykiatri. Når jeg skal besvare min problemstilling velger jeg den kvalitative metoden, som vil si at jeg har som mål å fange opp en følelse, en opplevelse eller en mening, som ikke lar seg måle i tall (Dallan 2007). Jeg har valgt å ta med en case i oppgaven, som jeg vil bygge oppgaven opp mot, hvor jeg da i drøftingsdelen tar med egne erfaringer.

Grunnen til at jeg ikke bruker den empiriske metoden er at jeg ikke kan bruke intervju av pasienter eller pårørene i oppgaven. Intervju av pasienter/ tidligere pasienter kunne i seg selv vært interessant med tanke på problemstillingen, men det får bli til en eventuell masteroppgave. Jeg kunne valgt å bruke intervju av helsepersonell, men på bakgrunn av at personer utfører sykepleiefaget forskjellig og har ulike meninger og holdninger i sitt arbeid, mener jeg det vil gi et for lite grunnlag til å skrive en bacheloroppgave.

2.2 Kildekritikk

Når jeg selv skal kritisere bruken av kildene mine, betyr det at jeg skal vurdere den litteraturen som er benyttet. Hensikten er at leseren skal delta i mine egne refleksjoner over bruken av litteratur (Dalland 2007).

Jeg har valgt å bruke boken til Liv Strand "Fra kaos mot samling, mestring og helhet" fra 1990. Boken er i år 23 år, det er i utgangspunktet kritikkverdig, med bakgrunn i at litteraturen

vi bruker i oppgaven helst ikke skal overskride 10 år. Begrunnelsen for bruken av boken til Strand er at den fortsatt er like aktuell, både som pensum på sykepleierutdannelsen, samt at den henvises til i nyere artikler som er utgitt. Ute i feltet hvor jeg har min erfaring fra, er Strand sine egostyrkende prinsipper fortsatt like aktuelle.

Jeg har valgt litteraturstudie som metode, det innebærer at jeg leser litteratur for så å omformulere teksten, før jeg skriver den i min oppgave. Underveis i denne prosessen er det rom for at jeg som leser feiltolker teksten til forfatteren, dermed kan jeg skrive disse eventuelle feiltolkningen i oppgaven, hvor jeg henviser til forfatteren (Dalland 2007).

Jeg har i oppgaven etterstrevet å kun bruke primærlitteratur. Dette for at jeg skal unngå at andre forfattere har tolket litteraturen før jeg bruker den, slik at jeg ikke videreformidler eventuelle feiltolkninger (Dalland 2007). Når jeg skriver om sykepleierteoretikeren ser jeg meg nødt til å bruke sekundærlitteratur, dette fordi jeg som leser syntes litteraturen til Martinsen var lettere tilgjengelig når jeg leste sekundærlitteraturen.

2.3 Søkemotorer/ søkeord

Jeg har brukt ulike databaser for å søke etter forskningsbaserte artikler til oppgaven. Jeg har søkt i disse databasene: "Helsebiblioteket", "PubMed", "SveMed+", "Sykepleien forskning", "Psychinfo", "Wiley", "Idunn" og "Psykisk Helsearbeid".

Jeg har brukt søkeord både på norsk og engelsk: "Psykose", "skjerming", "grensesetting", "nærhet og avstand", "tvang", "egostyrke", "ego", "psychosis", "shielding", "boundaries", "proximity and distance", og "forced". Jeg har også søkt på ordene i kombinasjon med hverandre. For å komme frem til de aktuelle artiklene jeg har tatt med i oppgaven, avgrenset jeg søkene mine, ved hjelp av databasenes filter. Artiklene skulle være nyere enn 5 år, omhandle mennesker og være tilgjengelige i fulltekst online.

2.4 Presentasjon av artikler

Forfatter, år, land:

Sandvik, Berit Andersen (2011). Sykepleien forskning. Norsk forskningsartikkel.

Tittel: ”*Mindfulness- det oppmerksomme nærvær*”. Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-opperksomme-narvar> [Lastet ned 04.04.13].

Mål med artikkelen: Utforske hvordan sykepleiere opplever nærvær i sin utøvelse av sykepleiefaget og hvordan trening på oppmerksomt nærvær i form av Mindfulness- Based Stress- Reduction, kan påvirke deres opplevelse av nærvær.

Metode: Empirisk metode.

Forfatter, år, land:

Gamme, Wenche Iren (2009). Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Norsk artikkel.

Tittel: ”*Skjerming med brukermedvirkning- Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet?*”. Tilgjengelig fra:

<http://www.idunn.no/ts/tph/2009/03/art11?highlight=grensesetting#highlight> [Lastet ned 04.04.13].

Mål med artikkelen: Målet var å øke kunnskapen om mulige brukerorienterte alternativer til tvang i akuttpost. Akuttposten som var med i prosjektet stilte spørsmål om mer brukermedvirkning ville redusere formell og opplevd tvang.

Metode: Kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder.

3.0 Case

Jeg har valgt å fortelle en case om en ung mann som var innlagt på en akuttpsykiatrisk avdeling i 1 år, hvor han i 6 av månedene måtte oppholde seg på skjermet enhet, under § 3-3, vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette var pasientens første innleggelse i psykiatrien. Jeg jobbet på denne avdelingen i den perioden og ble godt kjent med denne unge mannen. Han var psykotisk ved innleggelse, han hadde vrangforestillinger og var syns-og hørselshallusinert. Jeg husker enda mitt første møtet med han, det var inne på skjermet enhet. Jeg gikk bort til han, strekte ut hånden for å hilse, han tok meg i hånden, så opp i taket og ropte en setning jeg ikke skjønnte noen ting av. Etter det begynte han å vandre inne på skjermet enhet, jeg og et annet personal satt inne hos han, han vandret frem og tilbake i flere timer i strekk. Han snakket mye, men for meg var det ikke mulig å henge med på sammenhengen i samtalene han hadde. Han så tilsynelatende ting plutselig foran seg, han ble da tilsynelatende redd, hoppet unna eller snakket med høylytt stemme mot det han så. Han så seg selv ofte i speilbildet på vinduet, det var tydelig at han så en annen person enn seg selv, for han ropte og skrek mot denne personen og ble ofte urolig, i form av at han ville slå mot vinduet. Pasienten var hele tiden i bevegelse, han snakket usammenhengende og svarte ikke på tiltale. Pasienten hadde et sterkt ønske om å komme seg ut fra avdelingen og han viste ingen forståelse for hvorfor han var lagt inn under tvangsparagraf på skjermet enhet. Han var ikke orientert for tid, sted eller situasjon.

Etter noen dager på skjermet enhet, beskrev pasienten at han hadde smerter i hendene og på leggene og insisterte på at personalet skulle massere han. De gangene han ikke ble møtt på det ble han utagerende og begynte å kaste ting rundt seg.

Iløpet av de første månedene ville pasienten ofte ut, han ba personalet om å låse han ut, når han ikke fikk tillatelse, begynte han å kjenne på alle dører om det var noen som var åpne. Når alle dører var stengte, så vi at han ble mer og mer motorisk urolig, han vandret raskere, han ble verbalt utagerende mot personalet og vi så at han var uttrygg i sin situasjon. Når pasienten ikke ble møtt på sine ønsker, skjedde det flere ganger at han slo og sparket personalet. I de tilfeller hvor pasienten ikke klarte å ta kontroll over seg selv, så personalet seg nødt til å gjøre det. I noen tilfeller resulterte det med at pasienten måtte legges i belteseng.

I forkant av innleggelsen hadde pasienten vært dårlig i ca. 2år, han hadde ikke fungert på skolen, han trakk seg tilbake sosialt og han hadde et stort sinne ovenfor mor og far, som ofte

resulterte i utagerende atferd. Pasienten var psykotisk da han ble innlagt og ifølge fagfolk hadde han nok vært det i lang tid før innleggelse også. Dette gjorde det utfordrende både for personalet og for pasienten selv å klare å oppnå en trygg og god relasjon oss imellom.

Pasienten ble skjermet på skjermet enhet som består av stue, soverom og bad. Dørene ut til korridor og kontor var låste. I løpet av de første månedene av innleggelsen var vi to personal til stede til enhver tid inne hos pasienten på skjermet enhet. Etterhvert som personalet kom i posisjon til å føre en dialog med pasienten og vi ble bedre kjent med han, var vi ett personal til stede. Pasienten ble satt på antipsykotisk medisin ved innleggelse og ble etterhvert bedre, i form av at han var inn-og ut av psykosen. Det tok tid for pasienten å bli bedre, og i løpet av den tiden oppsto det flere episoder, hvor jeg tenkte at jeg skulle ønske jeg hadde mer kunnskap på akkurat dette feltet. Jeg kunne ikke forberede meg på hvordan det ville være å sitte som eneste personal på skjermet enhet med en psykotisk pasient, for det hadde jeg ikke gjort før. Jeg ble etter hvert mange erfaringer rikere, men jeg ble også bevisst på hva jeg ønsket å bli faglig sterkere på.

4.0 Teoridel

4.1 Kari Martinsen

Jeg har valgt å skrive om Kari Martinsen i min bacheloroppgave. Da jeg bestemte meg for problemstillingen for oppgaven, tenkte jeg med en gang på Kari Martinsen og hennes omsorgsteori. I møtet med psykotiske mennesker, spesielt under spesielle omstendighet som skjerming, mener jeg omsorgsteorien til Martinsen er viktig og hun belyser viktigheten av å se hverandre som mennesker, og ikke noe annet.

”Omsorg er et ord vi kjenner fra vårt dagligliv. Det er forbundet med å hjelpe og ta hånd om. Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå ut over seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær” (Martinsen 2003:14).

Martinsen skriver om det grunnleggende ved menneskesynet, hvor vi er avhengige av hverandre, på ulike måter i alle menneskelige forhold. Begrunnelsen for at vi alle er avhengige av hverandre, er at alle kan komme i en situasjon hvor vi kan trenge hjelp fra andre. Ifølge Martinsen får vårt menneskesyn betydning for vårt syn på omsorg. Omsorg er et forhold mellom to mennesker som innebærer gjensidighet, hvor vi gir av oss selv, uten å forvente noe tilbake (Martinsen 2003).

Alvsvåg og Gjengedal (2000) skriver i boken ”Omsorgstenkning- En innføring i Kari Martinsens forfatterskap” om hvordan Martinsen deler omsorgsteorien inn i tre ulike dimensjoner:

- *Omsorgens relasjonelle dimensjon* bygger på at mennesket er avhengig av fellesskapet for å utvikle seg og for å overleve. For at dette skal skje, forutsetter det omsorg for hverandre. Når man forstår omsorg på denne måten snakker man om en positiv avhengighet. Martinsen forankrer sin omsorgsteori i Løgstrups skapelsesfenomenologi. Denne kan sammenlignes med kristendommens tro, om at alt liv er skapt av Gud. Det Martinsen mener er at alle mennesker er født med et grunnvilkår, det grunnvilkåret går ut på at vi mennesker er prisgitt hverandre og naturen. Av den grunn har alle mennesker et grunnleggende ansvar om å ta vare på hverandre (Alvsvåg og Gjengedal 2000).

- *Omsorgens praktiske dimensjon* bygger på at sykepleieren, gjennom sin erfaring med ulike pasientsituasjoner, etter hvert utvikler en kompetanse som sykepleieren bruker for å vurdere hva som er omsorg for den enkelte pasient. På denne måten lærer sykepleieren seg hvilke ulike redskaper den skal bruke i de ulike pasientsituasjonene (Alvsvåg og Gjengedal 2000).

- *Omsorgens moralske dimensjon* bygger på at sykepleieren kan føre til en holdningsendring når det kommer til de svakere stilte menneskene i samfunnet vårt, som eldre, psykiatriske pasienter og kronisk syke. Som sykepleier kan man bidra til å endre på vilkår som gjør at disse menneskene er blitt en svakere gruppe i samfunnet. På sikt kan dette også skape en holdningsendring i samfunnet for øvrig. Martinsen sier at vi selv må forme samfunnet vårt ved hjelp av moralske ansvarlige handlinger, solidaritet og kamp for større likhet. Når det kommer til makt, spiller moralen en viktig rolle for hvordan makten brukes. Man skal være bevisste på at maktutøvelse utføres både på en uansvarlig og på en ansvarlig måte. Det er solidariteten som skal sikre at makten blir utført på en moralsk ansvarlig måte (Alvsvåg og Gjengedal 2000).

Sykepleierens omsorgsarbeid retter seg mot mennesker som er syke eller pleietrengende og ikke selvhjulpene. Det kreves flere forutsetninger for å gi omsorg, som kunnskaper, ferdigheter og organisasjon. Helt sentralt i omsorgsbegrepet står forståelsen av den andres situasjon, her kan man forstå den andre, ved at man for eksempel kjenner seg igjen i situasjonen. Itillegg har sykepleieren fagkunnskaper som hjelper sykepleieren til å utøve best mulig omsorg for den syke (Martinsen 2003).

Jeg vil også komme inn på det Martinsen skriver om tillit, siden tillit er en vesentlig del i sykepleiefaget. Tillit er viktig i sykepleierens omsorg, skriver Martinsen. Vi mennesker møter hverandre med tillit i utgangspunktet, tillit er fundamental og skal ikke begrunnes. I det tilliten viser seg å ikke holde ord, må mistilliten begrunnes. Den tilliten pasienten viser sykepleieren, må også sykepleieren vise seg verdig til å motta. Først når det skjer vil pasienten kunne overlevere noen av sine problemer til sykepleieren. For å være en verdig mottaker av tillit må sykepleieren være oppriktig interessert i den andre part og være villig til å finne frem til hva som best kan hjelpe pasienten (Martinsen 2005).

4.2 Psykose

Når et menneske er psykotisk har det mistet taket på virkeligheten. Den psykotiske oppfører seg annerledes enn tidligere, det kan være at personen isolerer seg, ikke møter opp på avtaler som skole eller jobb, ikke ivaretar personlig hygiene, blir mistenksom eller har sosial funksjonssvikt. Dette er bare noen få eksempler på hva som kan være symptomer på en psykotisk tilstand. Disse symptomene kommer av at personen handler ut fra sine psykotiske forestillinger eller at personen er så opptatt med sine symptomer at personen ikke klarer å fungere slik han gjorde tidligere (Kringlen 2008).

Når en person er psykotisk, dreier det seg om ulike alvorlige psykiske lidelser, som tankeforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og redusert kontaktevne. Psykosen er en samlebetegnelse på disse ulike psykiske lidelsene. Det som er felles for de menneskene som er psykotiske er at de ikke har sykdomsinnsikt, de er overbeviste om at symptomene de har er virkelige og at disse symptomene har oppstått på grunn av påvirkning utenfra (Kringlen 2008).

Noen psykoser kan være kortvarige, mens andre psykoser kan vare i flere år, hvor det kreves omfattende behandling. Ved schizofreni, paranoide psykoser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon og rusmisbruk, kan psykose være en del av sykdomsbildet (Jordal og Repål 2009).

Den unge mannen, som jeg skriver om i casen, fikk diagnosen schizofreni. Schizofreni viser seg vanligvis i slutten av ungdomsårene eller i tidlig voksen alder, men kan også oppstå senere. Psykosen kan starte plutselig eller den kan komme gradvis. Schizofreni er den mest omfattende av de ulike psykosene. Det kan være reaksjon på livsbelastninger, kombinert med for lite søvn, som utløser psykosen, men man vet fortsatt for lite til å si hva som er årsakene til de ulike psykosene (Jordal og Repål 2009).

Jeg vil gå tilbake til de vanligste symptomene på psykose, og forklare de nærmere:

-Vrangforestillinger er oppfatninger eller forestillinger som for den psykotiske, oppleves som virkelige, selv om de ikke kan bevises. Disse feiltolkningene eller feiloppfatningene virker ofte svært hemmende for den som har dem, det kan være storhetstanker, at den psykotiske tror han er en annen enn han virkelig er eller at han mener andre kan lese hans tanker. I slike situasjoner kan det være fristende å prøve å overbevise personen om at det ikke stemmer, men det fører dessverre sjelden fram. Om et slikt forsøk utløser en krangel, er det bedre å ikke gå

inn i en slik diskusjon med vedkommende. Vrangforestillinger er de vanligste symptomene på psykose, uansett hvilken type psykose (Jordal og Repål 2009).

-Tankeforstyrrelser er en type forstyrrelse vi ofte ser hos personer som har fått diagnosen schizofreni. Det kan være at personen snakker på en måte som er vanskelig å følge, eller at personen ikke klarer å ordlegge seg, dette kan være tegn på at noe påvirker tankegangen. Når personen er forvirret og under følelsesmessig stress, er tankeforstyrrelsen mest framtrædende (Jordal og Repål 2009).

-Hallusinasjoner er å høre, se, føle eller lukte noe som ikke er der. Hallusinasjoner kan beskrives som å drømme i våken tilstand. Stemmehearing er den vanligste formen for hallusinasjoner, noen kan oppleve at stemmene kommer fra sitt eget hode, mens andre opplever at stemmene kommer utenfra. Det å høre stemmer, gjør det vanskelig å føre en samtale med andre og det gjør videre at det blir vanskelig å være sosial, fordi stemmene virker forstyrrende (Jordal og Repål 2009).

-Følelsesmessige forstyrrelser kommer ofte i tilknytning til psykose. Angst, sinne og fortvilelse oppleves av mange som har paranoid psykose, mens personer med schizofreni ofte opplever at følelsene blir delvis borte. De følelsesmessige reaksjonene kan forstås som en reaksjon på selve lidelsen eller som en del av lidelsen (Jordal og Repål 2009).

-Negative symptomer innebærer fravær av noe, for eksempel fravær av energi, alt som skal gjøres blir slitsomt og personen makter ikke å delta sosialt. Grunnleggende behov som søvn, mat og personlig hygiene blir ikke prioritert. Slike problemer som beskrevet over er negative symptomer. Motsatt er de positive symptomene som beskrevet tidligere, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Navnet positive symptomer kommer av at det er symptomer som kommer i tillegg (Jordal og Repål 2009).

-Rusmisbruk kan i seg selv bidra til psykotiske symptomer eller forsterke symptomer som allerede er tilstede. Av alle de personene med psykoseproblematikk, er det mange som misbruker rusmidler. Det kan ofte være et forsøk på å komme bort fra de følelsene som er vanskelige, men rusmisbruk vil som regel bidra til å forverre den psykotiske tilstanden (Jordal og Repål 2009).

4.3 Tvang

Første trinn i etableringen av tvungen observasjon eller tvungen psykisk helsevern er legeundersøkelse. Målet med legeundersøkelsen er å finne ut om vilkårene for tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern er oppfylt. Det skal vurderes om tilstanden til vedkommende kan skyldes andre forhold, som for eksempel en somatisk tilstand eller rusmiddelavhengighet. Videre skal det vurderes som vedkommenes sinnstilstand oppfyller kravene for tvungen observasjon eller tvunget psykisk helsevern (Riedl og Elde 2008).

§ 3-3. Vedtak om tvunget psykisk helsevern

”På bakgrunn av opplysninger fra legeundersøkelsen etter § 3-1 og eventuell tvungen observasjon etter § 3-2, foretar den faglig ansvarlige en vurdering av om de følgende vilkårene for tvunget psykisk helsevern er oppfylt:

- 1. Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette.*
- 2. Pasienten er undersøkt av to leger, hvorav én skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1.*
- 3. Pasienten har en alvorlig sinnslidelse og etablering av tvunget psykisk helsevern er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten*
 - a. får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær framtid får sin tilstand vesentlig forverret, eller*
 - b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse.*
- 4. Institusjonen er faglig og materielt i stand til å tilby pasienten tilfredsstillende behandling og omsorg og er godkjent i henhold til § 3-5.*
- 5. Pasienten er gitt anledning til å uttale seg, jf. § 3-9.*
- 6. Selv om lovens vilkår ellers er oppfylt, kan tvunget psykisk helsevern bare finne sted hvor dette etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsning for vedkommende, med mindre han eller hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse. Ved vurderingen skal det legges særlig vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende.*

Den faglig ansvarlige treffer vedtak på grunnlag av foreliggende opplysninger og egen personlig undersøkelse av pasienten. Den faglig ansvarliges vedtak og grunnlaget for det skal straks nedtegnas.

Pasienten, samt hans eller hennes nærmeste pårørende og eventuelt den myndighet som har framsatt begjæring etter § 3-6, kan påklage vedtak etter denne bestemmelsen til kontrollkommisjonen. Pasienten kan påklage vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern i inntil 3 måneder etter at vernet er opphørt". (Lovdata.no.

Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-003.html#3-3> Lastet ned 13.02.13).

Det å være i psykotisk kaos er en enorm påkjenning, og i mange tilfeller vil det være uetisk å ikke gripe inn og overta styringen for pasienten en periode. På grunn av at pasientene er under stort press, er det for noen en enorm lettelse at andre overtar styringen. Når selve tvangen gjennomføres skal det alltid utføres på en verdig måte for pasienten og aldri ha preg av at det er en straffereaksjon. Psykotiske pasienter er de som oftes legges inn under tvangsparagraf. Tvang er et alvorlig inngrep i et menneskets liv, man vet enda lite om tvangens positive og negative virkning, men det er viktig å forske på det i tiden fremover (Strand 1990).

4.4 Egostyrkende sykepleie

Egostyrkende sykepleie dreier seg om en tilnærming som skal styrke personens ego-funksjoner gjennom å gi personen passe med støtte og passe med utfordringer. Man kan hjelpe personen til å få klarere selvoppfatning, en opplevelse av integritet, bedret relasjon til andre mennesker og mestre oppgavene hverdagen har å by på, ved å styrke ego-funksjonen til personen (Hummelvoll 2012).

Egostyrkende sykepleie har blitt en samlebetegnelse på ulike måter sykepleiere har opptrått på ovenfor psykotiske mennesker. De egostyrkende tiltakene har blitt videreført fra sykepleiere og øvrige miljøpersonale gjennom lang tid og gjennom tiden blitt forbedret. Gjennom de siste 15-20 år har kunnskapsgrunnlaget blitt betydelig mer styrket og tilgjengelig, slik at utførelsen av de egostyrkende prinsippene har blitt forbedret. Egostyrkende sykepleie er ment som bidrag til å styrke menneskets ego (Strand 1990).

4.5 Egostyrkende prinsipper

Liv Strand (1990) skriver om de ulike egostyrkende sykepleierprinsippene i boken "Fra kaos mot samling, mestring og helhet":

- kontinuitet og regelmessighet
- nærhet og avstand
- fysisk omsorg
- grensesetting
- skjerming
- containing-function
- realitetsorientering
- praktiske gjøremål- samhandlinger
- verbalisering
- pedagogisk tilnærming
- krav og mål
- trening i å se valgmuligheter og å foreta valg

Ut fra disse ulike egostyrkende sykepleierprinsippene har jeg valgt å skrive om grensesetting og prinsippet om nærhet og avstand, med tanke på hvordan vi som sykepleiere kan gi best mulig egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet, da spesielt med tanke på grensesetting og prinsippet om nærhet og avstand (Strand 1990).

4.6 Grensesetting

Liv Strand (1990) skriver i sin bok "Fra kaos mot samling, mestring og helhet" at grensesetting hjelper pasienten til jeg-samling og bedre mestring når grensesetting blir utført

på en terapeutisk måte. Det er nettopp dette jeg skal se nærmere på, hvordan utøve grensesetting på en best mulig terapeutisk måte, slik at det blir til det beste for pasienten.

Grensesetting er et omstridt tema, det involverer egne følelser og meninger og er da desto viktigere å diskutere. Sammen med personalgruppen må man komme frem til en terapeutisk måte å utføre grensesetting på (Strand 1990). Grunnen til at grensesetting involverer så mange sterke følelser er at enkelte sykepleiere har et uavklart forhold til sin egen autoritet og dermed føler at det ikke blir rett at de skal grensesette andre. Resultatet av grensesettingen blir da som regel gjennomført på en uterapeutisk måte (Strand 1990). Grensesetting blir uterapeutisk om den preges av unødvendig kontroll og unødvendige regler. Unødvendige regler er regler som brukes uten å ta hensyn til situasjonen, men som anvendes automatisk (Hummelvoll 2012).

I følge Hummelvoll (2012) er det fire elementer som generelt bør være tilstede for at grensesetting skal utføres på en terapeutisk måte:

1. Omsorg: Man grensesetter her pasienten for å unngå situasjoner hvor pasienten kan oppleve følelse av nederlag eller uverdighet.
2. Struktur: Personalet lager klare rammer for pasienten, i situasjoner hvor det ellers ville blitt kaotisk for pasienten.
3. Sikkerhet og trygghet: Her grensesetter personalet pasienten i situasjoner som kan medføre eller har medført skade for pasienten selv, personalet eller andre personer.
4. Læring: Målet med læring er at pasienten skal klare å reflektere mellom impuls og reaksjon, ved å bryte impulshandlinger. Dette kan læres i et oversiktlig og trygt miljø der pasienten oppholder seg og vil kunne gi pasienten mulighet for læring.

Når man er i en situasjonen med en pasient hvor man blir nødt for å grensesette, er det viktig å være klar over at grensesettingen ikke må bli en straffe- eller maktdemonstrasjon. Man skal være åpen med pasienten og fortelle hva som kan godtas og hva som ikke kan godtas. I situasjoner hvor resultatet av grensesettingen kan utløses i voldelige episoder, enten mot pasienten selv eller personalet, kan man for eksempel si:

”Det er i orden at du sier fra med ord at du er sint, men vi kan ikke godta at du bruker fysisk vold. Hvis du bruker vold, må vi kreve at du er på ditt eget rom inntil du føler at du har kontroll nok til å være sammen med andre” (Hummelvoll 2012:265).

Som sykepleier skal man akseptere at pasienten kan ha aggressive følelser, men samtidig gi klar beskjed om at uttagering ikke tillates. Man skal da tilby pasienten samtale, istedenfor at pasienten handler ut fra sine følelser og på den måten hjelpe pasienten til selv å ta kontroll. Noen episoder kan unngås ved hjelp av avledning eller samtale når pasienten er på grensen til aggressiv atferd. Man kan komme i situasjoner hvor det er vanskelig å nå frem til pasienten med ord, i slike tilfeller får aggresjonen fritt utløp og man må være forberedt på hva man skal gjøre også i slike situasjoner. Her må man være i stand til å hindre at pasienten skader seg selv eller andre. Man kan bli nødt til å begrense pasienten med fysisk makt, dette er en angstfylt situasjon for begge parter, både for pasienten og for personalet (Hummelvoll 2012).

4.7 Nærhet og avstand

Nærhet og avstand er to ytterpunkter det kreves profesjonell holdning og kunnskap om for å kunne balansere mellom. Det å visse ”passe” interesse ovenfor pasienten er en kunst, det er helt avgjørende at man må kunne se an situasjonen akkurat i øyeblikket. I prinsippet om nærhet og avstand står empati som et sentralt begrep. Ved å bruke empati for å forsøke å identifisere seg med pasienten, kan man fort bli for nær og dermed ute av stand til å utøve god sykepleie. Samtidig skal man ikke ha for stor avstand til pasienten, da har man ikke mulighet til å bli berørt, dermed kreves det både nærhet og avstand. Empati kommer av at man gjennom en prosess samler opplysninger og inntrykk, kunnskap, erfaringer, kontakter sine følelser og dermed kan vurderer pasientens situasjon og hva han trenger (Strand 1990).

Det optimale balansepunktet mellom nærhet og avstand er terapeutisk balanse. Dette må reguleres i forhold til tid, rom, klima og innhold. Hvor lenge og ofte man er sammen med pasienten, hvor mye ”rom” trenger pasienten og sykepleieren, både rundt seg og mellom seg. Hvilket klima, følelsesmessig, er terapeutisk og hva fyller man samværet med, aktivitet eller samtale. I løpet av et døgn, en uke, en måned, et år, har alle mennesker behov for å pendle mellom nærhet og avstand. Dette må tas hensyn til i den enkelte sykepleiers arbeid (Strand 1990).

Hummelvoll (2012) skriver at det å berøre et annet menneske involverer en personlig handling, som er et av de mest personlige uttrykksmåtene vi har. Berøringen har som mål å virke trøstende og beroligende på den som berøres. En berøring kan være massasje, klapping eller stryking. Man skal likevel tenke på at personene som berøres kan reagere ulikt på

berøringen. Reaksjonene som kommer vil være avhengige av situasjonen, kulturell bakgrunn, hvilket forhold man har til hverandre, alder, kjønn og forventninger.

4.8 Skjerming

Skjerming tar utgangspunkt i akutt- psykotiske menneskers behandlingsbehov. Skjerming er hjemlet i psykisk helsevernloven § 4-3, og videre regulert i forskrifter om bruk av skjerming i institusjoner (Hummelvoll 2012).

§ 4-3. Skjerming

”Dersom en pasients psykiske tilstand eller utagerende adferd under oppholdet gjør skjerming nødvendig, kan den faglig ansvarlige bestemme at pasienten av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter skal holdes helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av og omsorg for pasienten.

Det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 24 timer. Dersom pasienten overføres til skjermet enhet eller liknende som innebærer en betydelig endring av vedkommendes omgivelser eller bevegelsesfrihet, skal det treffes vedtak dersom skjerming opprettholdes ut over 12 timer. Vedtak om skjerming skal nedtegnes uten ugrunnet opphold. Vedtak kan bare treffes for inntil to uker om gangen.

Vedtak om skjerming og om forlengelse av skjerming kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten og hans eller hennes nærmeste pårørende” (Lovdata.no.Tilgjengelig fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-3> Lastet ned 02.04.13).

Mange pasienter opplever skjerming som straff og tap av autonomi. Skjerming er et stort inngrep i det enkelte menneskets frihet, det er derfor viktig at pasienten har innvirkning på hvordan skjermingen gjennomføres (Hummelvoll 2012).

I praksis gjennomføres skjerming ved at et eller to personal oppholder seg sammen med pasienten i et begrenset og oversiktlig miljø. Skjermingen inneholder grensesetting, struktur og begrensnings av stimuli. Målet med skjermingen er at pasienten skal gjenvinne kontroll over seg selv og sitt forhold til sine omgivelser og at han skal fungere samlet og gjenvinne sin autonomi (Hummelvoll 2012).

4.9 Miljøterapi

Jeg tenker det er viktig å skrive om miljøterapi- en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon, i min bacheloroppgave. Når man jobber som sykepleier i en psykiatrisk institusjon, jobber man med miljøterapi kontinuerlig. I forhold til psykotiske mennesker som er skjermet er det desto viktigere å være bevisst hvordan man som sykepleier anvender miljøterapien.

John Gundersons definisjon på miljøterapi:

”Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og oppleves av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor fysiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykiske sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid” (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011:10).

Forfatterne av heftet ”Miljøterapi- en modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon” (2011) bruker Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser, for å beskrive hva som er terapeutisk for en pasient og ikke terapeutisk for en annen. De fem miljøterapeutiske prosessene er: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Disse fem prosessene er også elementer i Kari Martinsens omsorg (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011).

Hos en akutt psykotisk pasient vil beskyttelse være det pasienten har størst behov for. Etter hvert vil støtte og struktur vektlegges. I en mellomfase vil engasjement kunne brukes, og gyldiggjøring anvendes i en avslutningsfase (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011). Jeg har valgt å skrive om beskyttelse og støtte, som er de to elementene sykepleiere vil fokusere på i en skjermings situasjon med en akutt psykotisk pasient.

-Beskyttelse. Når man beskytter en pasient, vil det si å trygge, skjerme eller ta hånd om pasienten. Det man ønsker å hindre er en destruktiv og utflytende atferd. Det man ønsker å oppnå er å lette belastningen hos pasienter som ikke selv har kontroll, med det vil pasientens indre kontroll kunne styrkes. Beskyttelse er spesielt viktig ved stor psykotisk uro og aggresjon. Kravene til sykepleiernes holdninger og handlinger vil være spesielt utfordrende, en må tilstrebe at den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient er bærende gjennom hele

beskyttelsesfasen. Sykepleieren skal lytte til pasientens behov og ønsker og samtidig gi begrunnende og forståelige svar. Når det gjelder pasienter som er skjermet og har tilsyn av personal, kan pasienten føle at han blir avvist, dersom beskyttelsen fra personalet består i at personalet sitter på en stol utenfor skjermet enhet med døren på gløtt. Pasienten kan føle at sykepleieren er utilgjengelig for han.

Stimuli fra tv, radio eller cd-spiller kan forsterke angsten og skape uro hos psykotiske pasienter. Samtidig kan rolig musikk ha en beroligende virkning. Dette må vurderes etter den enkelte pasients tilstand (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011).

-Støtte. Hovedtanken bak støtte som en miljøterapeutisk prosess, er at pasienten skal føle velvære og sikkerhet. Støtten skal øke pasientens selvfølelse og videre minske fortvilelse og angst. Et eksempel på å gi støtte kan være å motivere pasienten til å delta på aktiviteter som pasienten tidligere har mestret godt. Slik kan pasientens oppmerksomhet rette seg positivt mot mestring og håp. En av sykepleierens oppgaver er å forsøke å få kontakt med pasientens følelser, når pasienten gir uttrykk for fortvilelse og håpløshet. Det er helt nødvendig å møte et annet menneske med oppmerksomhet og empati, når en skal være til hjelp for et annet menneske. Den konkrete støtten kan gis, i det sykepleieren forstår hvordan det andre mennesket har det (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011).

5.0 Drøftingsdel

Jeg skal nå forsøke å besvare min problemstilling ved hjelp av litteratur og nyere forskning, samt diskusjon og refleksjoner over egne erfaringer. Problemstillingen som skal besvares er:

”Hvordan utøve egostyrkende sykepleie til mennesker som er psykotiske og skjermet?”

Jeg har valgt å dele drøftingsdelen opp i underkapitler, slik at den blir mer konkret og oversiktlig.

5.1 Grensesetting

Jeg synes det er interessant, spennende og lærerikt å lese om egostyrkende sykepleie, på bakgrunn av at jeg har erfaring med pasienten jeg forteller om og også erfaring med andre mennesker som har vært psykotiske og skjermet. Det er spesielt lærerikt med tanke på å lære seg å være bevisst på å utøve egostyrkende sykepleie og samtidig lære seg hvorfor det er viktig å ha kunnskap om temaet i arbeide meg psykotiske mennesker som er skjermet.

Personalet og pasienten i casen kom ofte i utfordrende situasjoner knyttet til grensesetting. Pasienten ønsket ikke å være på skjermet enhet og heller ikke på sykehuset, han ønsket å dra ut og hjem. Pasienten ønsket ikke å ta forskrevet medisin. Han var til tider usikker på hvem vi var og om vi ville han godt eller vondt. Han var redd og utrygg og det oppsto ofte utagerende atferd i situasjoner hvor personalet måtte grensesette pasienten. Strand (1990) sier at det er viktig at personalgruppen diskuterer seg i mellom hvordan grensesetting skal utføres, slik at den blir utført på en mest mulig terapeutisk måte. På min avdelingen diskuterte vi ofte hvordan vi skulle opptre i utfordrende grensesettinger, spesielt i situasjonen som er beskrevet over. Selv om man er enige i hvordan man ønsker å utføre grensesetting, kommer det stadig opp nye utfordringer man på ta på strak arm. I slike tilfeller merker både personalet og pasienten at personalgruppen har ulike holdninger og meninger. Et eksempel på det var at pasienten plutselig fant ut at han ville dra på fotballtrening, som han ville ha gjort om han ikke var psykotisk og innlagt på skjermet enhet. Han sier da til personalet at han vil dra på fotballtrening nå, siden den begynner om 10 min. Han kler på seg shorts og skjorte og pakker fotballschoene i sekken og sier med klar og tydelig stemme at han skal ut og på fotballtrening. Han argumenterer med at dette er veldig viktig for han og han vil ikke skuffe treneren med å

ikke møte opp. Personalet svarer pasienten med et kontant: ”Nei”. Det blir raskt en noe kaotisk situasjon, med argumentering både fra pasient og personal, som ender med at pasienten raserer rommet sitt og trenger lang tid for å klare å roe seg ned. I denne situasjonen blir pasienten møtt med et udiskutabelt nei, til svar. I følge Hummelvoll (2012) skal man ikke bruke en straffe- eller maktdemonstrasjon når man grensesetter en pasient. Man skal være åpen med pasienten, tilby samtale og forsøke å avlede pasienten fra situasjonen. Ved å tilby samtale, kan man unngå at pasienten handler ut fra sine egne følelser, og dermed unngår at pasienten føler det som et nederlag at han ikke fikk det som han ønsket. Det er det som er målet med egostyrkende sykepleie, man skal styrke pasientens ego, slik at man unngår det motsatte (Hummelvoll 2012).

Med det tenker jeg at man skal forsøke så langt det er mulig å forklare pasienten hvorfor han ikke blir møtt på sitt ønske å om dra på fotballtrening. Vi kan tilby samtale og samtidig forsøke å avlede pasienten med å foreslå en aktivitet vi vet han liker. Pasienten i denne situasjonen var også veldig glad i å spille fotball med personal i bakgården, det kunne vært en avledning, slik at han ble møtt på sitt ønske om å spille fotball, selv om han ikke kunne dra på trening sammen med kameratene sine. Man kunne også i samråd med pasienten ringt treneren og gitt beskjed om at han ikke kunne komme på trening den dagen, på den måten hadde pasienten sluppet å vært bekymret for at han ikke møtte opp som avtalt. Martinsen (2003) mener at det som står helt sentralt i omsorgsbegrepet er forståelsen av den andres situasjon. Jeg tenker at man må kunne sette seg inn i situasjonen til denne unge mannen som føler både ansvar og plikt til å møte opp på fotballtreningen og som hadde stor respekt for treneren sin. Slik at man på best mulig måte kunne komme frem til en løsning sammen med pasienten og ikke avvise han fullstendig.

Hummelvoll (2012) skriver at grensesetting kan bli uterapeutisk i de tilfeller hvor grensesetting preges av unødvendig kontroll og regler, og hvor det ikke tas hensyn til situasjonen, men hvor reglene anvendes automatisk. Det jeg opplevde i denne situasjonen var at personalet ga pasienten avslag, uten å utdype det noe mer. Personalet kom ikke med noe tilbud om verken samtale, forklaring eller på noen måte forsøk på å avlede pasienten.

Utfra min erfaring og fra casen som er beskrevet tidligere i oppgaven, opplevde jeg flere situasjoner hvor pasienten utagerte både mot inventar og personal. I tilfeller hvor vi merket på pasienten at han ble angstfylt, i form av at han ble motorisk urolig, pustet raskere, slamret med dører og ikke responderte på henvendelser, fikk vi avverget situasjonen ved hjelp av

samtale og at vi var flere fra personalet som støttet opp rundt pasienten. I andre tilfeller var det ikke tilstrekkelig. Pasienten ble oftest utagerende i situasjoner rundt medisiner og når han fikk avslag på ønsker. Hummelvoll (2012) sier at i situasjoner hvor det er vanskelig å nå frem til pasienten med ord, selv om man utfører tilnærmingen til pasienten på en terapeutisk måte, kan aggresjonen likevel få fritt utløp og man må da være forberedt på hva man skal gjøre. Det er viktig å oppnå sikkerhet i en slik situasjon hvor aggresjon har fritt utløp, minst to av personalet skal møte pasienten. Man skal ikke møte pasienten alene, det vil være uheldig både for sikkerheten til pasienten og personalet. Videre skal man ta tak i hver sin arm til pasienten, er det flere tilstede, tar de tak i hver sin fot. Under en slik situasjon skal en av personalet ta ansvaret for å snakke med pasienten, og delegere oppgaver til personalet. Personalet som har ansvaret skal snakke klart og tydelig til pasienten og hele tiden informere om hva som skal skje. Noen pasienter kan trenge et beroligende medikament og noen kan trenge mekaniske tvangsmidler, avhengig av situasjonen. I etterkant er det viktig at noen av personalet er sammen med pasienten og tilbyr sin støtte (Hummelvoll 2012).

I følge Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) sier Gunderson at hovedtanken bak støtte, som miljøterapeutisk prosess, er at pasienten skal føle velvære og sikkerhet. Støtten skal øke pasientens selvfølelse og videre forminske fortvilelse og angst. Ifølge Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) bekrefter Kari Martinsen at alle mennesker er avhengige av å kjenne støtte fra andre for å tørre å ta nye utfordringer i sine liv. Sykepleie bygger på en verdioppfatning hvor relasjoner og avhengighet er grunnleggende. Sykepleieren viser støtte til pasienten ved å være synlig å til stede der hvor pasienten er.

5.2 Nærhet og avstand

Nærhet og avstand er viktig og interessant iforhold til at man balanserer mellom to ytterpunkter, nærhet og avstand. Det er en "kunst" å finne denne balansen, og det kreves kunnskap for å oppnå den balansen (Strand 1990). Pasienten i casen hadde flere somatiske plager, iform av smerter i hender og føtter. Dette ble ofte et tema, når man etter hvert kom i dialog med pasienten. Pasienten ønsket at personalet skulle massere han på hender og føtter, dette ble gjort av noen, mens andre ikke ønsket det. Pasienten ble usikker på personalet og også sint og utrygg på de som ikke ønsket å massere han. Som nevnt tidligere sier Strand (1990) at det er viktig at personalgruppen blir enige om hvordan man skal utføre egostyrkende sykepleie til psykotiske mennesker som er skjernet.

I en stor personalgruppe kan det være utfordrende i seg selv å bli enige om hvordan man ønsker å utføre miljøterapien på en arbeidsplass. Dette blir enda mer tydelig når jeg skriver om det egostyrkende prinsippet nærhet og avstand, her vil det være enda mer utfordrende å bli enige, siden vi alle har ulike følelser i forhold til hvor nær vi fysisk ønsker å være pasienten. Jeg opplevde at noen i personalgruppen gjerne ønsket å massere pasienten, og tok det som en invitasjon fra hans side, på at han ønsket nærhet og søkte trygget. Ifølge Hummelvoll (2012) har berøring som mål og være trøstende og betryggende ovenfor pasienten. Martinsen (2003) sier at omsorg handler om følelsen av å stå andre nær. Videre sier Martinsen (2005) at tillit er viktig i sykepleierens omsorg. Den tilliten pasienten viser sykepleieren, må også sykepleieren vise seg verdig til å motta. Først når sykepleieren kan motta tilliten fra pasienten, vil pasienten kunne overlevere noen av sine problemer til sykepleieren. Jeg tenker at pasienten viste personalet tillit ved at han ønsket at personalet skulle komme han nær, spesielt med tanke på at han var psykotisk og at personalet i den perioden jobbet for å oppnå en god relasjon mellom personalet og pasienten.

Det var flere i personalgruppen som ikke ønsket å massere pasienten og ga dermed pasienten avslag på sitt ønske om å bli massert. I følge Strand (1990) har man ikke mulighet for å bli berørt av pasienten om man holder for stor avstand. Når det gjelder nærhet til pasienten, kan man bestemme at alle i personalgruppen skal være nærmere pasienten enn hva de selv føler er rett? Jeg ønsker å ta med en forskningsbasert artikkel i diskusjonen, som heter: "*Mindfulness-det oppmerksomme nærvær*" skrevet av Berit Andersen Sandvik (2011), publisert i Sykepleien forskning. Hensikten med artikkelen var å se på hvordan sykepleiere opplevde fenomenet nærvær i sin sykepleieutøvelse og hvordan trening på oppmerksomt nærvær kunne påvirke deres opplevelse, i form av Mindfulness- Based Stress- Reduction. Gjennom sin forskning, fant Sandvik (2011) ut at etter trening på oppmerksomt nærvær kan sykepleierens opplevelse av nærvær beskrives ved tre hovedtemaer. Disse hovedtemaene er; nærværets åpenhet skaper tillit som påvirker kvaliteten i relasjonene til pasienten, sykepleieren ser med et nytt blikk som er mer våkent og mer vennlig og sykepleieren merker en endring fra å gjøre til å være, som gir mer selvinnsikt og større ro. Fra å være nær et annet menneske, fører oppmerksomt nærvær til en opplevelse av nærvær som indikerer en kompetanseutvikling i retning av Kari Martinsens sykepleieteori, samt en forbedring av sykepleierens faglige kompetanse. Om det å være nær, skriver Sandvik (2011) at det handler om å være til stede i relasjonen med pasienten. Nærhet skapes ved å bygge bro over til den andres livsverden. Ved å være nær kan sykepleieren kartlegge hva som gir mening for pasienten og videre gi støtte til

mestring og endring. Artikkelen underbygger det Martinsen (2003) sier om at omsorg handler om følelsen av å stå andre nær. I konklusjonen til Sandvik (2011) sier hun at studiens resultater gir grunn til å tro at trening på oppmerksomt nærvær kan være et godt bidrag til å utvikle en sykepleie-faglig kjernekompetanse. Denne kan virkeliggjøre filosofiske meninger av sykepleiefagets natur etter teoretikere som Kari Martinsen.

I forhold til diskusjonen om hvor nær man kan forvente at sykepleieren skal være pasienten, er det ikke lett å komme frem til hva som blir riktig å gjøre, men man kan ved hjelp av litteratur og nyere forskning finne resultater som underbygger at nærhet skaper tillit. Som videre gjør at man som sykepleier kan utvikle en relasjon til pasienten, ved å tørre å stå pasienten nær.

5.3 Tvang versus autoritet

I boken "Det lukkede rom- Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter" skrevet av Reidun Norvoll (2007), refererer hun til en leder som forklarer bruken av skjerming:

"De som trenger skjerming er de som er så kaotiske, er så fragmenterte og oppløste at de trenger en-til-en-kontakt og å bli ivaretatt med mye personale rundt seg og med reduserte stimuli for å få de til å føle seg trygge og få de til å roe seg og samle seg til de er i stand til å bli konfrontert med en større åpen post. Hvor det på en måte er flere pasienter, det er mer som skjer og det er litt mer uforutsigbart der og litt mindre oversiktlig det som skjer, og det er en veldig viktig funksjon vi har for folk som er veldig dårlige. Altså, hensikten er det at vi er nødt til å overta ansvaret for folk til pasienten selv er i stand til å ta ansvaret for seg selv og klarer å forholde seg til en vanlig åpen post" (Norvoll 2007:141).

Jeg synes dette forklarer på en forståelig måte hvorfor skjerming i enkelte tilfeller må tas i bruk og at ikke skjerming skal være forbundet med tvang eller straff for pasienten, men at det der og da er en nødvendighet for å beskytte pasienten. Strand (1990) beskriver en fremgangsmåte for hvordan grensesetting kan utføres på en terapeutisk måte. Her innebærer det at sykepleieren må ta i bruk sin autoritet. Autoriteten deles inn i to grupper, legitim autoritet og illegitim autoritet.

Legitim autoritet: Saksprinsipper, faglig kompetanse, argumentere for hvorfor det blir satt grenser, utføre en diaog, etisk forsvarlighet.

Illegitim autoritet: Maktprinsipper, kan ikke gi begrunnelse, monologisk, menneskefientlig.

Terapeutisk grensesetting utføres med en legitim autoritet, for å skape en allianse mellom sykepleier og pasient. For å ivareta dette kan man bruke denne fremgangsmåten:

1. Definere situasjonen og pasientens atferd.
2. Fortelle pasienten hvilke forventninger du har til han.
3. Fortelle pasienten hvilke konsekvenser handlingen vil få dersom denne atferden fortsetter.
4. Dersom atferden fortsetter, må konsekvenser iverksettes.
5. Når man er på tomannshånd med pasienten etter situasjon, skal man snakke med pasienten om situasjonen, og sammen forsøke å finne årsaken til handlingen. Videre må man hjelpe pasienten til å finne alternative måter han kan uttrykke sine følelser på.

Dette er en fremgangsmåte som Strand (1990) beskriver, men det er ikke den eneste løsningen. Alle situasjoner er ulike og man må også ved noen tilfeller benytte avledning for å få fokus bort fra situasjonen.

Tiltakene ved grensesetting kan for pasienten føles straffende, men grensesetting skal være terapeutisk. For å unngå at det oppleves straffende, er det viktig at sykepleieren kjenner til og vet hvorfor grensesetting er nødvendig. Skjønner en ikke hvorfor grensesetting utføres, er det heller ikke lett å utføre det (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011). Strand (1990) sier at de mennesker som har et uavklart forhold til sin egen autoritet, ofte føler at det ikke blir rett at de skal grensesette andre. Grensesettingen blir da ofte utført på en uterapeutisk måte. I følge Hummelvoll (2012) er det viktig at pasienten får klare og konkrete grenser, om pasienten blir aggressiv og utagerende i en grensesetting situasjon. I følge Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) er det viktig at det er nok personalet til stede, slik at situasjonen kan roe seg ned så raskt som mulig. For pasienten og det involverte personalet vil det virke betryggende og beroligende når kvalifisert personale kommer til situasjonen.

Hummelvoll (2012) beskriver at mange pasienter opplever skjerming som straff og som tap av autonomi og at skjerming er et stort inngrep i det enkelte menneskets frihet. Det er derfor

viktig at pasienten har innvirkning på hvordan skjermingen gjennomføres (Hummelvoll 2012).

Wenche Iren Gamme (2009) har skrevet en artikkel som heter: *”Skjerming med brukermedvirkning- Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet?”*. Publisert i tidsskrift for psykisk helsearbeid. Gamme (2009) skriver at det er behov for mer kunnskap om hvordan brukermedvirkning kan utføres i akutt- postenes praksis. Forfatteren stiller spørsmål om mer brukermedvirkning ved skjerming ville redusere opplevelsen av tvang. Gjennom arbeidet med denne artikkelen har tiltak som økt brukermedvirkning, økt tilnærming, endret grensesettingspraksis, mindre fysisk maktbruk og økt tid og kommunikasjon, vært sentrale temaer. I utførelsen av prosjektet ble det endret på organiseringen av skjerming. Det ble lagt vekt på å tilbringe mer tid utenfor avdelingen og det ble lagt vekt på å tilbringe mer tid med pasienten. Ved akuttposten som var med i dette prosjektet, har de gått fra den tradisjonelle tenkningen om skjerming, hvor stimulibegrensning var sentral, til å bli det motsatte. De har endret på strukturen og grensene ved skjerming og har med det opplevd mindre uro og uttagering hos pasientene. Pasientene som var med i prosjektet har rapportert at de har hatt en bedre opplevelse av skjerming. Personalet oppnådde å få pasientene mer deltakende og de var mer ute med pasientene, enn tidligere. Gamme (2009) avslutter artikkelen med å si at det er behov for videre forskning på feltet, da spesielt med tanke på pasientenes egne opplevelser av skjerming.

I Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) sier Gunderson at beskyttelse vil si å trygge, skjerme eller ta hånd om pasienten. Opplevelsen til personalet i artikkelen til Gamme (2009) følte at utetid med pasientene reduserte stressnivået til pasientene. De opplevde at innestengingen på skjermet enhet gjorde pasientene mer presset og ga oftre muligheter for utagering, som videre kunne føre til tvangstiltak. Gunderson sier videre i Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) at beskyttelse også innebærer mindre stimuli fra tv, radio og cd-spiller, med bakgrunn i at det kan forsterke angsten til pasienten og skape uro. Gamme (2009) sier i artikkelen at selv om pasientene hadde behov for å skjermes fra tv, radio og medpasienter, kunne de kanskje være med på turer, stelle hester eller gå på skiturer. Her var det pasientenes ønsker det ble tatt hensyn til. Gamme (2009) poengterer at selv om skjerming i utgangspunktet skulle være stimulireducerende, opplevde ikke personalet at pasientene ble dårligere, selv om de var med på turer, utførte fysisk aktivitet, deltok på bilturer og skiturer. Gamme (2009) sier videre at det var de dårligste pasientene som ble skjermet på akuttposten, og at det til tider kunne være krevende for personalet å jobbe der. Ledelsen ønsket dermed å

bruke mer ressurser på å skape trygghet både for pasienten og personalet. Dette gjorde at de ved skjerming var to personal, slik at de ved uro, hadde mulighet for å gå ut med pasienten, istedet for bruk av tvangsmidler. Personalet som var med i prosjektet rapporterte at de opplevde det å være på skjerming i dag, som mer givende og mer utfordrende faglig, på bakgrunn av mer aktivitet og fokus på innhold i skjermingen. Personalet mente aktiviteten er viktig for å redusere opplevelsen av at pasientene er på oppbevaring på skjermet enhet.

Hummelvoll (2012) sier at mange pasienter opplever skjerming som straff og tap av autonomi og at skjerming er et stort inngrep i det enkelte menneskets frihet. Det er derfor viktig at pasienten har innvirkning på hvordan skjermingen gjennomføres.

Det var lærerikt og interessant å lese artikkelen fra Gamme (2009), spesielt siden jeg har erfaring med casen i oppgaven. Pasienten i casen trengte beskyttelse og støtte i lang tid. I løpet av denne tiden oppholdt han seg for det aller meste av tiden på skjermet enhet. Han ga ofte uttrykk for at han ønsket å gå ut eller bli med på bilturer, slik som han så mange av de andre pasientene på avdelingen fikk gjøre. Pasienten hadde mange ønsker som han ikke ble møtt på, med tanke på at han hadde behov for skjerming over lang tid, opplevde pasienten mange avslag iløpet av den tiden. Jeg tenker det er utfordrende i situasjoner hvor sykepleier skal grensesette en psykotisk pasient som er skjermet og samtidig jobbe mot å oppnå tillit til pasienten. Pasienten i casen opplevde avslag på alle sine ønsker de første månedene på skjermet enhet. Han var i utgangspunktet usikker på hvem personalet var og om vi ville han godt eller vondt. Pasienten hadde ikke sykdomsinnsikt og tok tilsynelatende alle avslag personlig. Dette gjorde det utfordrende for personalet å oppnå tillit hos pasienten. Martinsen (2005) sier at tillit er en vesentlig del i sykepleiefaget. Mennesker møter hverandre med tillit, uten at den skal begrunnes. I det tilliten viser seg å ikke holde ord, må mistilliten begrunnes. Jeg tenker det er utfordrende å oppnå tillit til pasienten, når vi som sykepleiere ikke kan møte pasienten på noen av sine ønsker og behov.

5.4 Forutsigbarhet

Struktur skaper forutsigbarhet for pasienten, som kan motvirke det indre kaos han preges av. Et ordnet og strukturert miljø hjelper pasienten til å føle seg trygg, dette gjør at det kan bli lettere for pasienten å delta aktivt på ulike aktiviteter (Hummelvoll 2012). Miljøet i avdelingen må fremstå som forutsigbart for pasienten, en må unngå at ulike sykepleiere har

ulike holdninger til beskyttelsestiltakene. Kravene til sykepleiernes holdninger og handlinger vil være spesielt utfordrende, en må tilstrebe at den gode relasjonen mellom sykepleier og pasient er bærende gjennom hele beskyttelsesfasen. Sykepleieren skal lytte til pasientens behov og ønsker, og samtidig gi begrunnende og forståelige svar (Stiftelsen psykiatrisk opplysning 2011). Når jeg var på skjermet enhet sammen med pasienten i casen, kjente jeg flere ganger på følelsen av at jeg ikke kunne gi han en begrunnelse for hvorfor jeg avslo hans ønsker. Det var som regel med bakgrunn i at jeg hadde fått beskjed om det fra andre i personalgruppen, men det sto ikke nedskrevet i behandlingsplanen. Hummelvoll (2012) sier at grensesetting ofte blir uterapeutisk når det blir tatt beslutninger med bakgrunn i unødvendige regler. Jeg kjente på den følelsen også når jeg var vitne til de situasjonene hvor pasienten ønsket å få massasje, men ikke ble møtt på det. Personalet hadde da ingen begrunnelse om hvorfor de ikke kunne gi pasienten massasje. Iforhold til forutsigbarhet visste ikke pasienten på forhånd om han ville få et positivt eller negativt svar når han spurte de ulike sykepleierne i personalgruppen om de kunne massere han. Dette ble helt tilfeldig i forhold til hvem han spurte. I følge Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011) sier Gunderson at et av målene med beskyttelse er å tilstrebe en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Relasjonen skal være bærende gjennom hele beskyttelsesfasen. Jeg tenker at det er vanskelig å oppnå en god relasjon til pasienten ved at han blir møtt på sine ønsker hos enkelte sykepleiere, men ikke hos alle. Dette kan videre gjøre at pasienten føler seg usikker på personalet og det blir dermed mer utfordrende å oppnå en god relasjon mellom personalet og pasienten.

Når vi skal gi pasienten støtte, som er en av de fem miljøterapeutiske prosessene som Gunderson beskriver i Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011), er det nødvendig å møte det andre mennesket med oppmerksomhet og empati. Sandvik (2011) bekrefter i sin artikkel at det oppmerksomme nærvær skaper tillit som påvirker kvaliteten i relasjonen til pasienten. Nærvær indikerer en kompetanseutvikling i retning av Kari Martinsens sykepleieteori. Den konkrete støtten kan gis til pasienten, i det sykepleieren forstår hvordan det andre mennesket har det. Når pasienten sa han hadde ønske om massasje, på grunn av smerter i kroppen og ikke ble møtt på det, kan det tenkes at han følte han ikke fikk noen forståelse av sin situasjon. Som skal være en av forutsetningene for å gi støtte til pasienten som er i en ellers kaotisk situasjon. Alvsvåg og Gjengedal (2000) skriver om Martinsens omsorgsteori, som hun deler inn i tre dimensjoner. Omsorgens praktiske dimensjon, som er en av dimensjonene, bygger på at sykepleieren utvikler en kompetanse, på bakgrunn av sin erfaring med ulike pasientsituasjoner. Med denne kompetansen lærer sykepleieren, etter hvert, hvilke redskaper

han skal bruke i de ulike pasientsituasjonene. Jeg tenker at det Alvsvåg og Gjengedal (2000) skriver om Martinsen, og det Sandvik (2011) skriver i sin artikkel, belyser viktigheten av at sykepleiere er avhengig av kunnskap og nyere forskning i sitt arbeide med psykotiske mennesker som er skjermet. Det er flere hensyn å ta, og man skal, som sykepleier, ha en faglig kompetanse for å kunne utøve egostyrkende sykepleie til psykotiske mennesker som er skjermet.

6.0 Avslutning

Når jeg nå skal avslutte min bacheloroppgave er det mange faktorer jeg sitter å tenker på iforhold til egostyrkende sykepleie, grensesetting og nærhet og avstand. Jeg tenker at vi som sykepleiere må møte det andre mennesket med tillit, ved at man viser empati og at man tør å stå den andre nær. Vi må fokusere på å oppnå en god relasjon, slik at den andre part tør å overlevere noen av sine problemer til oss. Vi skal beskytte og støtte ved å være tilstede i relasjonen, og vi skal med bakgrunn i legitim autoritet grensesette slik at den andre part føler seg sett, hørt og ivaretatt på en faglig forsvarlig måte.

Personlig har jeg gjennom utførelsen av oppgaven økt min kunnskap og blitt faglig sterkere innenfor temaet, som var mitt mål med oppgaven. Det har vært interessant og veldig lærerikt å fordype seg i problemstillingen.

Mitt neste møte med psykotiske mennesker som er skjermet kommer til å bli interessant og lærerikt, med tanke på at jeg nå er bedre forberedt, med bakgrunn i økt kunnskap og nyere forskning om temaet. Det gjør at jeg er mer bevisst mine valg, når jeg nå går ut i arbeidslivet som profesjonell sykepleier.

Pensumlitteratur

Dallan, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*.4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt*.6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kringlen, E. (2008). *Psykatri*.9.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lovdata.no. Psykisk helsevernloven § 3-3 [Online], Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-003.html#3-3> [Lastet ned 13.02.13]

Lovdata.no. Psykisk helsevernloven § 4-3 [Online], Tilgjengelig fra:
<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-062-004.html#4-3> [Lastet ned 02.04.13]

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*.Oslo: Universitetsforlaget.

Stiftelsen psykiatrisk opplysning (2011). *Miljøterapi- en modell for tenkning, holdning, og handling i en psykiatrisk institusjon*.6 utg. Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.

Strand, L.(1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet- Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selvvalgt litteratur

Alvsvåg, H. og Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning- En innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget. (Antall sider: 30)

Gamme, W.I. (2009). *Skjerming med brukermedvirkning- Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet?* s.242-249. I:Tidsskriftet for psykisk helsearbeid nr.3. [Online], Tilgjengelig fra: <http://www.idunn.no/ts/tph/2009/03/art11?highlight=grensesetting#highlight> [Lastet ned 04.04.13] (Antall sider: 7)

Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt*.6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kapittel 10,13, 16, 18. Antall sider: 106)

Jordal, H. og Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser- Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*.2.utg. Bergen: Fagbokforlaget.(Kap. 1,11. Antall sider: 20)

Kringlen, E.(2008). *Psykatri*.9.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Kapittel 9,11 Antall sider: 30)

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe. (Antall sider:25)

Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom- Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Oslo: Universitetsforlaget. (Antall sider: 30)

Riedl, T.R. og Elde, W.D. (2008). *Psykisk helsevernloven*. Oslo: Cappelen Damm.(Antall sider:30)

Sandvik, B.A. (2011). *Mindfulness- det oppmerksomme nærvær*. s.274-281. I:Sykepleien forskning nr.6. [Online], Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/754992/mindfulness-det-oppmerksomme-narvar> [Lastet ned 04.04.13] (Antall sider: 6)

Strand, L.(1990). *Fra kaos, mot samling, mestring og helhet- Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Side 12-38. Antall sider: 26)

(Selvvalgt pensum: 310 sider)

