



Schizofreni og egenomsorg - en sykepleieroppgave?

Kandidatnummer: 527

VID vitenskapelige høgskole, Oslo

Bacheloroppgave
Bachelor i Sykepleie
Kull: BIS 2018

Antall ord: 9639

19.03.2021

Sammendrag

Bakgrunn: 70% av personer med schizofreni lider av stemmehøring som belastende psykotisk symptom. Dette kan forringe deres evne til egenomsorg og best mulig funksjon i hverdagen.

Hensikt: Å finne frem til hvordan sykepleier kan bidra til økt egenomsorg hos pasienter med schizofreni som bor i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser.

Metode: Litteratursøk i fem ulike databaser samt manuelle søk i pensum- og faglitteratur.

Resultater: Den terapeutiske relasjonen er grunnleggende for øvrige terapiformer og tiltak.

Opplæring i egenomsorg, kognitiv terapi og utforskning av stemmehøring er effektive og gode tiltak for økt egenomsorg hos personer med schizofreni. En salutogen tilnærming til brukerens egenomsorgsbehov og -evne er gunstig.

Konklusjon: Ved å benytte seg av en salutogen tilnærming, med den terapeutiske relasjonen som grunnmur, og ulike intervensjoner kan sykepleier bidra til økt egenomsorg hos personer med schizofreni.

Abstract

Background: 70% of persons with diagnosed schizophrenia suffer from voice hearing as a troubling psychotic symptom. This may affect their ability to self-manage and function in daily life.

Purpose: To discover ways a nurse can contribute to increased self-management in service users living in communal housing for people with psychiatric health issues.

Method: Research literature search in five different databases in addition to published textbooks relevant to the nursing field.

Results: The therapeutic relationship is key to any form of therapy or intervention. Self-management education, cognitive therapy and exploration of voice hearing are effective and beneficial interventions for people with schizophrenia. A salutogenic approach to the service user's self-managing skills and needs is advantageous.

Conclusion: By utilizing a salutogenic approach and with the therapeutic relationship as a foundation a nurse can contribute to increased self-management skill persons with schizophrenia.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Abstract	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Problemstilling.....	7
1.2 Avgrensning	7
1.3 Begrepsavklaring	7
1.3.1 Terapeutisk relasjon	7
1.3.2 Bruker	8
1.3.3 Egenomsorg	8
2.0 Metode	9
2.1 Litteratursøk	9
2.2 Valg av litteratur	9
2.3 Kildekritikk	9
3.0 Teoretiske perspektiver.....	11
3.1 Schizofreni som lidelse	11
3.2 Orems egenomsorgsteori	12
3.3 Kognitiv terapi og psykoedukasjon.....	15
3.4 Salutogenese	16
4.0 Resultater	18
4.1 «Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers»	18
4.2 «Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis»	18
4.3 «A Review of the effectiveness of interventions aimed at understanding the content and meaning of the experience of voice hearing»	19
4.4 «Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse»	20
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Egenomsorg og psykisk helse	21
5.1.1 Egenomsorgsbehov og schizofreni	21
5.1.2 Egenomsorgevne og ressurser	22
5.2 Betydningen av en hjelpende relasjon	23
5.2.1 Den terapeutiske relasjonen	23
5.2.2 Relasjon i praksis	24
5.2.3 Terapi eller egenomsorg?	24
5.2.4 Relasjonen som ressurs i egenomsorg	25
5.3 Stemmeutforskning og kognitiv terapi	26
5.3.1 Stemmehøring – en trussel mot egenomsorg?	26
5.3.2 Betydningen av stemmene.....	26

5.3.3	Terapeutiske utfordringer	27
5.3.4	Kan sykepleier utføre kognitiv terapi?.....	28
5.4	Opplæring i egenomsorg – en sykepleieroppgave.....	29
6.0	Konklusjon	32
7.0	Litteraturliste	33
8.0	Vedlegg	36
8.1	Søkehistorikk	36

«If you talk to God, you are praying; If God talks to you, you have schizophrenia.»
- Thomas Szasz (Wikiquote, 2020).

1.0 Innledning

«Jeg våknet en morgen i juni 2001 og visste at noe hadde revnet i hodet mitt (...) og så meg i speilet og visste ikke hvem damen i speilet var. Jeg kjente henne ikke igjen som meg. Hun var kjent, men hun var ikke meg. Jeg så på huden min, grensen mellom meg og verden, men hadde ingen opplevelse av hva som var meg og hva som ikke var meg. Jeg var overalt og ingen steder. Den psykiske smerten var uutholdelig. Det var som kirkeklokker inne i hodet ringte hele tiden. (...) Ett eller annet sted i hodet visste jeg hva som foregikk, visste at dette ikke var bra. Denne delen av meg ringte til faren min og sa; du må komme. Hjelp. Faren min sier at han skjønnte det var meg, men han kjente ikke stemmen. Da han kom sa jeg til han; «jeg har blitt gæærn».

(Riksaasen, u.å).

Teksten over er et utdrag fra Guri Riksaasens historie, da hun i 2001 ble lagt inn for en psykotisk episode. Jeg har tatt den med for å illustrere hvor belastende, skremmende og vondt det kan oppleves å være fanget i en annen virkelighet enn alle andres. Guri Riksaasen er i dag frisk, men for mange mennesker er dette en vanlig del av livet og hverdagen, særlig hos dem som lider av schizofreni. Ifølge Aarre (2018) regnes schizofreni som den alvorligste psykiske lidelsen. Den fremtrer ofte tidlig i livet, kan være langvarig eller kronisk og gir vanligvis nedsatt funksjonsevne og livskvalitet. Lidelsen er blant de tolv viktigste årsakene til tapte leveår og funksjonssvikt verden over, selv om andelen av befolkningen som lider av dette er under 1%. Mennesker som lider av schizofreni dør ofte tidligere enn forventet grunnet selvmord og kroppslige sykdommer da de ofte har dårligere fysisk helse sammenlignet med resten av befolkningen. Dette begrunnes med at mennesker med schizofreni ofte er dårligere på å skaffe seg nødvendig helsehjelp, og mange av dem opplever også å ikke bli tatt på alvor for sine plager i møte med helsevesenet. Mange som lider av schizofreni utviser også helseskadelig adferd som rusmiddelbruk, røyking, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet. Mange schizofrenipasienter opplever vektøkning med påfølgende fare for diabetes og hjertesykdom, noe som kan skyldes både livsstil og medikamenter. Selvmord og depresjon er vanlig (Aarre, 2018, s.109-118).

På egen arbeidsplass ved tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser møter jeg flere personer som på grunn av stemmehøring og andre psykotiske symptomer opplever nedsatt livskvalitet, begrensninger i hverdagen og tap av funksjons- og egenomsorgsevne. I dårlige perioder blir stemmene kommanderende og overkjørende og tar kontroll over livene deres. Mange personer isolerer seg og er vanskelige å fange opp når stemmehøringen oppleves som intens, og som på grunn av kommanderende stemmer ikke kommer seg ut av leiligheten for å handle, ikke makter

dagligdagse gjøremål som oppvask eller matlaging, eller å opprettholde sosiale tilknytninger til venner og familie. I denne oppgaven ønsker jeg å ta for meg hva fag og forskning forteller oss om hvordan sykepleier kan hjelpe personer med schizofreni og stemmehøring til økt egenomsorg og påfølgende bedre livskvalitet. Jeg vil ta for meg brukere som bor i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser med dagbemanning av helsepersonell, og således undersøke hvordan et tillitsforhold bygget opp over tid mellom sykepleier og bruker kan bidra til god implementering av sykepleietiltak- og intervensjoner.

1.1 Problemstilling

Min problemstilling er hvordan kan sykepleiere bidra til økt egenomsorg hos brukere med schizofreni som bor i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser?

Med denne problemstillingen ønsker jeg å se på hvilke tiltak sykepleier kan benytte seg av i møte med den schizofrene brukeren, med mål om økt egenomsorgsevne hos brukeren.

1.2 Avgrensning

I denne oppgaven avgrensner jeg pasientgruppen til brukere med diagnosen schizofreni som bor i dagbemannet tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser. Brukerne jeg ønsker å fokusere på er dem som lever med kroniske psykotiske symptomer, med fokus på hørselshallusinasjoner, nærmere bestemt stemmehøring.

Jeg avgrensner til brukere hvor den medikamentelle faktoren allerede er avklart, det vil si brukere som ikke er i akutt eller nyoppdaget fase av lidelsen. Jeg kommer derfor ikke til å gå noe særlig inn på medikamenter og medisinerings av disse brukerne.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Terapeutisk relasjon

Den terapeutiske relasjonen, som definert av Prymachuk (2011), er forholdet mellom pasient og behandler. Forholdet skal være tuftet på respekt, likeverd, empati og varme, og tar i bruk ulike faktorer som åpen, spørrende og reflekterende kommunikasjon og aktiv lytting med mål om samarbeid, engasjement og tillit mellom pasient og behandler (Prymachuk, 2011, s.60).

1.3.2 Bruker

Bruker defineres i pasient- og brukerrettighetslovens §1-3 bokstav f som «en person som anmoder om eller mottar tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesten» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, §1-3). Benyttes i denne oppgaven om en person med langtidsopphold tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser.

1.3.3 Egenomsorg

Definert av Orem og tolket av Cavanagh (2018) som «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve» (Cavanagh, 2018, s.17). Definisjonen omfatter både fysiske, psykiske og åndelige behov.

2.0 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111).

2.1 Litteratursøk

Oppgaven er en litteraturstudie basert på artikler funnet gjennom ulike søkemotorer samt fag- og pensumbøker innenfor fagfeltet. For å finne forskning har jeg benyttet søkemotorerene PubMed og CINAHL via EBSCOhost gjennom skolens bibliotekside, med søkeord som schizofrenia, voice hearing, function, nursing, psychotherapy, psychosis, schizofrenia og psychotic disorders.

Jeg har også benyttet meg av nettsiden sykepleien.no, med spesifisert søk etter forskningsartikler, med søkeordene miljøterapi, schizofreni, sykepleie. Skjema for søkehistorikk ligger som vedlegg til oppgaven.

2.2 Valg av litteratur

Under søk etter forskning fikk jeg i noen av søkemotorene mange treff på søkeordene, i andre færre. Jeg valgte ut artiklene ved først å gå igjennom overskriftene. Ved de artiklene som virket lovende gikk jeg deretter gjennom abstract/sammendraget, samt hvilket tidsskrift de var blitt publisert i.

Dersom artiklene fremdeles syntes relevante for problemstillingen min, leste jeg dem i sin helhet for å finne frem til de mest relevante, og av disse satt jeg igjen med fire artikler jeg anvender i min oppgave. I tillegg har jeg benyttet meg av fagartikler hentet fra ulike faglig relevante tidsskrift, og av pensum- og fagbøker fra skolens bibliotek, samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

2.3 Kildekritikk

Jeg har valgt forskning som er fagfellevurdert og utgitt i faglig anerkjente tidsskrift for ytterligere kvalitetssikring. Jeg har i størst mulig grad forsøkt å benytte meg av primærkilder, men i noen tilfeller, som for eksempel Cavanaghs bok om Orems egenomsorgsteori, har jeg måttet bruke sekundærkilde da primærkilden ikke var tilgjengelig for meg. Jeg skulle gjerne ha brukt en primærkilde her, da jeg har hatt tilgang til Cavanaghs tolkning fremfor Orems egen litteratur.

Jeg har valgt å inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning. Kvalitativ forskning fremstår for meg som særs viktig rundt dette temaet, da behov og behandling er svært individuelt for personer med schizofreni. Samtidig gir kvantitativ forskning god informasjon om resultater og

effekt av behandling av personer med schizofreni som en større gruppe.

Artikkelen «Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers» er skrevet ut fra kinesiske forhold, og det fremkommer noen tydelige forskjeller, hovedsakelig kulturforskjeller, mellom norske og kinesiske forhold i sammenheng med schizofreni. Større deler av artikkelen er allikevel relevant for problemstillingen min og jeg har derfor valgt å inkludere den i min oppgave. De andre artiklene er både norske og internasjonale, og har relevans, gyldighet og holdbarhet for til min problemstilling. I tillegg er de skrevet av personer som ofte dukker opp i skolens pensumlitteratur.

Pensum- og fagbøker fra biblioteket, samt norsk lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere betrakter jeg som pålitelige kilder.

3.0 Teoretiske perspektiver

3.1 Schizofreni som lidelse

Schizofreni ble først beskrevet for over 100 år siden. Man vet fremdeles ikke hva som forårsaker lidelsen, men det antydes at det Steven Pryjmachuk kaller «vulnerability factors» kan være utløsende. Disse faktorene kan være biologiske, psykologiske eller sosiale faktorer, og ha sammenheng med genetikk, traume under fødsel eller tidlig i livet, overgrep etc, i kombinasjon med stress-episoder senere i livet (Pryjmachuk, 2011, s.185). På begynnelsen av 1900-tallet ble lidelsen beskrevet som «dementia praecox», eller tidlig demens. Ordet schizofreni er satt sammen av det greske ordet skhizein, som betyr «å dele» og ordet Phrenos som betyr «diafragma, hjerte, sinn» (Harvard Medical School, u.å.).

Schizofreni er en omdiskutert psykiatrisk lidelse. I vår tid har den fremstående schizofreniforskeren Sir Robin Murray konkludert med at schizofreni ikke er en enhetlig lidelse, og at begrepet schizofreni sannsynligvis etterhvert vil bli forkastet (Aarre, 2018, s.108). Steven Pryjmachuk skriver at begrepet mangler både vitenskapelig kredibilitet og klinisk relevans når det kommer til behandling av pasienter, og at det hadde vært mer hensiktsmessig å forske på og jobbe med individuelle symptomgrupper fremfor den overordnede diagnosen schizofreni (Pryjmachuk, 2011, s.184).

For å stille diagnosen må personen på et tidspunkt ha fremvist positive symptomer på schizofreni. Disse inkluderer hallusinasjoner, vrangforestillinger, kaotisk adferd og/eller tankeforstyrrelser. Negative symptomer innebærer følelsesmessig avflating, viljeshemming, lite initiativ og engasjement, kontaktsvakhet og gledesløshet, og kan føre til lavere livskvalitet og nedsatt funksjons- og egenomsorgsevne. Mange av de negative symptomene kan også komme av depresjon eller medikamentbivirkninger, og man kan derfor ikke diagnostisere schizofreni på bakgrunn av de negative symptomene alene (Aarre, 2018, s.108-111). Som helsepersonell er det viktig at man, i tillegg til å ha kunnskap om lidelsen og de vanligste behandlingsformene, også har kunnskap om positive og spesielt negative symptomer, da de negative symptomene ikke alltid er like fremtredende eller lett å kartlegge. En person som er psykotisk i mer enn to uker uten å lide av alvorlig depresjon eller mani kan defineres som schizofren, men de psykotiske symptomene må være tilstedeværende i minimum en måned før man kan stille diagnosen. Tidligere har man lagt vekt på spesifikke symptomer man mente var karakteristiske, men i ettertid har det blitt påvist at disse symptomene også forekommer ved andre lidelser og ikke er unike for schizofreni (Aarre, 2018, s.108-111).

Stemmehøring og andre hørselshallusinasjoner er et av de mest fremtredende positive schizofrene symptomene, og rundt 70% av mennesker med schizofreni lider av dette. Hørselshallusinasjoner karakteriseres av at personen opplever at noen «prater» til dem, og at dette oppfattes av personen som en virkelighet med kilde fra noe utenfor seg selv – for personen er hørselshallusinasjoner ekte, ikke imaginært (Hugdahl et al., 2008, s.2). Ifølge Chadwick og Hemingsway blir stemmehøring som tradisjonelt sett på utelukkende som symptom på underliggende biologisk sykdom som for eksempel schizofreni eller mani, og at tradisjonell behandling i stor grad har gått ut på å forsøke å minske eller fjerne stemmene, ofte via antipsykotiske medikamenter (Chadwick & Hemingway, 2017, s.8).

Grande og Jensen (2016) skriver at følelser og handlinger som knyttes til hørselshallusinasjoner påvirkes av personens tanker om stemmens makt, hvorvidt den oppfattes som god eller ond og hvilken mening personen tillegger stemmene. Tanken om makt refererer til hvorvidt personen oppfatter om stemmen kan kontrolleres eller ikke, og i hvor stor grad personen føler at hen må adlyde eller underkaste seg stemmen. Meningsinnholdet i stemmen henger sammen med personens forestillinger om stemmens hensikt. Grande og Jensen skriver at intensitet, innhold og frekvens dermed har mindre betydning, ettersom en person kan oppfatte for eksempel trusler fra stemmen som mindre alvorlig enn en annen person (Grande & Jensen, 2016, s.132-133).

Effektive behandlinger for schizofreni er antipsykotika, familierapi, systematiske opplæringsprogrammer (familiegrupper med opplæring for pårørende og eventuelt pasienten), kognitiv adferdsterapi og sosial ferdighetstrening (Aarre, 2018, s.119). I møte med den schizofrene brukeren er den terapeutiske relasjonen, samt det å danne grobunn for tillit, grunnleggende (Prymachuk, 2011, s.195).

3.2 Orems egenomsorgsteori

Jeg har i denne oppgaven valgt å støtte meg på Dorothea Orems egenomsorgsteori. For brukere i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser er det et mål at de i størst mulig grad skal kunne bo og leve med følelse av selvstendighet, mestring og autonomi, og å være eller bli rustet til å håndtere sin hverdag på best mulig måte. Evnen til egenomsorg blir derfor svært viktig for disse brukerne. Teorien favner også følgende punkter i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere:

- 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
- 2.2 Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
- 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
- 2.5 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi

tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

- 2.6 Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse
- 2.10 Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.
(Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Steven J. Cavanagh (2008) definerer, i sin bok om Dorothea Orems sykepleiemodell, begrepet egenomsorg som «individets evne og vilje til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve». Han skriver videre at Orem definerte egenomsorg ikke bare rundt fysiske behov, men også åndelige og psykiske, og at egenomsorg derfor favner de aktiviteter som et individ gjør på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære. I begrepet egenomsorg ligger det også at omsorgen som igangsettes er frivillig og tilsiktet av individet selv, og at det krever at individet forstår sin helsetilstand og er i stand til å ta hensiktsmessige beslutninger rundt egenomsorg (Cavanagh, 2008, s. 17).

Orems menneskesyn i henhold til egenomsorgsteori er blant annet at det å utøve egenomsorg fordrer reflekterte, bevisste handlinger som igjen er påvirket av individets kunnskaper og ferdigheter, samt at individet vet når hen trenger hjelp og hva hen da må foreta seg for å få denne hjelpen – individet har dermed mulighet til å velge egenomsorgsadsferd. Måten et individ møter egenomsorgsbehov på varierer i henhold til kultur og samfunnsgrupper, og oppfatninger om hva som skaper behov for hjelp fra andre også har kultur- og samfunnsmessig sammenheng. I dette ligger at det ikke finnes en fasit på hvordan ulike egenomsorgsbehov skal møtes (Cavanagh, 2008, s. 18-20).

Orems universelle egenomsorgsbehov er uavhengige av individets helsetilstand, alder, utviklingsnivå eller omgivelser, og behovene må sees som en helhet før det kan sies at individet utøver god egenomsorg. De universelle omsorgsbehovene dekker de livsnødvendige behovene som tilførsel av luft, vann og mat, eliminasjonsbehovet og behov for balanse mellom aktivitet og hvile. I tillegg dekker de sosial kontakt, trygghet, menneskelig funksjon og velvære samt utvikling av potensial og funksjon i sosiale grupper, og omfatter slik de vesentlige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet (Cavanagh, 2008, s. 18-20).

Det finnes to andre grupper av egenomsorgsbehov. En av dem er helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, som foreligger når personen blir syk, skadet, har funksjonssvikt eller er under legebehandling. Disse helserelaterte omsorgskravene står i tillegg til de universelle egenomsorgsbehovene. I tillegg har vi gruppen utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov, som står i forhold til menneskelig modning og utvikling. Herunder finnes ulike faktorer som kan påvirke individets naturlige utviklingsprosess, og stille ekstra krav til den enkeltes egenomsorgsbehov; det

kan blant annet være sosiale tilpasningsvansker, skadelige miljøfaktorer, graviditet og manglende utdanning (Cavanagh, 2008, s. 21-23).

Orem snakker også om egenomsorgssvikt, der personer som opplever sykdom, traumer eller som ikke har lært seg eller utviklet egne omsorgsevner godt nok, ikke er i stand til å fullverdig dekke sine egenomsorgsbehov. I slike situasjoner kan en person ha bruk for hjelp fra for eksempel sykepleier, fordi forholdet mellom egenomsorgskrav og omsorgsevne ikke lenger står i balanse. Cavanagh eksemplifiserer dette ved en person som for eksempel får en forkjølelse. Et normalt friskt menneske vil ha egenomsorgsevne nok til å dekke dette nye egenomsorgsbehovet samtidig som hen ivaretar sine daglige egenomsorgsbehov. Dersom denne personen brekker beinet, vil hen ha nok egenomsorgsevne til å forstå at dette egenomsorgsbehovet ikke kan dekkes fullstendig av hen selv, og vil dermed oppsøke hjelp for tilstanden sin. Det samme gjelder for sykdom eller skade der personen i langt tid eller permanent ikke vil kunne klare seg selv uten hjelp fra sykepleier eller andre; god egenomsorgsevne vil da innebære at vedkommende viser evne til å tilpasse seg sin egen situasjon og endrer levevaner deretter. Dersom personen som brekker beinet av ulike grunner ikke søker hjelp for tilstanden sin, kan man si at balansen mellom den enkeltes handlingsevne og forholdene denne står overfor, ikke samsvarer med velutviklet egenomsorgsevne, og at det er denne ubalansen som kan defineres som selve svikten. Ifølge Cavanagh kan det kan være ulike grunner til at denne svikten oppstår, for eksempel at egenomsorgsevnen fortsatt er under utvikling, eller at egenomsorgsevnen er fullt utviklet slik at personen skjønner at hen trenger hjelp, men velger å ikke søke hjelp på grunn av for eksempel angst eller frykt (Cavanagh, 2008, s. 28-39).

Cavanagh oppsummerer seks punkter som, dersom de blir ivaretatt, kan defineres som at et individ utøver god egenomsorg slik han tolker Orem:

- støtte livsviktige fysiske, psykiske og sosiale prosesser
 - opprettholde menneskelig struktur og funksjon
 - utvikle sine potensialer fullt ut
 - forebygge skade eller sykdom
 - behandle eller kontrollere sykdom med nødvendig hjelp og assistanse
 - behandle eller kontrollere virkningene av sykdom med nødvendig hjelp og assistanse
- (Cavanagh, 2018, s.25).

3.3 Kognitiv terapi og psykoedukasjon

Helsebiblioteket definerer psykoedukasjon som systematisk, strukturert og didaktisk kunnskap om psykiske lidelser og behandlingen for disse. Psykoedukasjon tar sikte på å lære personen, heretter kalt brukeren, samt dennes pårørende om lidelsen, varselsymptomer, mestringsstrategier og kontaktinformasjon ved forverring. Kunnskapen kan hjelpe brukeren til å iverksette egenomsorgstiltak som kan hindre eller redusere risikoen for tilbakefall og reinnleggelse. Kunnskapen som fremkommer bør også føres inn i en kriseplan som utarbeides i samarbeid med brukeren. Psykoedukasjon kan utføres av leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer samt øvrig personell som er kvalifisert (Hansen et al., u.å.).

Kognitiv terapi for psykotiske symptomer har til tider vært omdiskutert, men per i dag finnes det ingen annen psykoterapeutisk metode som er så godt undersøkt eller har vist seg så effektiv mot psykosesymptomer (Grande & Jensen, 2016, s.72). I tillegg anbefales det i nasjonale retningslinjer at alle pasienter som plages med psykotiske symptomer bør få tilbud om kognitiv terapi med varighet på minimum 15-20 terapisaftaler (Helsedirektoratet, 2013, s.65).

Grande og Jensen (2016) skriver at kognitiv terapi for psykose har som mål å forbedre velvære og livskvalitet og samtidig redusere ubehag i forbindelse med psykosesymptomer som for eksempel hørselshallusinasjoner. Brukeren blir ikke nødvendigvis kvitt stemmene, men vil lære ulike måter og teknikker for å forholde seg til symptomene på en måte som gir bedre mestring. Grande og Jensen definerer kognitiv terapi som samtaleterapi hvor målet er forbedring av mestring og livskvalitet og redusert lidelse, gjennom at brukeren får hjelp til å forstå seg selv og egne reaksjoner bedre. Kognitiv terapi tar utgangspunkt i at følelser og adferd påvirkes av måten brukeren oppfatter og bearbeider informasjon på, og samtaleterapien bygger på ulike grunnleggende elementer for en strukturert rekkefølge (Grande & Jensen, 2016, s.15-18). Terapien bør også bygge på 1) en terapeutisk relasjon tuftet på aksept, støtte og samarbeid, 2) en liste over problemer utviklet i samarbeid mellom brukeren og terapeuten over symptomer og mål, 3) psykoedukasjon og normalisering av symptomer, 4) bruk av kognitive og adferdsmessige metoder for positive og negative symptomer og 5) en mestringsplan som kan benyttes for å forebygge tilbakefall (Grande & Jensen, 2016, s.71). De grunnleggende elementene innenfor kognitiv terapi, definert av Grande og Jensen (2017), er:

- Veiledet oppdagelse er når terapeuten eller behandleren stiller åpne spørsmål for å få frem nyanser og alternative tilnærminger til en situasjon brukeren finner ubehagelig eller problematisk. Behandleren gjør bruk av aktiv og empatisk lytting, presise tilbakemeldinger og oppsummering underveis og til slutt, gjerne med brukerens egne ord. Målet med slik kommunikasjon er at brukeren selv skal komme frem til ny forståelse og tolkning av situasjonen eller følelsene.

- Samarbeid, der idealet er et likestilt forhold innenfor etiske og behandlingsmessige rammer; brukeren er ekspert på seg selv, mens behandleren best kjenner til hvilke metoder som egner seg i den individuelle situasjon.
- Genuin interesse og nysgjerrighet fra behandlerens side, samt et fokus på her-og-nå.
- Den terapeutiske relasjonen settes som forutsetning for at kognitiv terapi skal ha god effekt. Relasjonen bør være preget av fortrolighet, gjensidig tillit og respekt. Vel så viktig som den terapeutiske relasjonen er at terapien er målrettet og problemfokuset, altså at behandler og bruker er tydelige på og enige om hva målet for terapien skal være.

Utover dette inkluderer kognitiv terapi også psykoedukasjon, hjemmeoppgaver samt at terapien er tuftet på kunnskapsbaserte metoder. Terapien bør være individuelt tilpasset, da grunnlaget for kognitiv terapi er at hvert menneske er unikt med sin egen livshistorie og sine egne måter å reagere på (Grande & Jensen, 2016, s.15-18).

3.4 Salutogenese

Salutogenese er en teori hvor man har fokus på hva som fremmer god helse, og som gir individer en følelse av økt mestring og velvære. Den salutogene forståelsen omhandler holdningen til livet, eller evnen til å håndtere stress og uventede forhold. Sosiologen Aaron Antonovsky (1923-1994) kalte denne tilnærmingen «sense of coherence», heretter forkortet SOC (Lønne, 2019). Slik jeg tolker Antonovsky henger SOC tett sammen med egenomsorgsbehov- og evner i det at med god mestring kommer god egenomsorg.

Langeland (2009) beskriver hensikten med en salutogen tilnærming som ikke bare å kunne behandle symptomer, men også å gjøre mennesker i stand til å leve optimalt med sine psykiske helseplager. Salutogen tilnærming baserer seg på at hvordan mennesker opplever sin virkelighet i form av begripelighet, håndterbarhet og mening (SOC) gir utslag i helse og velvære. Teorien er opptatt av ulike grader av helse og søker etter faktorer som gir høyere grad av funksjon (et positivt helsebegrep). Det motsatte av salutogen teori er der mennesker blir klassifisert som friske og/eller ved god helse ved fravær av sykdom (et negativt helsebegrep). Salutogen teori vektlegger aktiv adaptasjon, eller å skreddersy behandlingstilbudet, som et ideal i behandling av mennesker med psykiske lidelser (Langeland, 2009, s.289).

Salutogenese fokuserer på brukerens historie fremfor personens diagnose, og det legges vekt på mestringsevnen i historien. I stedet for å fokusere på å minimere risikofaktorer og potensiell motstand tar teorien utgangspunkt i at generelle mestringsressurser kan være helsefremmende i den forstand at de støtter opp om og utfordrer brukerens SOC og derfor kan bidra med mestringsfølelse,

økt forståelse, mening og evne til håndtering av krevende situasjoner. Med andre ord, jo høyere grad av mestringsressurser personen har til rådighet, jo bedre SOC og høyere grad av helse. Brukeren er i aktivt samspill med sine omgivelser, både ytre og indre forhold (Langeland, 2009, s.289-290). Samspillet mellom brukeren og omgivelsene er i stadig forandring, og det er derfor ikke mulig å fastslå nøyaktig hvilke mestringsressurser den enkelte trenger, men personer som har adgang og evne til å benytte seg av mestringsressurser, vil mestre utfordringer og slik få erfaringer som videreutvikler deres SOC (Lønne, 2019). Antonovskys teori vektlegger fire fokusområder for helsemessig forbedring: indre følelser, sosiale relasjoner, å være psykisk stabil samt å involvere seg i givende aktiviteter (Lønne, 2019).

Mestringsressurser kan være kultur, sosial støtte, religion og verdier, god fysisk helse, materielle verdier, mestringsstrategier, kunnskap og andre kognitive ressurser, egoidentitet (opplevelsen personen har om seg selv) samt følelse av kontinuitet, oversikt og kontroll. Av disse listes sosial støtte og egoidentitet som særs viktige (Lønne, 2019).

4.0 Resultater

4.1 «Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers»

Artikkelen, som er skrevet av Arthur, Li, Wang og Zou (2014), har identifisert barrierer og tilretteleggende faktorer for egenomsorg hos hjemmeboende pasienter med schizofreni i Kina. Artikkelen omhandler en kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer av 21 mennesker med schizofreni samt 14 omsorgsgivere til disse.

Forfatterne viser til tidligere forskning som forteller oss at psykososiale intervensjoner med fokus på ferdighetstrening og egenomsorg rundt egen sykdom er ansett som viktig og effektivt, og at mestring av eget sykdomsbilde i seg selv er viktig for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ha en aktiv rolle i eget liv. Artikkelen benytter begrepet «self-management», som defineres som å aktivt ta del i håndtering av schizofreni og baserer seg på personens evne til overholdelse av medikamentelle tiltak, følge med på og håndtere psykotiske symptomer, oppsøke og benytte seg av helsetilbud samt å opprettholde sosiale tilknytninger. Artikkelen er relevant for min oppgave da dette dreier seg nettopp om egenomsorg hos pasienter med schizofreni.

Studien fant tre gjennomgående tilretteleggende faktorer for forbedret håndtering av egen sykdom; familie og likesinnede, et positivt forhold til involvert helsepersonell og positiv innstilling til egenomsorg. Barrierer og andre vanskeliggjørende forhold var kunnskapsmangel, økonomiske begrensninger, sosialt stigma og ukoordinerte helsetjenester.

Studien konkluderer med at det trengs mer forskning på området, men at funnene kan være nyttige for oppbyggingen av psykisk helsetilbud og tilrettelegging, samt at det kan være nyttig for sykepleier å kunne bruke denne kunnskapen i planlegging og gjennomføring av intervensjoner, både på individuelt og familiebasert nivå.

4.2 «Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis»

Artikkelen er skrevet av Arthur, Hu, Li, Nolan, Wang og Zou (2013) og tar for «self-management education» som jeg her oversetter til opplæring i egenomsorg, hos mennesker med schizofreni. Opplæring i egenomsorg innebærer både tilførsel av kunnskap og veiledning i praktiske egenomsorgsevner, som for eksempel medisinerer, kartlegge egne symptomer eller å søke hjelp ved behov. Artikkelen er en analyse basert på 13 ulike studier fra ulike land med totalt 1404

deltagere.

Artikkelen tar høyde for at ulike land har ulike prosedyrer og tilgang på helsetjenester, men finner likevel at deltagerne i studiene som mottok opplæring i egenomsorg hadde 46% mindre sjanse for å oppleve tilbakefall, 45% mindre sjanse for ny innleggelse på sykehus og var bedre på å følge medikamentrutiner. Antallet intervensjoner er også analysert, og analysen kommer frem til at personer som får fler enn ti økter med opplæring i egenomsorg også fungerte bedre i forhold til de nevnte prosenttallene. Analysen kan ikke fastslå at de samme menneskene også opplevde økt psykososial funksjon da variablene for å måle dette varierte fra studie til studie, men forfatterne mener likevel kunne å se fra omtrent halvparten av studiene at deltagerne som mottok opplæring i egenomsorg opplevde økt psykososial funksjon.

4.3 «A Review of the effectiveness of interventions aimed at understanding the content and meaning of the experience of voice hearing»

Artikkelen er skrevet av Cat Chadwick og Steve Hemingway (2017) og tar for seg stemmehøring som eget symptom. Forfatterne ønsker å se på effekten av å behandle stemmehøring som en isolert problematikk ved hjelp av kognitiv terapi, og hvorvidt det er hensiktsmessig at sykepleiere som jobber innenfor psykisk helse benytter seg av slik terapi. Artikkelen er en litteraturstudie basert på fem ulike forskningsartikler som møtte inklusjonskriteriene og som er funnet gjennom databasesøk og manuelle søk.

Chadwick og Hemingway mener å se tentative bevis som peker mot at det å hjelpe brukeren til å konstruere et narrativ for slik å forstå stemmene de hører, produserer positive resultater både for brukeren og behandleren. De viser også til tall som viser at brukere med stemmehøring som er brukere av psykiatriske helsetjenester føler at sykepleierens intervensjon ville vært mer hjelpsom dersom de undersøkte innholdet og meningen bak stemmene i større grad enn de gjør til dags dato. Slik kan sykepleiere som ignorerer innholdet i stemmehøring bli regnet som en barriere istedenfor en helsefremmende faktor i møte med brukeren. Forfatterne mener derfor at sykepleiere i psykiatrien bør tørre å hjelpe brukeren til å utforske egen stemmehøring.

Artikkelen trekker også frem etiske utfordringer ved slike intervensjoner, samt viktigheten av varsomhet og vurdering av intervensjon på individnivå da man risikerer at brukeren opplever forverring istedenfor forbedring. Forfatterne spesifiserer ikke hva som kan forårsake forverring eller forbedring. Chadwick og Hemingway konkluderer på bakgrunn av studiene de har tatt med at etisk forsvarlig utforskning av innhold og mening i stemmehøring kan være et godt tillegg til eksisterende sykepleierintervensjoner innenfor psykisk helse. De konkluderer også med at det

kreves mer forskning og kunnskap rundt hva som skaper stemmehøring, ulike terapiformer og hvordan knytte innhold og mening i stemmene til brukerens tidligere livserfaringer.

4.4 «Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse»

Artikkelen er skrevet av Eva Langeland (2009) og tar for seg teori om «sense of coherence» (forkortet SOC) og salutogenese som tilnærming i behandling av ulike helseproblemer, inkludert schizofreni. Artikkelen er fagfellevurdert og basert på en prospektiv og randomisert studie med ulike spørreundersøkelser der utvalget av subjektene besto av 107 hjemmeboende personer med psykiske helselidelser. Hensikten med studien var å se på hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidro mest til en positiv utvikling av SOC og SOC's evne til å forutsi endring i livskvalitet over tid.

Spørreskjemaene som deltagerne svarte på omhandlet ulike komponenter som livskvalitet, SOC, relasjoner og materielt velvære, helse og funksjon, sosial- og samfunnsengasjement, og også sykdomsbilde og symptomer som angst, depresjon, tvangsadferd, paranoide ideer og psykotiske symptomer. Studien viste at over 80 prosent av deltagerne rapporterte om symptomer som på grunn av sin intensitet virket belastende og kunne hindre eller vanskeliggjøre hverdagslige aktiviteter. Resultatene fra undersøkelsen viser at brukere som opplevde høyere grad av sosial støtte også viste tendens til å score høyere på SOC, og lavere på symptombelastning. Videre antyder undersøkelsen at brukere med høyere SOC opplevde høyere grad av livskvalitet, og at dette er målbart over en tidsperiode (i dette tilfellet ett år). Langeland hevder at intervensjon, i dette tilfellet samtalegrupper, basert på salutogene prinsipper resulterte i en signifikant forbedring av 69 prosent av de deltagende brukernes SOC, i tillegg til at brukerne selv opplevde samtalegruppen som nyttig for dem og deres psykiske helse i hverdagsmestring. Gruppesamtalene var et ledd i et intervensjonsprogram på 16 møter med mål om å styrke brukernes SOC, ved å øke deltagerens bevissthet om eget potensial, indre og ytre ressurser som for eksempel personlige kvaliteter, mestringsevne og sosial støtte, og muligheten for å benytte seg av disse.

Langeland konkluderer med at en salutogen tilnærming til helseforbedring innenfor psykisk helse er av stor betydning. Terapeutens rolle i dette går ut på å være en samtalepartner, hvor kvaliteter som positiv og ubetinget aksept, empati og ekthet må være grunnleggende. Kunnskapsgrunnlaget må dreie seg om skreddersydde behandlingsopplegg der fokus må være på å redusere hindringer samtidig som man styrker indre og ytre ressurser, samt å øke positiv selvforståelse og SOC, som slik vil gi høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon. Langeland skriver at det trengs mer forskning, både av kvalitativ og kvantitativ art, for å kunne øke kunnskapsgrunnlaget rundt salutogenese og positiv psykisk helse.

5.0 Diskusjon

5.1 Egenomsorg og psykisk helse

5.1.1 Egenomsorgsbehov og schizofreni

Hvilke egenomsorgsbehov ser man hos mennesker med schizofreni? Ifølge Aarre (2018) blir kun 25% av dem som får diagnosen schizofreni helt friske. Uavhengig av hvordan man ser på årsakene til schizofreni, har ingen av teoriene ført til imponerende behandlingsmetoder – mange har nytte av medisiner, men ikke alle. Noen synes psykoterapi fungerer for dem, mens andre ikke ser poenget. Aarre legger til at mange kan, gjennom behandlingen de får, forebygge nye psykotiske episoder, lindre symptomtrykket og slik få høyere livskvalitet og bedret funksjon, men at de færreste blir helt friske (Aarre, 2018, s.56). Dette forteller oss at mesteparten av personer med schizofreni lever resten av livet sitt med plagsomme symptomer i større eller mindre grad - evnen til egenomsorg blir således svært viktig ettersom tiltak og mål rundt egenomsorg kan sies å skulle være livet ut for personen det gjelder.

I en spørreundersøkelse gjennomført av Torleif Ruud, gjengitt av Aarre (2018), ble 67 mennesker som var blitt utskrevet etter psykose spurt om hvilke behov de følte ikke var dekket i deres daglige liv. De fleste oppgav manglende sosial kontakt, dårlig fysisk helse, dårlig økonomi, manglende meningsfull sysselsettelse og savnet av å ha noen å være glad i. Samtidig rapporterte de at de psykiske plagene, som for eksempel stemmehøring og andre typiske psykotiske symptomer, opplevdes som mindre problematiske. Aarre konkluderer med dette at mennesker med psykiske helseplager trenger og ønsker det samme som alle andre mennesker for å oppleve å ha et harmonisk liv. Slik vil de også bedre kunne håndtere de psykiske helseplagene de har (Aarre, 2018, s.57-58). Med andre ord: symptomer og sykdom skal tas på alvor og behandles best mulig, men i stor grad ønsker de fleste brukerne med schizofreni det samme som friske mennesker ønsker i livet sitt.

Orem, tolket av Cavanagh (2008), beskriver en rekke helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov som kan oppstå i tillegg til de universelle omsorgsbehovene; blant annet å kunne sørge for å få hensiktsmessig hjelp ved behov, kunne utføre terapeutiske og rehabiliterende handlingen som legen har forordnet, kunne justere egenverd og selvbilde ved aksept av egen helsetilstand og å lære seg å leve med bivirkninger eller symptomer i en livsstil som fremmer videre personlig utvikling (Cavanagh, 2008, s.23-24). Vi kan anta at de fleste helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er aktuelle for de fleste brukere med schizofreni, men vi kan også anta at evnen til å utføre egenomsorgstiltakene rundt disse behovene er svært varierende fra individ til individ, og er

avhengig av ulike symptomer og symptomtrykk.

5.1.2 Egenomsorgevne og ressurser

Hva betyr egentlig egenomsorg for en person med schizofreni, og benytter denne brukergruppen seg av sine egenomsorgsevner? Vi må spørre oss hva som gir best mulig funksjon hos brukere som bor i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser.

Dersom man overfører Orems teori i sin helhet til bruk for mennesker med schizofreni, kan det oppfattes som ganske ambisiøst, og regelrett uoppnåelig i noen tilfeller. Orem, tolket av Cavanagh (2018) og beskrevet i kapittelet som omhandler Orems teori, lister opp en hel rekke faktorer som må være tilstede for at et individ skal kunne sies å utøve god egenomsorg. Hva er for eksempel fullstendig potensiale for en bruker med schizofreni, slik Orem definerer det? I forhold disse punktene kan man anta at personer med schizofreni har svært varierte og individuelle egenomsorgsevner- og behov.

Cavanagh (2008) skriver at det å ivareta egenomsorg krever flere forskjellige handlinger, som igjen er avhengig av en personlig og bevisst holdning til egenomsorg – å være klar over egen helsetilstand og å kunne tenke rasjonelt rundt denne er nødvendig for å starte en egenomsorgsprosess (Cavanagh, 2008, s.30). I en tilpasset bolig for mennesker med psykiske lidelser vil nivået på slike holdninger og rasjonell tankegang rundt egen helsetilstand være svært varierende, avhengig av brukerens funksjon og symptomtrykk, og det vil være på sin plass å anta at de færreste av brukerne er i stand til å utføre alle punktene som definert av Orem i forhold til egenomsorg. Orems teori sier også at behovene må sees som en helhet før det kan sies at individet utøver god egenomsorg (Cavanagh, 2008, s.20). Vurdert slik vil de færreste brukerne med schizofreni kunne sies å utøve god egenomsorg, også når det dreier seg om de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene.

To brukere med samme sykdom kan håndtere sin situasjon totalt forskjellig, og Aarre (2018) trekker her inn faktorer som mestring av dagliglivet, meningsfulle forhold til medmennesker og opplevelse av tilhørighet, fellesskap og mening som ressurser brukeren har, og som i stor grad vil påvirke hvor godt brukeren takler eget sykdomsbilde (Aarre, 2018, s.56-57). Det kan virke som at forholdet mellom holdning til egen sykdom og ulike ressurser danner en sirkel, der det ene er avhengig av det andre – gode ressurser som mestring, medmenneskelige forhold, tilhørighet og opplevelse av mening danner godt grunnlag for forbedret holdning til egen sykdom, samtidig som rasjonell og god holdning til egen sykdom kan hjelpe til økt egenomsorg for å oppnå eller få tilgang til de samme ressursene. Basert på hvor ulike og individuelle symptomer og egenomsorgsevner hver enkelt bruker har, synes hver enkelt bruker å ha ulikt «inngangspunkt» i denne sirkelen.

Forskning viser heldigvis at en høy prosent av personer med schizofreni fint kan håndtere egen sykdom; ikke bare har de evnen til å fatte beslutninger relatert til medikamenter, men innehar også evnen til å håndtere psykotiske symptomer (Arthur et al., 2014, s.355). Fra egen erfaring vet jeg at brukere med schizofreni innehar evne til, og utfører, egenomsorg, selv om de per definisjon i Orems teori ikke kan sies å utføre god egenomsorg. Men litt egenomsorg er jo bedre enn ingen? Det kan være så enkelt som at brukeren ringer til helsepersonell dersom hen føler at symptomtrykket blir stort – brukeren kartlegger, identifiserer og tar ansvar for egen helsetilstand ved å melde negative endringer til personalet, som slik kan være hjelpelige med omsorg og støtte. Det står klart frem for meg at hos mennesker med schizofreni finnes det ingen fasit på hva som er god egenomsorg, fordi det kan bety så mye forskjellig fra person til person, og at når man som sykepleier skal kartlegge egenomsorgsbehov- og evne hos brukere med schizofreni er det nettopp dette man må ha i tankene; individualitet og mangfold i både symptomer, behov og evner.

5.2 Betydningen av en hjelpende relasjon

5.2.1 Den terapeutiske relasjonen

Hva har den gode relasjonen mellom helsepersonell og bruker å si for arbeidet rundt egenomsorg og ulike behov? Arthur m.fl. (2014) identifiserte i sin studie tre tilretteleggende faktorer for økt egenomsorg, hvorav en av faktorene var et positivt forhold til helsepersonell (Arthur et al., 2014, s.360). Hoem og Vatne (2008) trekker frem i sin artikkel at forskning på psykoterapi de siste tiårene peker på forholdet mellom bruker og behandler, den terapeutiske relasjonen, som den viktigste faktoren for tilfriskning i tillegg til terapeutiske teknikker. Videre viser de til gjennom kontrollerte studier at jevnbyrdighet, empati, varme, forståelse og aksept som grunnleggende faktorer i kommunikasjon mellom bruker og behandler i psykoterapeutiske samtaler, fremmer et positivt tillitsforhold mellom bruker og behandler (Hoem & Vatne, 2008, s.691).

Grande og Jensen (2016) definerer det å bygge den terapeutiske relasjonen som førsteprioritet som overstyrer alle andre intervensjoner, og hevder at det ikke er mulig å jobbe med terapeutisk endring uten at den terapeutiske relasjonen er god, ettersom brukerens opplevelse av kvaliteten på relasjonen er utslagsgivende for utbyttet av terapien (Grande & Jensen, 2016, s.74).

Aarre (2018) skriver at mye av effekten av psykoterapi kan tilskrives den terapeutiske relasjonen mellom behandler og bruker, og at det ofte er viktigere for brukeren hvordan psykoterapien foregår, enn hva som foregår. En god terapeut er empatisk og varm, bryr seg om brukeren, gir håp og skaper økt bevissthet rundt mønstre i adferd og følelser hos brukeren – slike

terapeuter oppnår gode resultater nesten uavhengig av terapiform (Aarre, 2018, s.69-70).

Behandlere som fremstår rigide, usikre, kritiske og lite involverte blir antatt å være dårligere og mindre effektive i en psykoterapeutisk situasjon (Hoem & Vatne, 2008, s.691).

Det er altså med den terapeutiske relasjonen vi må starte for å kunne kartlegge, igangsette tiltak og ellers hjelpe brukeren med egenomsorgsbehov de ikke nødvendigvis klarer å møte selv.

5.2.2 Relasjon i praksis

Det er stor enighet i fagmiljøet rundt viktigheten av den terapeutiske relasjonen og hva som skal til for å skape den gode relasjonen. Men hva betyr det i praksis? Bradshaw og Mairs (2011) peker på at det kan være vanskelig å initiere den terapeutiske relasjonen med en bruker med schizofreni, avhengig av hvilke symptomer brukeren for øyeblikket opplever og hvor fremtredende disse er. Oppbygging av tillit kan være vanskelig dersom brukeren for eksempel hører stemmer som forteller hen at hen ikke skal svare på spørsmål, eller at noe fælt vil skje med hen dersom hen prater med helsepersonell. Dersom brukeren opplever kraftige negative symptomer kan energi og konsentrasjonsevne være forringet og slik vanskeliggjøre samtale og samspill med behandler (Prymachuk, 2011, s.195). Det er ikke derfor sikkert at hvert møte føles like konstruktivt, eller at man som helsepersonell føler at man kommer noen vei. Som helsepersonell kan vi også oppleve at brukere som fremsto som i fin form og mottagelige for samspill i går, kanskje er på et annet sted psykisk dagen etter, og at alle forsøk på samvær blir møtt med paranoia, frykt og sinne. Aarre (2018) skriver at vi som helsepersonell må legge mye vekt på å styrke den terapeutiske relasjonen, ettersom relasjonen bør være bygget på tillit og respekt og være sterk nok til å tåle eventuelle kriser som måtte oppstå (Aarre, 2018, s.69-70).

I fagstoff og forskning finner vi også bred enighet om at å bygge den terapeutiske relasjonen tar tid, og ofte enda lengre tid når det kommer til personer med schizofreni (Prymachuk, 2011, s.195). Når man jobber som helsepersonell i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser har man en fordel, i det at brukerne ofte bor der i flere år om gangen – slik vil man ha tilgang på tid som en ressurs i dannelsen av en god relasjon, samtidig som at brukeren kanskje vil oppleve kontinuitet og stabilitet når de får tiden til å bli komfortable og kjent med de samme pleierne over tid.

5.2.3 Terapi eller egenomsorg?

Hva er egentlig en typisk terapeutisk situasjon hvor prinsippene om tillitsbygging, relasjon og samarbeid kan komme til nytte? Prymachuk (2011) slår fast at som helsepersonell er det viktig å ikke haste igjennom kartleggingsmetoder og spørsmål, men ta seg tiden til samtale om ikke-

psykiatriske tema (Prymachuk, 2011, s.195). I tillegg har mennesker med psykiske lidelser et like stort behov som friske mennesker for å bli møtt med respekt, ha muligheten til selvbestemmelse og personlig frihet. Mennesker med psykiske helselidelser har behov for helsepersonell og fagpersoner med et holistisk syn på mennesket, som ser at brukeren er unik både med tanke på ressurser og livserfaringer. Dette fordrer fagfolk som tilpasser seg den enkelte bruker i dennes uttrykk og behov (Aarre, 2018, s.58-59). Som helsepersonell for brukere i tilpasset bolig kan hvert møte ha elementer av terapi – fra første møte har man igangsatt prosessen med å bygge en terapeutisk relasjon, selv om man bare er der for å hjelpe med oppvasken. Sosial ferdighetstrening kan også være en tur på butikken sammen. Brukerne kan ha interesser og behov som kan benyttes i en individuell plan med individuelle mål for både terapeutiske intervensjoner og egenomsorg.

Brukere som føler seg sett og verdsatt i møte med en varm og empatisk behandler vil kunne oppleve meningsfull kontroll over situasjonen de er i. Ved å bli møtt på at egne tanker og følelser er viktige og gyldige kan brukeren oppleve å bli subjekter i eget liv, og ved å bli anerkjent som tenkende og følende individer vil de kunne få tilbake eller styrke evnen til selvrefleksjon (Hoem & Vatne, 2008, s.691). Dette vil igjen kunne føre til økt refleksjon rundt egenomsorg, i tillegg til at svært mange terapeutiske intervensjoner og tiltak også kan dekke ulike egenomsorgsbehov som brukeren måtte ha.

5.2.4 Relasjonen som ressurs i egenomsorg

I henhold til salutogen teori snakker Langeland (2009) om skreddersydde behandlingsopplegg med fokus på å styrke indre og ytre ressurser og å øke positiv selvforståelse og SOC, altså holdninger for å takle stress og uventede forhold. Dersom en bruker kan sies å ha god effekt av en salutogen tilnærming, vil dette gi brukeren høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon (Langeland, 2009, 295). Med andre ord, god egenomsorgsevne. For å forbedre sin SOC kan brukeren ha hjelp av ulike og individuelle mestringsressurser, for eksempel sosial støtte, mestringsstrategier eller tilegnet kunnskap. Jo flere mestringsressurser en bruker har, jo bedre SOC, og dermed bedre egenomsorgsevne (Langeland, 2009, s.289-290). Slik kan man også definere både sykepleieren og den terapeutiske relasjonen hen har med brukeren som mestringsressurser i brukerens arbeid mot god egenomsorgsevne.

5.3 Stemmeutforskning og kognitiv terapi

5.3.1 Stemmehøring – en trussel mot egenomsorg?

Som tidligere nevnt er det rundt 70% av mennesker med schizofreni som opplever å høre stemmer og andre hørselshallusinasjoner (Hugdahl et al., 2008, s.2). Mennesker med schizofreni som er plaget av stemmene sine opplever ofte stemmene som mektige, kontrollerende og med onde hensikter, og vil gjerne utføre handlinger hvis hensikt er å nøytralisere eller redusere makten til stemmen (Grande & Jensen, 2016, s.132-133). Slik adferd kalles trygghetsadferd, og går ut på å unngå ubehagelige eller skremmende situasjoner, for eksempel ved å holde seg inne i hjemmet istedenfor å gå på butikken, fordi stemmene forteller hen at dersom hen går på butikken kan de som jobber der skade hen (Grande & Jensen, 2016, s.33). Trygghetsadferd vil gjøre at personen føler seg tryggere i den aktuelle situasjonen, men på sikt vil ikke personens oppfatning av stemmen endres. Tvert i mot vil stemmen få større kontroll ettersom personen ikke får undersøkt hva som hadde skjedd hvis hen allikevel hadde oppsøkt denne ubehagelige situasjonen, og truslene vil fortsatt oppfattes som reelle (Grande & Jensen, 2016, s.132-133).

Stemmehøring kan bidra til alvorlige ting, som selvskading – fra egen erfaring i akuttpsykiatrien har jeg møtt pasienter som kuttet seg selv, eller forsøkte å henge seg, ikke fordi de hadde et ønske om å dø, men fordi stemmen fortalte hen at den skulle drepe familien dersom pasienten ikke hang seg selv. For en bruker i tilrettelagt bolig vil plagsom stemmehøring kunne skape nye egenomsorgsbehov, dersom brukeren for eksempel ikke kommer seg til butikken for å handle mat, og dermed ikke spiser ordentlig. Eller isolerer seg fra venner og familie fordi stemmen befaler det.

5.3.2 Betydningen av stemmene

Chadwick og Hemingway (2017) peker på at inntil ganske nylig har sykepleiere blitt fortalt at man skal avfeie stemmehøring som noe meningsløst for ikke å forsterke brukerens vrangforestillinger. Så nylig som i 1987 lærte britiske sykepleiere at «brukeren må lære seg å nedvurdere sine hallusinasjoner», og at sykepleieren «må unngå å forsterke brukerens brudd med virkeligheten» (Chadwick & Hemingway, 2017, s.2).

I dag ser vi annerledes på det; man antar at stemmehøring har sammenheng med et menneskes opplevelser og livserfaringer, men man vet ikke hvordan de er knyttet sammen (Chadwick & Hemingway, 2017, s.2). Innhold og mening i stemmene tillegges mer vekt; psykiater Dag Coucheron sa at «man ofte finner forbløffende sammenhenger mellom pasientens tidlige

opplevelser og symptomer som stemmehøring. I blant kan man oppnå en plutselig og selvfølgelig forståelse av pasientens måte å bearbeide eksempelvis tidlige tiders traumatiske opplevelser (...) Stemmehøring er ofte å betrakte som et særdeles verdifullt tilskudd til vår forståelse av den enkelte pasients sinn, forhistorie og patologi» (Coucheron, 2015). Dette samsvarer med hva Chadwick og Hemingway (2017) mener når de vektlegger viktigheten av å utforske innholdet og betydningen i hva stemmene sier for den enkelte bruker. De viser til at kvalitativ forskning på forbedring av psykotiske symptomer har funnet at følelsen av forbedring ligger i at brukeren lærer å forstå og håndtere psykotiske opplevelser (Chadwick & Hemingway, 2017, s.8).

Kognitiv terapi tar sikte på å redusere negative opplevelser av stemmehøring ved å undersøke hva brukeren selv tenker om stemmene de hører. Chadwick og Hemingway hevder at innhold og mening i stemmene har vist seg å være en utløsende faktor for når en bruker har behov for psykiatrisk intervensjon, og at innholdet bedømmer hvor stor belastning brukeren opplever (Chadwick & Hemingway, 2017, s.2). Har man en slik tilnærming kan det dukke opp nye muligheter og verktøy kartlegging av brukerens mentale tilstand. Målet med stemmeutforskning gjennom kognitiv terapi er å forbedre forholdet mellom brukeren og stemmene, øke brukerens forståelse av meningsinnholdet i stemmene og slik støtte brukeren til å respondere annerledes og bedre. Dette samsvarer med Orems egenomsorgsbehov som omhandler å kunne behandle eller kontrollere sykdom og virkningene av sykdom, samt at dersom brukeren gjennom kognitiv terapi kan redusere ubehag og kontroll stemmene har over hen, er det kanskje lettere å ivareta andre dagligdagse egenomsorgsbehov.

5.3.3 Terapeutiske utfordringer

Til tross for at kognitiv terapi regnes som en god behandlingsmåte for brukere med schizofreni, er det ikke alltid man som sykepleier lykkes i sine forsøk. Brukeren selv kan nekte å samarbeide av personlige grunner, eller opplever et så sterkt symptomtrykk at hen ikke er mottagelig for intervensjon. Grande og Jensen (2016) nevner ulike terapeutiske utfordringer, som for eksempel at brukeren ofte opplever at stemmene blir mer intense og truende i begynnelsen av terapien, og at dette medfører sterkt ubehag for brukeren. Eller brukeren har manglende tro på at behandlingen skal fungere, og vil derfor unnlate å fortelle om symptomer. Brukeren kan føle at relasjonen mellom hen selv og sykepleieren ikke er sterk nok, og har ikke tillit nok til å være så åpen og ærlig som fremgangen i terapien trenger. Noen brukere har også tidligere erfaringer med å få endret medikamenter eller bli innlagt under tvang dersom de forteller om symptomer, og vil derfor motsette seg terapien. I møte med dette er det viktig at sykepleier validerer brukerens opplevelse gjennom respekt og forståelse for dennes tanker og følelser, da det eneste man oppnår ved å presse

brukeren er utrygghet og motstand fra brukeren (Grande & Jensen, 2016, s.82-83).

5.3.4 Kan sykepleier utføre kognitiv terapi?

Fredheim (2009) definerer kognitiv terapi som et eget fagområde som krever spesiell kompetanse, og bemerker at det tidligere har vært diskusjon angående i hvilken grad alle yrkesgrupper innenfor psykisk helse er egnet til å utføre terapien, samt at det har blitt hevdet at enkelte av intervensjonene kan skape kliniske utfordringer som det kreves terapeutisk kompetanse for å mestre. Likevel mener majoriteten nå at sykepleiere og andre ansatte kan benytte seg av de kognitive verktøyene på samme måte som psykologer og psykiatere gjør, ettersom svært vanskelige tilfeller uansett vil bli ivaretatt av et tverrfaglig team (Fredheim, 2009).

Hallberg og Ørbeck (2006) skriver i sin artikkel at kognitiv terapi som metode ikke lenger bør være forbeholdt leger og psykologer, og peker på at utdanning i kognitiv terapi for sykepleiere har økt i omfang samt at flere høyskoler har begynt å etterspørre relatert undervisning i pensum. De trekker også frem at innenfor psykisk helsevern har yrkesgrupper med 3-årig utdanning, for eksempel sykepleiere, fått større individuelt ansvar for oppfølging av behandling og rehabilitering av pasienter, og Hallberg og Ørbeck ser derfor ingen grunn til at disse yrkesgruppene ikke skal læres opp i metoder innenfor kognitiv terapi. Hallberg og Ørbeck konkluderer med at det er ønskelig at opplæring i kognitive metoder blir tilgjengelig for studenter og ved institusjoner innenfor psykisk helsevern, ettersom metodene kan anvendes av alle yrkesgrupper, dog på noe ulike måter (Hallberg & Ørbeck, 2006).

Er man sykepleier for brukere med schizofreni som ønsker å ta i bruk kognitive metoder med mål om å bedre evne til egenomsorg, er det viktig å ta innover seg de yrkesetiske retningslinjenes følgende punkter:

- 1.7 Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.
- 2.4 Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.
- 2.5 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

(Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Ytterligere utdanning innenfor kognitive teknikker synes som den beste løsningen dersom man som sykepleier ønsker å kunne tilby brukeren dette som et ledd i forbedret egenomsorgsevne, men det er allikevel mange elementer innenfor kognitiv terapi som brukeren kan ha nytte av enkeltvis eller som tilnærming til samtale. Hallberg og Ørbeck (2006) beskriver teknikkene som ufarlige fordi

pasienten gjennom aktiv deltagelse i egen behandling opplever mer kontroll over sin situasjon, og at tilnærmingen motvirker følelse av avmakt og hjelpeløshet (Hallberg & Ørbeck, 2006). Grande og Jensen (2016) påpeker viktigheten av å informere brukeren på at det er hen som har kontroll i en terapeutisk samtale; brukeren bestemmer fokus, sykepleieren åpner ikke nye tema som brukeren ikke har samtykket til, og brukeren kan selv avslutte et tema og skifte fokus når hen selv ønsker (Grande & Jensen, 2016, s.83). Klarer man å samarbeide om refleksjonsprosesser; det å kunne undre seg sammen om hva som skjer i konkrete situasjoner, kan man med åpne og undrende spørsmål øke evnen til selvrefleksjon. Slik vil man som helsepersonell også være tilstede emosjonelt sammen med brukeren, bygge tillit, og kanskje etterhvert skape bedre grobunn for kognitiv terapi dersom forholdene ligger til rette for det.

5.4 Opplæring i egenomsorg – en sykepleieroppgave

Hvordan identifiserer man om en bruker har behov for hjelp av sykepleier i forhold til egenomsorg? Orem, via Cavanagh (2008) definerer en pasient, eller i vårt tilfelle bruker, i behov av assistanse fra sykepleier gjennom tre betingelser; 1) det må finnes egenomsorgsbehov som må møtes av en annen enn brukeren selv, 2) det må foreligge en viss evne til egenomsorg, om så bare bare at brukeren ønsker å bli selvhjulpen, og det må foreligge potensiale for egenomsorg og 3) det må foreligge en ubalanse mellom brukerens egenomsorgsbehov og egenomsorgsevner, enten på nåværende tidspunkt eller i fremtiden (Cavanagh, 2008, s.32). Basert på disse betingelsene kan sykepleier evaluere og kartlegge behovet for sykepleiehandlinger tilpasset de ulike brukerne.

Psykoeduksjon er en metode sykepleier kan benytte seg av i arbeidet med forbedret egenomsorgsevne. Psykoedukasjon kan utføres av leger, psykologer, sykepleiere, ergoterapeuter, sosionomer samt øvrig personell som er kvalifisert, og brukere med psykosesymptomer oppgir at de opplever det som positivt å motta denne kunnskapen (Hansen et al., u.å.). Arthur m.fl. (2013) skiller mellom psykoedukasjon og opplæring i egenomsorg (self-management education), da begge er nyttige verktøy i en behandlingsplan, men psykoedukasjon alene synes ikke å være nok til å hjelpe personen å best mulig overføre kunnskapen hen får til sykdommen. Opplæring i egenomsorg innebærer derimot både tilførsel av kunnskap og praktiske egenomsorgsevner: Mueser og McGurk, gjengitt av Arthur m.fl. (2013), forklarer at dersom opplæring i egenomsorg skal være effektiv må den inneholde fire fokusområder; personens evne til konsekvent medisinerer, gjenkjennelse av tidlige varseltegn, utvikling av en kriseplan samt mestringsevner for kroniske symptomer som for eksempel medisinerer, kartlegge egne symptomer eller søke hjelp ved behov. I tillegg skal

opplæringen bidra med emosjonell støtte slik at personen bedre klarer å håndtere egen sykdom og leve et mest mulig funksjonelt liv (Arthur et al., 2013, s.257). Dersom man som sykepleier gjennom kunnskapsformidling og støtte kan bidra til at brukere for eksempel evner å gjenkjenne faretegn på symptomer, vil dette hjelpe brukeren til å kunne ivareta Orems definisjon rundt egenomsorg som gjelder behandling, forebygging og skade av sykdom. Opplæring i egenomsorg som definert av Arthur m.fl. (2013) gjenspeiler følgende av Orems hjelpemetoder som sykepleiehandlinger under teorien om egenomsorg:

- å veilede en annen
- å støtte en annen, fysisk eller psykisk
- å undervise (Cavanagh, 2008, s.33).

Arthur m.fl. (2013) viser til et større utvalg studier der man har funnet at personer som mottar opplæring i egenomsorg generelt sett opplever økt evne til egenomsorg, og at sjansen for tilbakefall var redusert med 46% etter opplæringen (Arthur et al., 2013, s.267). Disse tallene forteller en svært positiv historie, og er absolutt noe man som sykepleier kan ta med seg i møte med brukeren, pårørende og arbeidsplassen, men det er ikke nødvendigvis slik at opplæring i egenomsorg gir umiddelbare resultater, eller at alle brukere er mottagelige for slik intervensjon. Aarre (2018) hevder at fordi brukere er så forskjellige og stiller med så individuelle ressurser vil man som sykepleier kanskje måtte akseptere at brukeren må leve med sine plager, eller at skadebegrensning er det høyeste målet man vil oppnå (Aarre, 2018, s.56-57). Utfordringen for sykepleier ligger da i å kunne identifisere hvilke aspekter ved brukerens liv man har mulighet til å kunne hjelpe med, for best mulig egenomsorg basert på brukerens individuelle behov og utgangspunkt.

Dersom man har jobbet i psykiatrien vet man at det ofte kan føles som at man tar et skritt frem og to tilbake. Schizofrene brukere kan være en kompleks og krevende gruppe å jobbe med. Aarre (2018) påpeker at det er viktig at man som helsepersonell ikke blir utslitt og maktesløs i møte med symptomer og situasjoner man i liten eller ingen grad kan gjøre noe med, men heller fokuserer på elementer og områder i livet til brukeren der man kan være til hjelp. Aarre trekker også frem at i tillegg til å ha kunnskap om ulike behandlingsmetoder og effekten av disse, må helsepersonell også ha med seg kunnskap om svakhetene i de ulike behandlingsformene for slik å ikke skape et urealistisk bilde av hva som kan oppnås hos den individuelle brukeren. Aarre presiserer at det å være klar over svakheter og være forberedt på at behandlingen kanskje ikke virker, ikke er et argument for ikke å gi brukeren det best mulige behandlingstilbudet, som tross alt har vist seg nyttig gjennom forskning og vitenskapelige studier. Aarre åpner for arbeidsmetoder som ikke nødvendigvis faller innunder tradisjonelle helsetjenester, på grunnlag av at så lenge brukeren er plaget, så er ikke arbeidet fullført (Aarre, 2018, s.56-57).

Som sykepleier kan man ikke si at jobben er gjort selv om brukeren har fått benytte seg av

det beste tilgjengelige behandlingstilbudet, dersom brukeren ikke er blitt frisk. Dette blir spesielt tydelig i møtet med den schizofrene brukeren, med alle sine variasjoner av symptomer, symptomtrykk, omsorgsevner- og behov, der sykepleierens evne til helhetlig menneskesyn, veiledende omsorg og evne til relasjonbygging synes å være særs viktig.

6.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne bidra til økt egenomsorg hos brukere med schizofreni som bor i tilrettelagt bolig for mennesker med psykiske lidelser er den terapeutiske relasjonen alfa og omega. Når sykepleier og bruker har en relasjon bygget på tillit, empati, respekt og likeverd er mulighetene og sjansen for effektfulle sykepleieintervensjoner til stede i større grad. Uten den terapeutiske relasjonen står man på stedet hvil i sitt kognitive samspill med brukeren. I dannelsen av den terapeutiske relasjonen, samt i sykepleietiltak rettet mot økt egenomsorg, er det nyttig for sykepleier å anvende en salutogen tilnærming, der sykepleier selv kan sees på som en mestringsressurs for brukeren. Orems egenomsorgsteori fremstår som noe ambisiøs i forhold til den schizofrene brukeren, samtidig som den er aktuell for mange schizofrene brukere, og Orems hjelpemetoder som definert i den samme teorien er gode indikatorer på om brukeren er i behov av hjelp fra sykepleier der andre kartleggingsmetoder kanskje kommer til kort. Økt fokus på utforskning og refleksjon rundt innhold og mening i stemmehøring kan bidra til økte egenomsorgsevner hos brukeren. Opplæring i egenomsorg gir gode resultater over tid, men tid er en ressurs hovedsakelig i langtidsbehandling. Schizofreni er en sammensatt, variert og kompleks lidelse og det er derfor vanskelig å definere konkrete sykepleietiltak – sykepleierens evne til helhetlig menneskesyn, individuell behandling av individuelle brukere og fokus på brukerens egne ressurser er derfor en nødvendighet.

All forskning jeg har funnet frem til konkluderer med at det trengs mer forskning på de ulike metodene og tilnærmingene innenfor kognitiv terapi, salutogenese og positiv psykisk helse samt sammenhengen mellom stemmehøring og personlige livserfaringer hos den enkelte bruker.

7.0 Litteraturliste

Aarre, T. F. (Red.). (2018). *Psykiatri for helsefag* (2.utg). Fagbokforlaget.

Arthur, D., Li, Z., Wang, H. & Zou, H. (2014). Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2014(23), 355-363. <http://doi.org/10.1111/inm.12055>.

Arthur, D., Hu, L., Li, Z., Nolan, M. T., Wang, H. & Zou, H. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2013(22), 256-271. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x>.

Cavanagh, S. J. (2008). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Chadwick, C. & Hemingway, S. (2017). A review of the effectiveness of interventions aimed at understanding the content and meaning of the experience of voice hearing. *Mental Health Nursing*, 37(6), 8-14. <https://web-b-ebshost-com.ezproxy.vid.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=5a6256e7-c547-48ac-89a3-78ac839f769b%40pdc-v-sessmgr03>

Coucheron, D. (2015, 9.september). *Psykiatri: om å høre stemmer*. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2013/08/26/psykiatri-om-a-hore-stemmer/>

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fredheim, K. N. (2009, 7.februar). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykiatrisk helsevern. *Psykologtidsskriftet*. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2009/02/implementering-av-kognitiv-miljoterapi-i-akuttpost-i-psykisk-helsevern>

Grande, M. & Jensen, L. H. (2016). *Kognitiv terapi ved psykose*. Universitetsforlaget AS.

Hallberg, M. & Ørbeck, A. L. (2006). Kognitiv terapi gir gode resultater. *Sykepleien*, 2006(11), 46-49. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2006.0018>

Hansen, S. O. B., Kråbøl, A. K., Løvhaug, L., Ofrim, T., Sandberg, M. & Tennås, I. (u.å.). Psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter#preparation>

Harvard Medical School. (u.å.). Schizophrenia. <http://pnl.bwh.harvard.edu/education/what-is/schizophrenia/>

Helsedirektoratet. (Juni 2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS-1957). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>

Hoem, E. & Vatne, S. (2008). Acknowledging communication: a milieu-therapeutic approach in mental health care. *Jan Leading Global Nursing Research*, 61(6), 690-698.
<https://onlinelibrary-wiley-com.ezproxy.vid.no/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2007.04565.x>

Hugdahl, K., Jørgensen, H. A., Løberg, E. M., Specht, K., Steen, V. M. & van Wageningen, H. (2008). Auditory hallucinations in schizophrenia: the role of cognitive, brain structural and genetic disturbances in the left temporal lobe. *Frontiers in human neuroscience*, 2008(1), National Library of Medicine. 10.3389/neuro.09.006.2007

Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 2009(4), 288-296. 10.4220/sykepleief.2009.0143

Lønne, A. (2019, 22.januar). Salutogenese. I Braut, G. S. (Red.), *Store Medisinske Leksikon*.
<https://sml.snl.no/salutogenese>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Yrkesetiske retningslinjer. Nsf.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Prymachuk, S. (Red.). (2011). *Mental Health Nursing: An Evidence-Based Introduction*. Sage Publications Ltd.

Riksaasen, G. (u.å.). En historie om en psykose. Erfaringskompetanse.

<https://erfaringskompetanse.no/erfaring/en-historie-om-en-psykose/>

Wikiquote (2020, 31.mai). Thomas Szasz. Wikiquote. https://en.wikiquote.org/wiki/Thomas_Szasz

8.0 Vedlegg

8.1 Søkehistorikk

Søkeord	Databaser	Begrensninger	Antall treff	Artikkel
Nursing AND psychotherapy AND psychosis	CINAHL via EBSCOhost	Full text. Peer Reviewed. Research article.	13	A review of the effectiveness of interventions aimed at the content and meaning of the experience of voice hearing
Self care or self management AND schizophrenia	CINAHL via EBSCOhost	Peer reviewed. Research article. 2010-2020.	139	Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis.
Sykepleie schizofreni	Sykepleien	forskning	10	Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse
Self care or self management AND schizophrenia	CINAHL via EBSCOhost	Peer reviewed. Research article. 2010-2020.	139	Self-management in Chinese people with schizophrenia and their caregivers: A qualitative study on facilitators and barriers

