

Sigrud Marie Arvesen, 472628
Carina Maanum Engeskaug, 480408

Tilnærming og forebygging av psykose hos pasienter med schizofreni

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Merete Furnes

Mai 2019

Sigrid Marie Arvesen, 472628
Carina Maanum Engeskaug, 480408

Tilnærming og forebygging av psykose hos pasienter med schizofreni

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Merete Furnes
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

 **NTNU**
Norwegian University of
Science and Technology

SAMMENDRAG

Tittel:	Tilnærming og forebygging av psykose hos pasienter med schizofreni	Dato : 16/5-19
Deltaker(e)/	Sigrd Marie Arvesen Carina Maanum Engeskaug	
Veileder(e):	Merete Furnes	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Schizofreni, psykose, forebygging, sykepleier, kunnskap	
Antall sider/ord: 43/10272	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: Ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Psykose er en av de vanligste lidelsene ved schizofreni. Sykepleiere bør ha kunnskap om forebygging av begynnende psykoser, og kunne iverksette tiltak i den prepsykotiske fasen.</p> <p>Hensikt: Undersøke hva sykepleiere kan bidra med for å hindre at psykoser utvikler seg, og hvorfor tilnærming til disse pasientene er viktig.</p> <p>Metode: Litteraturstudien er basert på fagfelleverderte vitenskapelige artikler og faglitteratur som har blitt sett på som relevant for oppgaven. Strukturerte søk ble gjennomført i databasene PsycINFO, Medline (ovid) og Svemed+, samt bruk av PICO-skjema. Snøballmetoden ble også brukt.</p> <p>Resultat: Resultater viser at pasienter med schizofreni trenger støtte og oppfølging i etterkant av en psykotisk hendelse. Det viser også at sykepleiere trenger økt kunnskap om tilrettelegging, og forebygging av psykoser hos schizofrene pasienter. Flere studier viser til at en individuell plan og/eller behandlingsplan har en svært god effekt i behandlingen av schizofreni, og særlig også i arbeidet med forebygging av psykoser.</p> <p>Konklusjon: Det trengs mer opplæring både i skole og på arbeidsplassen om forebygging av psykoser. Sykepleiere må også søke denne kunnskapen, samt vite hvordan man kommuniserer og skaper en relasjon til denne pasientgruppen.</p>		

ABSTRACT

Title:	Engaging and preventing psychosis next to patients with schizophrenia	Date : 16/5-19
Participants/	Sigrid Marie Arvesen	
	Carina Maanum Engeskaug	
Supervisor(s)	Merete Furnes	
Employer:		
Keywords	Schizophrenia, psychosis, prevention, nurse, knowledge	
(3-5)		
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	Availability: Open
43/10272		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Psychosis is one of the most common disorders of schizophrenia. Nurses should have the knowledge of the preventon of onset psychosises and be able to take measurers in the prepsychotic fase.</p> <p>Aim: Examine what nurses can contribute with to prevent that a psychosis can devolp, and why approating these pasients are so important.</p> <p>Method: The literature study is based on peer-rewied scientificly articles and non-fiction that has been view as relevant to the thesis. Structured searches through the databases PsycINFO,Medline(ovid) and Svemed+ and also use of the PICO-form. The snowballsampling was also brought in to consideration</p> <p>Results: Results show that pasients with schizophrenia need support and follow-up after an psychotic insident. It shows us that nurses needs extended knowledge in adaptation and prevention in schizophrenics. Several studies show us that a individual plan and/or a treatmentplan has had a good effect in the treatment of schizophrenia, especially in preventing psychoses.</p> <p>Conclusion: More training is needed in both school and in the workplaces about preventing psychoses. Nurses also need to seek out this knowledge, as well as to know how to communicate and create at relationship to this group of pasients.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon.....	5
1.2 Sentrale begreper.....	5-7
1.3 Sykepleiefaglig relevans.....	7
2.0 Bakgrunn	8
2.1 Relevant teori.....	8-12
2.2 Hensikt.....	12-13
2.3 Problemstilling.....	13
2.4 Tidligere forskning.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Gjennomføring av litteraturstudiet.....	14
3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning.....	14
3.2.1 Kvantitativ forskning.....	14
3.2.2 Kvalitativ forskning.....	14-15
3.3 Forskningsetikk.....	15
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15-16
3.5 Databaser og søkeord.....	16-17
3.6 Kritisk vurdering.....	17
3.7 Søkedokumentasjon.....	17-19
4.0 Resultat	20
4.1 Fremstilling av artikler i litteraturmatrise.....	20
4.1.1 Artikkel 1.....	20
4.1.2 Artikkel 2.....	21
4.1.3 Artikkel 3.....	22-23
4.1.4 Artikkel 4.....	24
4.1.5 Artikkel 5.....	25
4.1.6 Artikkel 6.....	26-27
4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat.....	28

4.2.1 Behovet for individuell tilpasset behandling.....	28
4.2.2 Oppfølging etter første-episode psykose.....	28-29
4.2.3 Innsikt i egen sykdom.....	29
4.2.4 Behovet for støtte og veiledning, mer enn bare medisinerings.....	29-30
4.2.5 Sykepleiers holdninger til pasienter med schizofreni.....	30
5.0 Drøfting.....	31
5.1 Behovet for en individuell plan.....	31-32
5.2 Oppfølging etter første-episode psykose.....	32-33
5.3 Innsikt i egen sykdom.....	34
5.4 Behovet for støtte og veiledning, mer enn bare medisinerings.....	34-35
5.5 Sykepleieres holdninger til pasienter med schizofreni.....	35-36
5.6 Kritiske vurderinger.....	36-37
6.0 Konklusjon.....	38
Litteraturliste.....	39-43

1.0 Innledning

I dette kapittelet vil vi presentere hva oppgaven vil omhandle i korte trekk, sentrale begreper som er relevant videre i oppgaven vil bli presentert, samt sykepleiefaglig relevans og deres teorier i samsvar med oppgavens innhold.

1.1 Introduksjon

Schizofreni er den vanligste formen for psykoselidelse, lidelsen rammer omkring 1 prosent av befolkningen, og debuterer vanligvis i en alder mellom 15 og 25 år, men kan vise seg i senere alder (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Forekomsten av schizofreni er nokså lik på verdensbasis, men antallet pasienter kan variere (Johannessen, 2002).

Schizofreni pålegger samfunnet og den norske stat flere milliarder kroner årlig, og er beregnet til å være en av de mest kostbare sykdommene, også på verdensbasis (Johannessen, 2002).

Forskning viser at fokuset bør ligge på forebyggende tiltak, og god oppfølging i etterkant av en psykotisk episode (McGlashan, 2015). Dette belyser at forebygging og kunnskap om hvordan schizofreni og psykose utvikler seg er et viktig tema.

1.2 Sentrale begreper

Kommunikasjon

Haugsgjerd et al (2009) beskriver to former for kommunikasjon, digital og analog kommunikasjon. Den digitale kommunikasjonen er relatert til den verbale kommunikasjonen, der man utveksler meninger, følelser og syn. Dette dreier seg altså om det innholdet som utveksles. Denne formen går parallelt med den analoge (Haugsgjerd, Jensen, Karolsson og Løkke, 2009).

Analog kommunikasjon kan sammenlignes med non-verbal kommunikasjon, i form av blant annet kroppsspråk, tonefall, uttrykk og ansiktsmimikk. Ved analog kommunikasjon vil det si at man henvender seg til relasjonen og forsøker å definere den (Haugsgjerd et al, 2009).

Relasjon

Relasjonen mellom sykepleier og pasienten er svært viktig i det psykiske helsearbeidet. Dette bygger på gjensidig tillit og respekt for hverandre. Grunnen til at relasjon er så viktig er fordi det gjør at man som sykepleier kan lære seg å kjenne pasienten enda bedre, og man kan få en enda dypere forståelse av hvordan pasienten tenker og føler. Videre går det også på at man skal møte pasienten der han/hun er i den gitte situasjon (Haugsgjerd et al, 2009).

For å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasienter med Schizofreni som gjennomgår en psykose er det viktig at man bruker god tid. Dette er fordi disse pasientene ofte mister tilliten til mennesker rundt seg, og spesielt nye mennesker, og har ofte ikke helt forståelse for at man ønsker å hjelpe (Hummelvoll, 2012).

Selvinnsikt

Selvinnsikt innebærer å ha innsikt i sin egen situasjon og sykdom. Dette er viktig for at behandlingen skal kunne være effektiv og for å kunne oppnå gode resultater (Hummelvoll, 2012). For at pasienten skal kunne oppnå selvinnsikt må sykepleieren kartlegge ulike mønstre i livet til pasienten, dette gjøres ved å stille ulike spørsmål (Hummelvoll, 2012). Ved psykoser kan pasienten oppleve en realitetsbrist, noe som gjør at pasienten har et annet syn på fenomener (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Her er det viktig at sykepleieren er imøtekommende og viser et ønske om å samarbeide med pasienten, slik at han/hun blir kjent med personen og får en oversikt over pasienten sin situasjon der han/hun er i livet. Når man oppnår denne kontakten kan man orientere pasienten tilbake til virkeligheten, og pasienten kan begynne å forstå sin egen livssituasjon (Hummelvoll, 2012). Etter hvert som han/hun har forståelse for sin livssituasjon kan det videre arbeidet begynne med å kartlegge ulike mål pasienten ønsker å oppnå, slik at pasienten kan fungere bedre i hverdagen (Hummelvoll, 2012).

Tverrfaglig samarbeid

Å arbeide tverrfaglig vil si at man samarbeider med andre profesjoner, det vil si at sykepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, psykologer, leger med flere arbeider på tvers av hverandre, for å oppnå best mulig utfall for pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Pasienter med psykiske lidelser kan ofte ha sammensatte problemer som får følger for relasjoner, selvfølelse, sosial funksjon, arbeidsliv og kroppslig uttrykk, derfor kan de ulike profesjonene komme med ulike innspill og dermed samarbeide godt om pasientene (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). De ulike profesjonene har forskjellige kompetanse og kunnskapsfelt, og kan dermed utfylle hverandre og hjelpe hverandre innad i det tverrfaglige teamet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Sykepleiere egner seg godt i et tverrfaglig team fordi det er de som omgås mest med pasienten. De er ofte de som observerer og ser endringer i sykdomsforløpet, og kan rapportere dette til for eksempel lege, terapeuter og spesialister (Holter, 2015).

Holdninger

Holdninger er hvordan vi forholder oss til andre, og opptrer overfor andre. Holdningene kan være enten dømmende eller vurderende, dette kan både være i en negativ eller i en positiv retning. Holdning vil si at man lager seg et utgangspunkt, og noen av dem innebærer mer intense vurderinger enn andre. Holdninger er noe vi har over lengre tid, man kan ha holdninger til nesten hva som helst, for eksempel hvis du har hørt noe negativt om en person, kan du skape deg en negativ holdning til denne personen uten at du har kjennskap til han eller henne (Håkonsen, 2014).

1.3 Sykepleiefaglig relevans

Florence Nightingale hevdet at sykepleie handlet om pasientens opplevelse av egen sykdom og miljøets innvirkning på helsen. Det vil si hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene med deres reaksjon på sykdom. Nightingale var opptatt av å ha kunnskap og utdanning blant sykepleiere, for å øke kompetansen til å bedre ivareta pasienter, spesielt innen forebyggende helsearbeid (Holter, 2015). Hun rettet et stort fokus mot blant annet individuelt tilpasset pleie. Forebyggende helsearbeid og individuelt tilpasset pleie er noe som også er svært sentralt i psykisk helsearbeid, ved for eksempel forebygging av psykose (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Nightingales teori ble bearbeidet og videreført inn i den moderne sykepleien av Virginia Henderson. Hun mente at sykepleierens funksjon var å hjelpe mennesker uavhengig av sykdom eller ikke. Hun ville at sykepleierens mål skulle være å gjøre sine pasienter selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2015). Henderson la vekt på menneskets grunnleggende behov, viktigheten av god kunnskap og bruk av klinisk blikk, slik at man kan observere utvikling i sykdom (Mathisen, 2015).

Sykepleie defineres av Joyce Travelbee som: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse." (Travelbee, 1999, s.29). Travelbee mener i sine teorier at sykepleie handler om mer enn bare selve behandlingen. Sykepleieren skal oppnå endringer ved å hjelpe mennesket, familie eller samfunnet med formidling av kunnskap. Slik kan sykdom, funksjonssvikt og lidelse forebygges, samt at god helse opprettholdes (Travelbee, 1999).

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori, hensikten med oppgaven, problemstilling og tidligere forskning. Det vil si at psykose og schizofreni blir beskrevet her.

Vi velger å begrense oppgaven til schizofreni og psykose. Schizofreni er den lidelsen som er vanligst for psykose, og rammer ca.1% av befolkningen (Snoek og Engedal, 2000).

Psykisk uhelse befinner seg i en glidende overgang fra psykisk helse, og ligger nært til den folkelige oppfatningen. Dette kommer som et resultat av dårlig selvtillit og angst. Hvis personen er spesielt sårbar er det lite som skal til for at helsen oppleves som uhelse. Psykisk uhelse vil føre til en følelse av å annerledes og indre smerte, men kan også medføre kroppslig smerte. Videre kan det også føre til at grunnleggende behov ikke blir dekket hvor det kroppslige forfaller, det vil si at man ikke mestrer livet eller hverdagen (Hummelvoll, 2012).

Kilder til psykisk uhelse er vanskelige oppvekst- og levekår, sosial isolasjon og opplevelse av man ikke er til nytte. Det kan forårsakes av manglende tillitt til andre, og evne til å skape nye tillitsforhold reduseres. Dette fører til at personene trekkes inn i passivitet og føler seg motløse. Man føler seg som mottaker og ikke aktør i sitt eget liv (Hummelvoll, 2012).

2.1 Relevant teori

Teorien som presenteres her er med på å besvare vår problemstilling i et sykepleiefaglig fokus.

Schizofreni:

For at diagnosen schizofreni skal kunne stilles må to av de følgende symptomene være til stede og i minst en måned; vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale, grovt disorganisert tale, flat affekt, fattig språk og apati. Det er vanlig å dele symptomene inn i tre ulike grupper, positive, negative og disorganiserte. De positive symptomene er karakterisert ved vrangforestillinger og hallusinasjoner. De negative symptomene er karakterisert ved tilbaketrekning og initiativløshet. Disorganiserte symptomer karakteriseres ved merkverdig oppførsel, usammenhengende tale og lignende (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Med årene har prognosen schizofreni blitt bedre, sannsynligvis på grunn av bedre behandlingstilbud og endrede holdninger i samfunnet. Langsiktig regner en at 25% blir helt friske og 60% blir mer eller mindre rehabilitert, altså med enkelte restsymptomer, men evner

å mestre hverdagslivet, det sosiale livet og arbeidslivet. Restsymptomer kan være svekket initiativ og livsglede, økt nærtagenhet, sosial angst eller mistenksomhet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

De faktorene som peker mot en god prognose er:

- “* kontaktrik, utadvent og normal følsom personlighet.
- * Upåfallende barndom. God tilpasning til skole eller arbeid før lidelsen begynte.
- * Gift eller samboende.
- * Debut i voksen alder.
- * Akutt start på symptomene.
- * Depressive symptomer sammen med de psykotiske.
- * Aktive symptomer (ikke overveiende taus tilbaketrekning).
- * Påviselige påkjenninger forut for lidelsen” (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010, s.319)

Vanligst ved schizofreni er hallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjoner kan komme i form av hørsel, lukt, smak og syn, pasienten kan høre stemmer som ingen andre kan høre, samt lukte og smake ting som ikke andre kan. Synshallusinasjoner trer frem i form av at han eller hun ser objekter som ikke finner sted. Vrangforestillinger er når pasienten har en feilaktig forestilling om andre sine motiver og handlinger. Videre kommer også tankeforstyrrelser som gjør det vanskelig å konsentrere seg i gitte situasjoner sammen med andre (Snoek og Engedal, 2000).

Psykose:

Psykose er når pasienten får en realitetsbrist, det vil si at han eller hun har en annen virkelighetsoppfatning. Pasienten er i en privat forståelse som enten er fordreid, usammenhengende, kaotisk eller flere av disse sammen. En psykotisk pasient kan innbille seg ting som andre ikke ser, og være redd for ting som friske ser på som fantasier. Samtalene kan stanses opp, og mennesker rundt trekker seg unna, dette kan oppleves krenkende for den psykotiske pasienten. Dette kan igjen føre til en enorm ensomhet hos den syke. Det er ulike alvorlighetsgrader av psykoser, noen er kortvarige og forbigående, mens andre er langvarige og ofte med et sterkt fall i sosial funksjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Psykose kan forekomme ofte hos pasienter med schizofreni. De med langvarige psykotiske lidelser, slik som ved schizofreni, har ofte tilleggsvansker som angstplager, dårlig økonomi,

ensomhet og depresjon. Disse pasientene har også svært ofte behov for å bo i vernede boliger, hvor de enten følges opp av spesialisthelsetjenesten eller av psykisk helsevern ute i kommunen de bor i (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Forut for en psykotisk tilstand skjer det en svekkelse av den fundamentale subjektiviteten, altså det som gjør at jeg opplever meg som meg. Dette fører til tilbaketrekning, kretsing om interesser ingen andre får tilgang til, angst, depresjon og forandrede kropps- og sanseropplevelser. Når man blir alene med disse tankene, og ingen kan bekrefte eller utfordre dem, vil angsten øke, man kan da ty til aktiviteter slik som å gå rastløst rundt, bestemte bevegelser, snakke høyt, telle, ta seg flere ganger til pannen og lignende aktiviteter (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi vil si at man legger vekt på samspillet mellom tanker, følelser og atferd. Her har man fokuset på hvordan man tenker, og ikke hva man tenker. Man bruker spesielle teknikker for å forstå tankemønsteret som opprettholder lidelsen til pasienten, og dermed forsøker å endre dette (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Ved å bruke denne metoden kan det hjelpe schizofrene pasienter til å mestre sine symptomer, tanker og følelser. I arbeidet med schizofrene pasienter prøver behandler å finne alternative måter å møte egne følelser og tanker på (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Sykepleiere kan jobbe ut i fra denne modellen ved å regelmessig bruke de metodene som pasienten har blitt enig med behandler om. Her kan sykepleier hjelpe til med å planlegge dagen, være med å utføre ulike aktiviteter slik at pasienten oppnår mestringsfølelse (Skårderud, Hugsgjerd og Stänicke, 2010).

Individuell plan

Snoek og Engedal (2000) skriver om pasienters rett til en individuell plan, dette er sentralt videre i oppgaven. En individuell plan rettes mot de pasientene som trenger langvarige og koordinerte tjenester, der flere tjenesteytere skal arbeide rundt samme pasient. Planen har som formål å gi klarhet i de ulike ansvarsforholdene de ulike tjenesteyterne har, samt tydelig vise hva slags tjenester og/eller behandling pasienten har krav på. Dette gir også en oversikt til pasienten selv, slik at han eller hun vet hva, når og hvor til enhver tid behandlingen blir gitt (Snoek og Engedal, 2000). Innen psykisk helsevern skal alle, både frivillig og tvang, ha en individuell plan, dette gjelder både i og utenfor institusjon. En slik plan skal inneholde behov

for psykisk helsevern, hva målet med vernet er og hvilken type psykiatriske tjenester som er aktuelle, samt omfanget av det (Snoek og Engedal, 2000).

Det kommer frem i pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §2-5. om retten til individuell plan at

“Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern” (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001).

Individuell plan er et nyttig verktøy i arbeidet hos pasienter med psykose, dette for å kartlegge ulike symptomer og varseltegn på en kommende psykose, slik at dette kan forebygges (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Faglig forsvarlighet

Det kommer frem i helsepersonelloven §4 om forsvarlighet at:

” Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

Departementet kan i forskrift bestemme at visse typer helsehjelp bare kan gis av personell med særskilte kvalifikasjoner.” (Helsepersonelloven, 1999)

Sårbarhet-stressmodellen

Sårbarhet-stress-modellen er ikke en forklaringsmodell, men en hjelp under kartlegging ved en pasientsituasjon. Modellen tar utgangspunkt i at psykiske lidelser oppstår som en kombinasjon av en bakenforliggende sårbarhet på en side, og stress på den andre siden. Den brukes som et verktøy for å forstå følelser hos pasienten som utløser eller forebygger sykdommen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Hva som anses som sårbarhet og hva som anses som stressfaktor vil variere med hvor i livet pasienten er, om han/hun er et barn, ung eller voksen. Og hvor mye pasienten er utsatt for på godt og vondt. Vi skiller mellom utløsende årsaker, slik som mobbing, og vedlikeholdende faktorer, slik som sosial isolasjon når det kommer til stressfaktorer. Videre skilles det også mellom stress som kommer av livsvalg, slik som rusmisbruk og stress man blir påført, for eksempel trafikkskade (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

I arbeidet med sårbarhet-stress-modellen er det viktig å kartlegge godt, med tanke på hvilke sårbarheter pasienten har og hvilke stressfaktorer man står overfor. Ved å bruke dette kan det hjelpe med å identifisere forhold som man som sykepleier kan hjelpe til med å påvirke til det beste for pasienten. Videre i arbeidet og kartleggingen, skal man rette fokus mot det som styrker pasienten og som er helsebeskyttende, og løfte disse ferdighetene og egenskapene. Dette gjøres for å få pasienten bevisst på dette, ved å være interessert og spørrende rundt egenskapene. Samt at ferdighetene skal bli løftet opp og frem, både sammen med pasienten, i omgivelsene og med kollegaer og andre medarbeidere i helsevesenet (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Denne modellen er viktig i arbeidet med pasienter med schizofreni fordi disse pasientene er svært utsatt for stress og sårbarhet. Ved hjelp av modellen kan sykepleiere lettere kartlegge og tilrettelegge ut i fra hvert enkeltes individuelle behov, og utløsende faktorer (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010)

2.2 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne relevant forskning og litteratur som belyser behovet for kunnskap om forebygging av psykoser hos pasienter med schizofreni. Vi vil undersøke hva sykepleiere kan bidra med for å hindre at psykoser utvikler seg, og hvorfor tilnærming til disse pasientene er viktig (Eriksen, 2015). Ved å få frem viktigheten i dette temaet kan man øke kunnskapen blant sykepleiere, slik at disse pasienten blir møtt med god kunnskap. Og dermed sikre deres hverdag slik at de får et så normalt liv som mulig. Gjennom

god tilnærming og relasjonsbygging kan sykepleiere få bedre innsikt i symptombildet til hver enkelt pasient, og kunne kartlegge og tilrettelegge ut i fra dette, slik at deres behov blir møtt (Eriksen, 2015).

2.3 Problemstilling

Hvorfor bør sykepleiere ha god kunnskap om tilnærming og forebygging av psykose hos pasienter i institusjon eller kommunal bolig med en schizofrenidiagnose?

2.4 Tidligere forskning

Tidligere forskning har ofte fokusert på genetikk og arv, og om dette har noen sammenheng med risikoen for å utvikle schizofreni. Artikkelen “A framework for linking resting-state chronnectome/genome features in schizophrenia: A pilot study” av Rashid et al (2019) hadde med seg 61 pasienter med schizofreni, og 87 friske pasienter i sin studie for å se på de genetiske påvirkningene på hjernen ved schizofreni. Resultatet av denne studien viste at det var store forskjeller mellom frisk og syk. Det viste seg å være større variasjoner og forstyrrelser i hjernen hos de som var syke enn de som var friske, dette kunne også ses på ved bildediagnostikken.

Artikkelen “Very Late–Onset Schizophrenia-Like Psychosis A Clinical Update” av Cort et al (2018), skriver om eldre pasienter innlagt på sykehjem. I artikkelen kommer det fram at mange av de eldre med utagering og psykoselignende symptomer blir diagnostisert med demens eller Alzheimers. Videre viser det seg også at personalet ved disse sykehjemmene ikke har nok kunnskap til å observere og tolke symptomer på psykose, eller gjenkjenne forskjellen på kognitiv svikt i forhold til psykose. De forteller at det er en betraktelig stor forskjell i behandlingen av disse to diagnosene, og at hvis personalet tar seg tid til å sette seg inn i situasjonen til hver enkelt pasient kan mye av dette unngås (Cort et al, 2018).

3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi presentere vår gjennomførelse av vår litteraturstudie, samt forklaring av kvantitativ og kvalitativ forskning og forskningsetikk. Vi vil her presentere vår søkestrategi og hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier vi har valgt å ta med i våre søk.

3.1 Gjennomføring av litteraturstudiet

Vår oppgave gjennomføres som en litteraturstudie. I litteraturstudie studeres litteraturen, det som er skrevet og undersøkt av artikkelforfatterne. Litteraturstudien tar for seg allerede eksisterende kunnskap som er presentert i artikler som er hentet ved søk i databaser. Det er en systematisert fremstilling av kunnskapen vi finner. Det vil si at vi kritisk gransker og sammenfatter de vitenskapelige artiklene som vi finner og vurderer dem opp mot relevant teori (Støren, 2013).

Systematiske oversiktsartikler tar for seg alle relevante artikler med forskning og kunnskap i oversikten innenfor et område, som allerede eksisterer. En oversiktsartikkel beskriver og analyserer antall utvalgte artikler, og kan inneholde fra to artikler og oppover (Støren, 2013). Vår litteraturstudie er ikke en fullstendig oversiktsstudie fordi den inneholder et begrenset antall artikler.

3.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning

3.2.1 Kvantitativ forskning

Kvantitativ metodetilnærming gir oss data i form av målbare enheter. Slik som for eksempel i form av statistikk og tabeller. På denne måten kan man fremstille gjennomsnittet av det som måles, for eksempel hvor stor prosent av befolkningen som er avhengig av sosial hjelp (Dalland, 2012). Kvantitativ forskning er hensiktsmessig når man ønsker objektive data. Denne metodetilnærmingen ønsker å teste ut ulike hypoteser og teorier. Dataen samles inn via spørreskjemaer med faste svaralternativer eller standard intervju, dette gjøres systematisk og strukturert. Dette brukes ofte for å få et fast svar på noe man har stilt spørsmål ved, slik at tjenesten kan forbedres, og kunnskapen generaliseres. Kjentegn ved kvantitativ forskning er at man får et lite antall opplysninger i fra mange forskjellige undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

3.2.2 Kvalitativ forskning

Ved bruk av kvalitativ metodetilnærming kan man få meninger om hvordan et tilbud oppleves, disse tallene kan ikke tallfestes (Dalland, 2012). Ved kvalitativ forskning kan man måle kvaliteten på en gitt tjeneste, slik som i psykisk helsevern. Hensikten med kvalitativ

forskning er å få kunnskap om for eksempel meninger, opplevelser, holdninger, erfaringer, tanker og forventninger, slik at man får frem ulike syn. Data samles inn ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentasjonsanalyse. Ved kvalitativ metode får man mye opplysninger fra et lite antall undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

3.3 Forskningsetikk

Forskningsetikk dreier seg om de etiske overveielsene og normene som går inn i planleggingen, gjennomføringen og rapporteringen av den forskningen som gjøres. Det vil si at man skal ivareta personvernet og sikre troverdigheten av resultatene (Dalland, 2012). Ved medisinsk og helsefaglig forskning, der det inngår blant annet mennesker og helseopplysninger, må det søkes forhåndsgodkjenning fra de forskningsetiske komiteene (Dalland, 2012). Hensikten med dette er å beskytte og ivareta personvernet til deltagerne. Dette kommer også frem i Helsinkideklarasjonen, som var et resultat av den uetiske forskningen som fant sted under andre verdenskrig. Her kommer det frem at “Hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnyttten.” (Slettebø, 2016, s.242). På denne måten unngår man at pasienter utsettes for skade som følge av forskningen (Slettebø, 2016).

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsk eller engelsk språk	Barn- og unge under 18år
Studier utført etter år 2000	Pasienter i demensomsorgen/sykehjem
Pasienter i institusjon eller som er inn under kommunalt psykisk helsevern	Nyoppdaget psykose/schizofreni
Pasienter med en schizofreni diagnose	Medikamentell behandling
Fagfelleurdert	
Kvalitative og kvantitative studier	

For å kunne gjennomføre denne litteraturstudien, fant vi det relevant og sette opp noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dette for å vite hvilke artikler som var relevante og ikke for vår oppgave. Ved å inkludere og ekskludere enkelte kriterier avgrenset vi mengden litteratur, dermed kom vi frem til artikler ut i fra det vi ønsket av innhold (Thidemann, 2015). Artiklene som er inkludert skulle følge IMRaD-strukturen, på den måten blir det en oversikt over hvor du finner ulik informasjon (Thidemann, 2015). Kanalene der artiklene ble publisert

ble undersøkt til å være pålitelige, for å forsikre oss om at de var av god kvalitet. NSD (2019) har oversikt over ulike publiseringskanaler. Her deles de inn i enten nivå 1 eller 2 av godkjente kanaler, nivå 1 er ordinære vitenskapelige publiseringskanaler, mens nivå 2 er av høyeste internasjonale prestisje (NSD, 2019).

Studier der deltakerne var 18år eller eldre ble inkludert, dette fordi det ble ansett at de som var yngre enn dette ikke var relevant for vårt fokus område. Samt at diagnosen måtte være fastslått på forhånd, for å kunne få det i et sykepleiefaglig perspektiv. Artiklene ble bestemt til å være innenfor et tidsperspektiv på de siste tjue årene, for å kunne representere så ny forskning som mulig. Fokus området er på pasienter som er innlagt i institusjon eller inn under kommunalt psykisk helsevern, for lengre opphold. Artikler som inneholdt pasienter i sykehjem eller demensomsorgen ble vurdert som ikke relevante i forhold til oppgavens innhold.

Etter noe gransking av de ulike studiene fant vi det relevant at artiklene var fra mer enn bare Europa og Skandinavia, derfor valgte vi å ta med studier på verdensbasis, da dette også var overførbart til Norge. Og fordi schizofreni blir oppfattet likt i store deler av verden. Vi valgte å ekskludere artikler som holdt fokuset kun rettet mot medikamentell behandling, fordi dette ikke er sykepleierens hovedoppgave, men inkluderte der medisiner var en del av behandlingen og allerede påbegynt.

Vi valgte å ta med en artikkel fra 2003 fordi vi så på innholdet i denne artikkelen som spesielt relevant, fordi den belyste et område som er like relevant i dag, og som vi har erfart at ikke brukes overalt. Mye nyere forskning som er fra 2018 og 2019 fant vi at fokuserte spesielt på medikamentell behandling og arv/genetikk, dette fant vi at ikke var relevant for vår problemstilling.

3.5 Databaser og søkeord

Vi har brukt databasene Medline (ovid), PsycINFO og Svemed+. Vi fikk mest relevant treff i Medline (ovid) og PsycINFO. Vi har brukt søkeordene: Schizophrenia, psychosis, approach, symptoms, prevention, knowledge, nurses, relapse prevention, schizophrenic patients, intervention protocol, nursing practice, psychotic relapses, psychosis signs, sign recognition, vulnerabal stress model og nursing. Vi har brukt PICO-skjema som et hjelpemiddel for å organisere søkeordene vi valgte å bruke (Thidemann, 2015).

Artiklene vi har valgt å ta med i oppgaven er funnet via Medline (Ovid) og PsycINFO, samt at vi har valgt å bruke snøballmetoden. Ved bruk av snøballmetoden fulgte vi de artiklene vi

syntes var relevante, og klikket oss videre inn til de artiklene som de refererte til (Harboe, 2012).

3.6 Kritisk vurdering

Artiklene som er inkludert i denne oppgaven ble kritisk vurdert med sjekklister fra Helsebiblioteket (2018). Dette ble brukt som en kvalitetssikring på at de artiklene vi valgte å bruke oppfylte de kriteriene som gjaldt for studien (Helsebiblioteket, 2018). Vi undersøkte videre at studiene som ble gjennomført i hver enkelt artikkel hadde blitt etisk godkjent. Etter at de var blitt gjennomgått, ble alle inkluderte artikler gått gjennom en ekstra gang, slik at temaer ble delt opp, og vi trakk ut de resultatene vi var ute etter.

3.7 Søkedokumentasjon

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1. Schizophrenia 2. Psychosis 3. Approach 4. Symptoms 5. Prevention 6. Knowledge 7. Nurses	Medline (ovid)		58763			
		1 AND 2 AND 3 AND 5 AND 6	21768 816847 546179 1073949 8592 53102			
		1 AND 2 AND 3 AND 5	0 48	7	3	2
1. Relapse prevention 2. Schizophrenic patients	psycINFO		2355 16723			

3. Intervention protocol			297			
4. Nursing practice			4733			
5. Psychotic relapses			56			
6. Psychosis signs			5			
7. Sign recognition			57			
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7	1	1	1	1
		1 AND 2	36	7		

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1. Schizophrenia	psycINFO		86247			
2. Vulnerebal Stress Model			135			
3. Psychosis			110620			
4. Nursing			20590			
		1 AND 2	58	5	1	

		1 AND 3 AND 4	94	6	4	3
--	--	------------------	----	---	---	---

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil vi presentere våre funn av artikler. Vi har valgt å presentere artiklene i litteratormatrise for en enklere oversikt over hver enkelt artikkel.

4.1 Framstilling av artikler i litteratormatrise

4.1.1 Artikkel 1:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land)	Mijel, Berno van <i>et al.</i> (2003) Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice, <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, 4, s.165-172. DOI: 10.1016/S0883-9417(03)00087-6 Nederland
Hensikt	Hensikten med denne studien er å undersøke virkningen av iverksetting av en intervensjonsprotokoll til hver enkelt pasient for sykepleiere, som kan brukes i sammenheng med å forebygge en begynnende psykose.
Metode	Kvalitativ studie. 51 stabile pasienter var inkludert. 36 pasienter mottok poliklinisk pleie. 6 var inn under daglig pleie. Og 9 var innlagt i institusjon. 26 sykepleiere var også inkludert i studien. Data om tegn på psykose ble hentet inn, og mulige tiltak for å forebygge dem. Sykepleierne hadde også et eget skjema til å fylle ut hva de syntes om studien og om det hadde noen effekt, og skulle svare på tre spørsmål ett år etter at studien var gjennomført. Kartleggingen ble kontinuerlig gjennomført i løpet av de første ukene, når dette var kartlagt ble det til slutt lagt en handlingsplan ut i fra dette.
Resultat	Studien viste at planen hadde en god effekt. Protokollen fungerte godt som en forebyggende plan for å unngå tilbakefall av psykoser hos pasienter med schizofreni. Standardisering og strukturering av sykepleierens oppgaver gjorde at de oppnådde sine mål i sitt arbeid. Sykepleierne må få god innføring og opplæring i hvordan de skal møte behovet til pasienten.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Studien belyser at kunnskap hos sykepleiere er viktig i møte med schizofrene pasienter med psykose, og at det trengs en individuell plan til hver enkelt pasient. Og at vi som sykepleiere må jobbe ut i fra denne. Samt at tilnærming og relasjonsbygging hos pasientene er ytterst viktig.
Etiske overveielser	Ingen etiske overveielser er diskutert

4.1.2 Artikkel 2:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land)	Liu, Yan, Yang, Xiaojie, Gillespie, Amy, Guo, Zhihua, Ma, Yun, Chen, Zhanjiang Li (2018), Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study, <i>Psychiatry Research</i>, s.257-283, DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.130, Kina
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke effekten av en kort kognitiv atferds terapi, for å forebygge tilbakefall av psykose hos første-episode psykose pasienter.
Metode	Kvalitativ studie. Alle deltakerne måtte blant annet ha diagnosen schizofreni, være mellom 16 og 45år, hatt behandling i mindre enn en måned og deres første psykotiske symptomer hadde oppstått for mindre enn tre år siden. Det var 80 deltakere som deltok, 40 i kontrollgruppen og 40 i forsøksgruppen. Det ble utført et intervju med en vurdering av alle deltakerne. Ved oppstart, i uke 10, 36 og 62 ble alvorlighetsgraden av psykopatologi, tilbakefall, antall sykehusinnleggelses, innsikt og sosial funksjon vurdert ut fra Positive and Negative Syndrome Scale. De første 10 ukene hadde deltakerne samtaler 45 minutter hver dag, mot slutten av studien hadde de 1 samtale hver fjortende dag. Terapien ble gjennomført med kognitiv adferdsterapi hvor deltakerne fikk ulike oppgaver tilpasset hver enkelt, som de skulle bruke som et verktøy hjemme for å forebygge tilbakefall.
Resultat	13 pasienter kunne ikke fullføre studien. Ved utgangen av studien hadde 4 av 40 tilbakefall i forsøksgruppen, og 13 av 40 hadde tilbakefall i kontrollgruppen. Det var 3 som ble innlagt i sykehus i forsøksgruppen, mens det var 8 som ble innlagt i kontrollgruppen. 19 pasienter i forsøksgruppa hadde klinisk stor forbedring, i forhold til kun 10 i kontrollgruppen. Den kognitive adferdsterapien hadde klinisk god effekt på generelle symptomer. Studien viste at kognitiv adferdsterapi hadde god effekt både på symptomer, sosial adferd, forebygging av tilbakefall og reduksjon i positive symptomer. Dette resulterte også i mindre sykehusinnleggelses og færre liggedøgn på sykehus.
Relevans for litteraturstudien/ Kildekritikk	Denne artikkelen viser at sykepleiere har en viktig rolle i å oppnå god kontakt, samt følge opp pasienter med en schizofreni diagnose. Dette viser også at man må oppnå en god tilnærming og relasjon til disse pasientene.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av Human Research and Ethics Committee of Beijing Anding Hospital, Capital Medicine University

4.1.3 Artikkel 3:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land)	McGlashan, Thomas H. (2015) From Treating to Preventing Psychosis Personal Perspectives, <i>The Journal of Nervous and Mental Disease</i>, 5, s.352-355, DOI: 10.1097/NMD.000000000000292, USA
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se forskjellen på tidlig behandling av psykoser, i forhold til de gamle metodene som var blitt brukt. Og hvordan dette påvirket pasientene senere i livet. Om det hadde noen hensikt å offentliggjøre symptomene på psykoser, og ha ett telefon nummer tilgjengelig, samt rask innleggelse.
Metode	Kvalitativ studie. Det ble brukt tre institusjoner fordelt på tre steder i Skandinavia. Den eksperimentelle institusjonen som hadde fokus på tidlig gjenkjenning var plassert i Stavanger, de to kontroll institusjonene som brukte gamle behandlingsmetoder var plassert i Oslo og Roskilde. Den eksperimentelle institusjonen gikk ut offentlig med gjenkjenning på symptomer og tegn ved schizofreni og psykose, og hadde ett tilgjengelig telefon nummer som pasienter kunne ringe til, og få behandling med en gang. Pasientene fikk oppfølging i 2, 5 og 10 år etter hendelsen, for å se hvordan pasientene fungerte i hverdagen.
Resultat	Resultatet av studien viste at den eksperimentelle institusjonen hadde større effekt enn kontroll institusjonene. Studien viste at tidlig behandling av psykose i prepsykotisk fase reduserer ikke bare positive og negative symptomer, men bremser og forebygger også videre utvikling av psykosen, dette gjorde også at pasientene fungerte bedre i hverdagen.

	<p>Ved å belyse symptomene offentlig, tok flere kontakt, noe som fungerte over natten. Folk ble oppmerksomme på symptomene, noe som var hovedgrunnen til at de tok kontakt med institusjonen.</p> <p>Dette resulterte i at flere fikk behandling i et tidlig stadium av psykosen og hadde gode resultater, altså mindre re-innleggelser og mindre tilbakevendende psykoser ved at de ble fulgt opp over tid i etterkant av den første episoden.</p>
Relevans for litteraturstudien/kildekritikk	<p>Artikkelen belyser viktigheten av å se tidlige tegn på schizofreni og psykose, samt rask behandling. Dette viser at man som sykepleier bør ha kunnskap til og vite om ulike tegn og symptomer på denne lidelsen. Og at vi som sykepleiere kan forebygge og hindre en psykotisk episode, samt gjøre dette teamet åpent.</p>
Etiske overveielser	<p>Artikkelen er basert på personlige perspektiver</p>

4.1.4 Artikkel 4:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land	Won, Mi-Ra, Lee, Kwang-Ja, Lee, Ja-Hyung and Choi, Yun-Jung (2012), Effect of an Emotion Management Nursing Program for Patients With Schizophrenia, <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, s.54-62, DOI: 10.1016/j.apnu.2011.02.006, Sør-Korea
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge utviklingen i det emosjonelle mønsteret til schizofrene pasienter. Både følelsesmønster, sosiale ferdigheter og personlige relasjoner.
Metode	Kvantitativ studie. 52 pasienter fra institusjon med schizofrenidiagnose deltok i studien. 22 pasienter var i forsøksgruppen, mens 30 pasienter var i kontroll gruppen. Forsøks gruppen mottok et program for emosjonell støtte, 90 minutter i uken i totalt 8 uker. Dataene ble samlet inn fra både den eksperimentelle og kontroll gruppen. De brukte Berkeley Expressivity skala, som inneholdt skala om hvordan de oppførte seg i forhold til emosjoner, relasjoner og sosialt.
Resultat	Studien viste at forskjellen mellom forsøksgruppen og kontroll gruppen var betydelig. Forsøksgruppen hadde økning i Berkley Expressivity Questionnaire, det var betydelig bedring i alle tre skalaene. Dette viste at Emotion Management Nursing Program hadde en god effekt i å forbedre følelsesmessige uttrykk, emosjonell oppførsel, mellommenneskelige forhold og sosial adferd hos pasienter med schizofreni.
Relevans for litteraturstudien/kildekritikk	Studien viser at sykepleiere har en viktig rolle i å hjelpe pasienter med Schizofreni til å uttrykke og takle sine følelsesforhold. Og til å sette ord på sine følelser. Den viser at sykepleiere må ha god kunnskap om schizofreni.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av Institutional review board of a psychiatric in Korea

4.1.5 Artikkel 5:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land)	Chien, Wai Tong, Mui, Jolene, Gray, Richard, Cheung, Eric (2016), Adherence therapy for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial, <i>BMC psychiatry</i>, s.1-14, DOI: 10.1186/s12888-016-0744-6, Hong Kong, Kina
Hensikt	Hensikten med denne studien var å finne ut om pasienter med en schizofreni diagnose hadde bedre nytte av oppfølging av helsepersonell med tanke på medisinerings i oppstartsfasen av behandlingen. Dette for å gjøre pasientene bevisst på viktigheten av medisinerings, og at de skulle få selvinnsikt i egen sykdom, samt motivasjon til å forandre sin situasjon til noe positivt.
Metode	Kvalitativ forskning. Det var 128 deltakere med en schizofreni-diagnose. Det var en kontrollgruppe og en forsøksgruppe. Deltakerne var i alderen 18-64år, og hatt diagnosen i maksimalt 3 år, og hadde en eller annen form for antipsykotisk medisinerings. Studien varte fra desember 2012 til mai 2015, alle pasientene ble fulgt opp i en periode på over 18 måneder. De brukte intervjuer for å kartlegge.
Resultat	Studien viste gode resultater. Blant annet viste det at deltakerne i studien hadde forbedringer i innsikt i sykdom og symptomer, funksjonsnivået økte, alvorlige symptomer ble redusert, de oppnådde at pasientene tok medisinen regelmessig og at antallet re-innleggelser ble redusert. Dette viste at i behandling av schizofreni har man nytte av både god medisinerings, men at samtale med for eksempel en sykepleier er nyttig og nødvendig.
Relevans for litteraturstudien/kildkritikk	Denne studien er relevant for oppgaven fordi den belyser at sykepleiere har en viktig rolle i opplæring av sykdom, samt det å trygge pasientene i at de kan få en så normal hverdag som mulig.
Etiske overveisler	Studien ble godkjent av Human Subjects Research Ethics Sub-Committee of The Hong Kong Polytechnic University an the Hospital Cluster Research Ethics Committees of the hospitals (KCH and CPH) governing the two CPNS.

4.1.6 Artikkel 6:

Referanse (forfatter(e), publiseringsår, tittel, tidsskrift, sidetall, DOI, land)	Jacq, Krystyna de, Norful, Allison A., and Larson, Elaine (2016), The variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Integrative Review, <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>, s.788-796, DOI: 10.1016/j.apnu.2016.07.004, New York, USA
Hensikt	Hensikten med denne studien var å belyse holdninger til sykepleiere i forhold til pasienter med schizofreni og andre psykiske lidelser.
Metode	Kvalitativ litteraturstudie. Studien brukte fire databaser, det ble søkt fra 1. januar 1995 til 31.oktober 2015, det ble valgt ut litteratur som innehold kriteriene, engelsk språk og forskning der det målte utfallet var sykepleiers holdninger til psykiske lidelser. 14 studier fordelt på 20 land med 4282 deltagere, møtte kriteriene.
Resultat	Studien viste at det var store variasjoner mellom de ulike landene og kulturene. 8 av 14 studier brukte forskjellige verktøy. Undersøkelsen viste at sykepleiers holdninger til psykiske lidelser var nokså lik allmennhetens holdninger. I noen av studiene kommer det fram at sykepleiere mener at pasienter med schizofreni burde skjermes fra andre pasienter. Samt at pasienter med schizofreni ikke skal få gifte seg eller barn. 60,7% av sykepleierne som var med i studien mente at pasienter med psykisk lidelse burde skjermes fra andre pasienter. En av studiene viste at sykepleiere godtok sosial diskriminering mer enn legene. Det ble videre rapportert i samme studie negative holdninger fra sykepleiere mot pasienter med schizofreni. En annen studie viste at sykepleiere hadde mer negative holdninger til schizofreni enn til depresjon. Videre forteller også studien at det ble brukt mye psykiatriske legemidler for å kontrollere utagerende atferd. Viste at sykepleiere hadde mer negative holdninger enn pårørende og nære relasjoner. Studien viste at jo mer kunnskap sykepleierne hadde, desto mer positive holdninger var det. Det ble funnet både positive og negative holdninger i litteraturstudien, og mest negative holdninger var det i midøsten og Asia, mens over resten av landene stilte det seg ganske likt i både negative og positive holdninger. Vi har derfor utelatt resultatene fra dette området.
Relevans for litteraturstudien/kildekritikk	Studien viser hvilke holdninger sykepleiere har til psykiske lidelser og spesielt perspektivet på schizofreni. Dette belyser at sykepleiere bør ha mer kunnskap om sykdommen, og spesielt hvordan å tilnærme seg disse pasientene.

Etiske overveielser	Dette er en litteraturstudie med allerede innsamlede data, altså en sekundæranalyse og diskuterer derfor ikke etiske overveielser.
----------------------------	--

4.2 Sammenfatning av artiklenes resultat

Her vil resultatet av artiklene presenteres i ulike kategorier, behovet for individuell behandlingsplan, oppfølging etter første-episode psykose, innsikt i egen sykdom, behovet for støtte og veiledning, mer enn bare medisiner og sykepleieres holdninger til pasienter med schizofreni.

4.2.1 Behovet for individuell tilpasset behandling

Flere av studiene viser at det er et stort behov for en egen individuell behandlingsplan til hver enkelt pasient. Det at hver enkelt pasient hadde en egen behandlingsplan og/eller handlingsplan viste at pasientene fikk en bedre forståelse for sine egne symptomer, samt at sykepleierne fikk innsikt i symptom bildet til pasienten og samtidig visste hva de kunne gjøre for å unngå en psykose (Mijel *et al*, 2003). Liu *et al* (2018) bruker i sin studie kognitiv atferdsterapi, her ble behandlingen individuelt tilpasset hver enkelt pasient, noe som viste en betydelig stor endring i re-innleggelse og tilbakefall av psykoser, samt en klinisk stor forbedring. Resultatet viste også at når sykepleiere har en plan å følge, altså et utgangspunkt i samarbeid med pasient og spesialist, har de gode forutsetninger for å forebygge psykoser (Liu *et al*, 2018).

Resultatene fra begge disse studiene viste at ved individuell tilrettelegging ble symptom bildet forbedret (Mijel *et al*, 2003; Liu *et al*, 2018). Mijel *et al* (2003) viste at en individuell plan hadde god effekt i det forebyggende arbeidet med tilbakefall av psykoser. Standardisering og strukturering av sykepleiernes oppgaver i studien viste seg å være effektivt for å nå målene (Mijel *et al*, 2003).

4.2.2 Oppfølging etter første-episode psykose

Resultatet fra flere av studiene viste at man hadde god forebyggende effekt ved å oppnå god kontakt og iverksette tiltak i et tidlig stadium av psykosen, samt følge opp pasientene over tid (McGlashan, 2015; Chien *et al*, 2016).

Studien til McGlashan (2015) viste at å offentliggjøre og bedre tilgangen til behandling, gjorde det lettere å fange opp første-episode psykoser. Resultatet var at flere tok kontakt med helsepersonell når symptomene meldte seg, deretter fikk de en videre oppfølging etter hendelsen (McGlashan, 2015). Dette resulterte videre til at man lettere kunne forebygge psykoser, og pasientene viste seg å fungere bedre i hverdagen, samt at pasientene var flinke til å ta kontakt med helsepersonell når symptomene meldte seg (McGlashan, 2015).

Resultatene i studien til Chien *et al* (2016) var at ved oppfølging av sin schizofreni diagnose, utover medisiner, ble de alvorlige symptomene som ofte følger med en psykose betydelig forbedret. Noe som videre også resulterte i færre re-innleggelser i sykehus (Chien *et al*, 2016).

4.2.3 Innsikt i egen sykdom

Won *et al* (2012) viser i sin studie til viktigheten av innsikt i egen sykdom, og hvordan dette kan redusere symptomer, for å fungere bedre i hverdagen. Resultatet fra studien viste at ved å gjøre pasientene oppmerksomme på sin sykdom ved hjelp av samtaler, forbedret både følelsesmessige uttrykk, emosjonell oppførsel og sosial adferd (Won *et al*, 2012).

Chien *et al* (2016) viser også i sin studie at innsikt i egen sykdom hadde svært positiv effekt. Ved at pasientene ble bevisst på sin egen sykdom oppnådde man at pasientenes funksjonsnivå økte, alvorlige symptomer ble redusert, tok medisiner regelmessig og antallet re-innleggelser ble redusert (Chien *et al*, 2016). Ved at sykepleiere har god kunnskap og kan veilede, samt hjelpe pasientene med hvordan de skal møte sine symptomer, lærte pasientene hvordan de skal møte og håndtere hverdagen med sine symptomer (Chien *et al*, 2016).

Studien til Mijel *et al* (2003) viste til at pasientene som hadde nære relasjoner, som familiemedlemmer og sosiale relasjoner, kunne hjelpe pasienten med å se symptombildet bedre. Mens de som ikke hadde nære relasjoner som kunne hjelpe til, trengte lengre oppfølging og tettere kartlegging, for å gjenkjenne sine symptomer og akseptere at disse fant sted (Mijel *et al*, 2003)

4.2.4 Behovet for støtte og veiledning, mer enn bare medisiner

Flere av studiene viste at for å forebygge og redusere symptomer ved Schizofreni og psykoser, er det behov for oppfølging over lengre tid, ved både bruk av samtaler og opplæring i egen sykdom, ikke bare bruk av medisiner (McGlashan, 2015; Chien *et al*, 2016; Liu *et al*, 2018).

I studien til Chien *et al* (2016) viser resultatene at det var en betydelig stor forbedring i symptombildet ved å legge til samtaler og oppfølging av medisiner i behandlingen. Resultatet var at pasientene fungerte bedre i hverdagen, samt at symptomene ble betydelig redusert, dette førte også til mindre sykehusinnleggelser (Chien *et al*, 2016). McGlashan (2015) sin studie hadde et lignende resultat, der pasientene også viste seg å fungere bedre i hverdagen, og minsket re-innleggelser i sykehus. Resultatet viste at dette bremsset og forebygget den videre utviklingen av en begynnende psykose ved at pasientene hadde lett tilgang til samtale med helsepersonell (McGlashan, 2015).

Liu *et al* (2018) sin studie kan også underbygge at behovet for støtte og veiledning fra sykepleiere hadde stor betydning for pasientene. Ved at de benyttet kognitiv atferdsterapi i behandlingen reduserte det de positive symptomene, samt at sosial atferd ble betraktelig forbedret. Noe som igjen førte til at man oppnådde forebyggende effekt med tanke på tilbakefall (Liu *et al*, 2018).

4.2.5 Sykepleieres holdninger til pasienter med Schizofreni

Studien til Jacq, Norful og Larson (2016) viser hvilke holdninger sykepleiere har til pasienter med Schizofreni. Resultatet fra studien viste variasjoner mellom ulike land og kulturer, men samlet sett viste det seg at holdningene til sykepleierne var nokså lik allmennhetens holdninger (Jacq, Norful og Larson, 2016). Sykepleierne som deltok i undersøkelsen ga uttrykk for at pasienter med Schizofreni ikke burde få lov til å gifte seg, få barn eller arbeide, videre ga de også uttrykk for at disse pasientene burde skjermes fra allmennheten (Jacq, Norful og Larson, 2016).

5.0 Drøfting

Her vil problemstillingen bli belyst og drøftet opp mot valgt teori, samt relevant forskning. Drøftingen vil ta opp temaer som er blitt vurdert til å være aktuelle, slik at vi kan diskutere hvorfor sykepleiere bør ha god kunnskap om tilnærming og forebygging av psykose hos pasienter med en schizofrenidiagnose.

5.1 Behovet for individuell tilpasset behandling

Når pasienter står overfor en schizofreni diagnose, blir livssituasjonen en helt annen og hverdagen blir vanskelig å møte (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Derfor kan det være nyttig å lage en individuell plan i samarbeid med pasienten og/eller familie og nære relasjoner. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §2-5 har pasienter under blant annet psykisk helsevern rett til å få utarbeidet en individuell plan. Ifølge flere av studiene har det vært gode resultater ved bruk av målrettet og godt utarbeidet individuell plan til pasientene (Mijel *et al*, 2003; Liu *et al*, 2018). Mijel *et al* (2003) skriver blant annet at ved bruken av en individuell handlingsplan hadde sykepleierne målrettede handlinger å rette seg etter. Dette gjorde at kunnskapen hos sykepleierne økte, og forebyggingen av psykoser ble betraktelig bedre (Mijel *et al*, 2003). Liu *et al* (2018) underbygger dette ved bruk av kognitiv atferdsterapi, hvor pasientene får individuelle oppgaver å forholde seg til og pasientene fant dette svært nyttig. Det positive ved en individuell plan er at alle de koordinerte tjenestene har en plan å følge, samt at man som sykepleier kan oppnå god kontakt med pasienten ved å følge denne ut i fra hans/hennes behov (Snoek og Engedal, 2000).

Ved bruken av individuell plan sikrer man et helhetlig behandlingsopplegg for pasienten. Slik at all relevant informasjon blir dokumentert om pasienten, og de ulike koordinerte tjenestene kan holde seg faglig oppdatert rundt pasienten (Snoek og Engedal, 2000). Dokumentasjonen skal inneholde hvilken behandling pasienten skal ha og til hvilken tid, samt hvem som har ansvar for de ulike behandlingstiltakene. Dette er et viktig redskap for å fremme samarbeid på tvers av institusjoner (Snoek og Engedal, 2000). På en side er dette positivt ved at pasientene blir fulgt opp, de ulike profesjonene samarbeider og man har et godt utgangspunkt i å hjelpe pasienten. På en annen side krever dette at alle profesjonene er flinke til å dokumentere, videreformidle, samt å informere pasienten om behandlingsforløpet og eventuelle endringer, og hvilken profesjon som kommer til å utføre hvilke tjenester. Derfor vil mye tid og ressurser gå med på planleggingen av behandlingsforløpet (Snoek og Engedal, 2000).

I arbeidet med en individuell plan, viser teori at kognitiv atferdsterapi kan brukes som et godt verktøy. Ved kognitiv atferdsterapi legges det vekt på samspillet mellom tanker, følelser og atferd. Behandler utarbeider denne planen, men sykepleier kan allikevel bruke denne. Det vil si at sykepleieren legger fokuset på hvordan pasienten tenker og ikke hva han tenker. På denne måten kan sykepleieren forstå tankemønsteret som opprettholder lidelsen til pasienten, og ut i fra dette forsøke å endre dette (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Hvis sykepleier greier å opprettholde denne metoden og nyttiggjøre det som et verktøy, kan det kan det hjelpe de schizofrene pasientene til å mestre sine symptomer, tanker og følelser. Igjen kan dette være med på å forebygge en eventuelt psykotisk episode (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

En annen måte i utarbeidelsen av en individuell plan er å benytte sårbarhet-stressmodellen. Dette kan være til hjelp under kartleggingen av en pasient sin situasjon. Denne modellen tar utgangspunkt i at psykiske lidelser oppstår i kombinasjon av bakenforliggende sårbarhet på en side, og stress på den andre siden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Det vil si at modellen brukes som et verktøy for å forsøke å forstå hvilke følelser som pasienten som enten utløser eller forebygger lidelsen. Ved schizofreni står man overfor pasienter som er svært utsatt for både sårbarhet og stress, dermed er denne modellen et nyttig verktøy som sykepleiere kan bruke under kartleggingen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Ut i fra både artikler og annen relevant teori, ser man at det er ulike måter og modeller som kan brukes. Noe som forteller at man må nøye se og undersøke hvilken metode som passer best til hver enkelt pasient. Dette er en oppgave som sykepleierne står overfor, da det er sykepleiere som oftest står overfor pasientene mesteparten av tiden. Sykepleiere har dermed en god mulighet til å kunne observere og kartlegge disse pasientene etter deres beste evne, samt å skape gode relasjoner (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

5.2 Oppfølging etter første-episode psykose

Når en psykose oppstår blir deres oppfattelse av virkeligheten blant annet fordreid og usammenhengende, dette kan føles kaotisk (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Her kan sykepleiere ha god hjelp av sårbarhet-stress modellen, da denne brukes for å kartlegge en pasientsituasjon. Dette fordi psykiske lidelser kan oppstå på bakgrunn av sårbarhet på den ene siden, og stress på den andre siden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Ifølge McGlashan (2015) var det ikke bare nyttig å tidlig kunne oppdage og gjenkjenne tidlige tegn på psykose, men oppfølgingen i etterkant av en første-episode psykose var effektiv for

forebygging av tilbakevendende psykoser. Det er viktig å være oppmerksom på at oppfølgingen i etterkant vil variere fra pasient til pasient, og at dette vil være svært individuelt, med tanke på symptomer, atferd og debut (McGlashan, 2015). I studien til Liu *et al* (2018) viser det seg også lignende resultater, der sykepleierne hadde en viktig rolle i å oppnå god kontakt, samt følge pasientene etter diagnosetidspunkt. Det kommer frem at ved å oppnå god tilnærming og relasjon til pasientene ble oppfølgingsprosessen bedret (Liu *et al*, 2018). Pasientene fikk bedre prognose da de hadde god effekt både på symptomer, sosial atferd og forebygging av tilbakefall fordi de fikk oppfølging av sykepleiere. Sykepleierne utførte her kognitiv atferdsterapi i et tverrfagligsamarbeid med behandlere og andre spesialister (Liu *et al*, 2018).

Annen litteratur kan underbygge at det å jobbe i et tverrfaglig team har gode effekter, fordi man samarbeider på tvers av profesjonene. Slik som i disse tilfellene kan sykepleier rapportere og søke lærdom hos for eksempel spesialister på fagfeltet, for så å bruke dette som et verktøy i samarbeid med pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010; Holter, 2015). Virginia Henderson la også vekt på viktigheten av god kunnskap blant sykepleiere, og god bruk av det kliniske blikket, for å observere utvikling i sykdom (Mathisen, 2015).

På en side er rask iverksettelse av mål og tiltak etter diagnosetidspunkt veldig positivt da pasientene får raskt hjelp av ulike profesjoner, der for eksempel sykepleieren kan oppnå god kontakt med pasientene. På en annen side kan pasienter ved diagnosetidspunkt være på et sårbart sted i livet, noe som kan gjøre det vanskelig å oppnå gode relasjoner i startfasen. Pasienter med schizofreni er svært ulike, det er derfor viktig at sykepleiere har god kunnskap i å bygge relasjoner, og møte nye pasienter (Haugsgjerd *et al*, 2009).

En annen måte å følge opp pasienten i ettertid er bruk av kognitiv atferdsterapi, ved at sykepleier er en støttespiller for pasientene gjennom dagligdagse gjøremål er dette også en fin måte å gjenvinne gode relasjoner til miljøet på. En slik måte å jobbe rundt pasienten på krever at sykepleier har god innsikt og forståelse for situasjonen til pasienten (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Dette krever igjen godt samarbeid mellom de ulike profesjonene, slik at sykepleieren kan hjelpe pasienten i å oppnå mestringsfølelse. Som sykepleier må man også ha kunnskap i hva pasienten har greid å oppnå før, og hva pasienten ønsker å oppnå i dag, ligger ikke denne kunnskapen i grunn, vil man ikke kunne oppnå gode resultater (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

5.3 Innsikt i egen sykdom

Når sykdom inntreffer, somatisk eller psykiatrisk, er det viktig å få innsikt i egen sykdom. For at pasientene skal kunne oppnå dette er det viktig at sykepleiere har den kunnskapen og formidlingsevnen som kreves (Hummelvoll, 2012). Won *et al.* (2012) skriver i sin studie at ved at sykepleiere kartla følelsesmønsteret til pasientene, og ved at de uttrykte sine følelser, fikk de en bedre forståelse over sin situasjon. Ved schizofreni er det viktig å kunne sette ord på sine egne følelser, da dette er en stor del av arbeidet med å få innsikt i sin egen sykdom (Won *et al.*, 2012). Dette underbygges også i studien til Mijel *et al.* (2003) hvor sykepleierne sammen med pasienten orienterte seg om hvilke symptomer pasienten selv var oppmerksom på. Resultatet viste at når pasienten hadde bedre innsikt over sin egen situasjon, at de lettere tok kontakt med helsepersonell (Mijel *et al.*, 2003)

Det positive ved at pasientene har innsikt i egen sykdom er at det gjør behandlingen mer effektiv, og lettere å behandle. Negativt er at ved psykiske lidelser, spesielt ved schizofreni og psykoser, får pasientene en realitetsbrist. Noe som gjør at det kan være vanskelig å oppnå kontakt med pasienten, og dermed kan han/hun delvis miste evnen til å se egen situasjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010; Hummelvoll, 2012).

Samtidig viste studien til Mijel *et al.* (2003) at de med nære relasjoner oppnådde raskere innsikt i symptombildet, mens de uten nære relasjoner trengte lengre tid for å oppnå denne innsikten. Dette belyser at sykepleiere må søke informasjon hos de relasjonene som er i kontakt med pasienten, samtidig som at sykepleieren må søke og prøve å få tak i hva pasienten selv tenker, føler og ønsker (Mijel *et al.*, 2003). Slik kan man oppnå en god flyt i arbeidet rundt pasientene.

Som også Florence Nightingale påpekte i sin tid handler sykepleie om at sykepleieren skal hjelpe pasienten med deres reaksjon på sykdom, og observere hvordan pasienten opplever sin sykdom. Videre var hun også opptatt av at sykepleiere skulle ha kunnskap og utdanning for å øke kompetansen til å bedre ivareta pasienter (Holter, 2015).

5.4 Behovet for støtte og veiledning, mer enn bare medisinerer

Ved psykiske lidelser, og spesielt Schizofreni og psykose, trengs det veiledning og god støtte fra sykepleiere. For at sykepleieren skal gi god veiledning og være en støttespiller etter at diagnosen er satt, er det viktig at sykepleieren har den kunnskapen som trengs på forhånd (Won *et al.*, 2012). Forskning har vist at mange sykepleiere har manglende kunnskap om diagnosen, og at flere sykepleiere og helsepersonell, mener at medisinerer er eneste utvei

(Jaq, Norful og Larson, 2016). Artikkelen til Chien *et al* (2016) motbeviser dette i sin studie, hvor de hadde gode resultater med å ha samtaler og veiledning sammen med sykepleier. Pasientene i studien hadde gode forbedringer i både innsikt i sykdom og symptomer, funksjonsnivået økte, alvorlige symptomer ble redusert, samt at pasientene ble i stand til å ta medisiner på eget initiativ (Chien *et al*, 2016).

Forebyggingen i arbeidet med schizofreni handler om mye mer enn bare medisiner. Det har på en side hensikt å medisinere disse pasientene, men på en annen side må man også skape tillitt og trygghet rundt medisinene (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010). Sykepleieren må ha god kunnskap om sykdommen, samt at sykepleieren må ha en god evne til å kommunisere med disse pasientene. Dette underbygges også av Joyce Travelbee sin teori som mente at sykepleie handler om mer enn bare behandlingen. Videre mente hun at sykepleieren skal oppnå endringer ved å hjelpe mennesket, familie eller samfunnet med formidling av kunnskap. Slik kan lidelse forebygges, samt god helse opprettholdes (Travelbee, 1999). For å kunne kommunisere denne tilliten må man som sykepleier både bruke digital og analog kommunikasjon. Sykepleiere må kunne tenke over sitt eget kroppsspråk, slik som tonefall, uttrykk og ansiktsmimikk i møte med disse pasientene (Haugsgjerd *et al*, 2009). En slik prosess vil være tidskrevende, fordi man må gjenskape tilliten til pasienten, fordi pasienter med schizofreni i psykose har en realitetsbrist og har ofte mistet tilliten til både virkeligheten og menneskene rundt seg (Hummelvoll, 2012). Og som vist i forskning har dette en god hensikt, man må bare ta seg god tid. Det er gjennom samtalene med pasientene man lærer seg å kjenne pasienten, og pasienten kan sakte men sikkert fortelle hva han/hun ønsker å oppnå (Chien *et al*, 2016).

5.5 Sykepleiers holdninger til pasienter med schizofreni

Artikkelen til Jaq, Norful og Larson (2016) belyser et viktig tema om hvilke holdninger sykepleiere har til pasienter med psykisk lidelse, samt hvor lite kunnskap om Schizofreni det er både i Skandinavia og på verdensbasis. Det kommer frem at sykepleiere har lite innsikt og kunnskap om schizofreni og psykose (Jaq, Norful og Larson, 2016). Slik det står i helsepersonelloven har man som sykepleier plikt til å handle på en faglig forsvarlig måte, samt at arbeidsgiver har plikt til å gi deg den opplæring som er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999).

På en side er det skremmende å vite at mange sykepleiere mener at personer med schizofreni ikke skal få gifte seg, få barn eller være i arbeid, samt at noen mener at disse pasientene bør

være skjermet fra andre pasienter (Jacq, Norful og Larson, 2016). På en annen side belyser også dette at kunnskapen må økes, sykepleiere trenger god opplæring og utdanning både i skole og fra arbeidsgiver. På den måten kan holdninger endres, slik at denne pasientgruppen møtes med respekt (Jacq, Norful og Larson, 2016). Slik som også lovverket sier, er det et krav til at man som sykepleier skal opptre faglig forsvarlig overfor sine pasienter. Dette innebærer også at man søker og opplyser den kunnskapen og informasjonen som trengs, slik at man holder seg faglig oppdatert og ikke går inn i situasjoner som er over ens egen evne (Helsepersonelloven, 1999).

Som Håkonsen (2014) sier, er holdninger noe vi tilegner oss gjennom opplevelser og erfaringer, ikke nødvendigvis egne erfaringer, men også andres. På en side kan holdninger være positivt ved at man tilegner seg disse på en god måte. På en annen side kan det skape unødvendige negative holdninger til for eksempel schizofrene pasienter, slik som belyst i artikkel til Jacq, Norful og Larson (2016) (Håkonsen, 2014)

5.6 Kritiske vurderinger

Under arbeidet med oppgaven har vi tilegnet oss mye ny lærdom. Samtidig har vi fått bekreftet mye av tankene og erfaringene vi satt med før oppstart av oppgaven. Måten å kritisk kunne analysere både strukturen og resultatet i artikler har blitt betydelig forbedret. Alle artiklene har blitt vurdert ut i fra resultatene, metoden og hvor relevant innholdet var i forhold til problemstillingen. De aller fleste artiklene er etisk godkjent, bortsett fra en hvor vi ikke fant dette, men scoret på alt mulig annet, og var betydelig relevant for vår oppgave, slik at vi valgte å ta den med i oppgaven.

Vår oppgave inneholder kvalitative artikler og en litteraturstudie. Valget om å fokusere på kvalitative artikler ble bestemt da disse besvarte problemstillingen på best mulig måte, og fordi tallfestede studier ga oss ingen gode treff som ville besvart vår oppgave. Den kvalitative tilnæringsmåten legger fokuset på hele mennesket, og i arbeidet med psykisk sykdom ble det ansett som svært viktig. Litteraturstudien viste til flere kvalitative studier og ble ansett som relevant, da denne artikkelen besvarte mye av vår problemstilling og et fokusområde som var svært relevant.

Det er første gang vi gjennomfører en litteraturstudie, og dette bør tas med i betraktningen. Mye tid har blitt brukt på oversette å tolke innholdet i artiklene, da disse var på engelsk, dette gjør at det kan ha blitt misforståelser i arbeidet med tolkningen. En slik studie gir rom for flere tolkninger. Relevante artikler kan ha blitt utelukket, som mulig kunne ha påvirket vårt

resultat. Resultatene som kommer fram i denne litteraturstudien bes derfor om å overveies med forsiktighet. I all hovedsak har det blitt benyttet primærkilder så langt det har latt seg gjøre, men i de tilfellene der dette ikke har vært en mulighet har det blitt benyttet sekundærkilder.

De artiklene som er inkludert er gjort på verdensbasis. Studiene ble vurdert til å være relevante selv om de er fra flere deler av verden, fordi forekomsten er nokså lik på verdensbasis, og vi kunne relatere behandlingsmetoden og tilnæringsmetodene med det som finner sted i Norge. Normer, kulturer og behandlingsmetoder vil variere fra sted til sted, samt innad i land, slik som i Norge, men behovet for kunnskap om lidelsen er like viktig. Innholdet i noen av artiklene som viste store variasjoner til Norge ble ekskludert.

De studiene som er blitt inkludert i oppgaven, legger fokuset på schizofrene pasienter som nylig har eller allerede er diagnostisert med schizofreni.

6.0 Konklusjon

Pasienter som er diagnostisert med en schizofreni diagnose er i en svært sårbar situasjon. Som sykepleier står vi i en sentral posisjon i å støtte og hjelpe disse pasientene, samt skape gode relasjoner. Ved at sykepleierne har god kunnskap, erfaring og en behandlingsplan å forholde seg til, kan man oppnå gode resultater. Det vil si at sykepleiere kan forebygge videre sykdomsutvikling, og forhindre nye psykoser i å oppstå. Pasienter med en schizofreni diagnose er ulike, det vil si både symptomer, sykdomsbilde og atferd. Derfor er det viktig med god kommunikasjon, gode relasjoner og tillit, samt at man som sykepleier har gode tilnæringsmetoder. For å oppnå dette må man ha et godt tverrfaglig team, og kunne jobbe på tvers av disse. Når sykepleiere møter denne pasientgruppen står de i en unik posisjon for å hjelpe pasientene videre. Ved at man har god kunnskap i å kartlegge, observere og tilrettelegge for hver enkelt pasient kan dette være med på å forebygge en utvikling av psykose. Som sykepleier må man kunne møte pasienter med schizofreni med det åpent sinn og respekt, man må møte pasienten der de er, samt kunne sette seg inn i deres situasjon så langt det lar seg gjøre.

Konklusjonen er at schizofrene pasienter som gjennomgår psykose er en liten gruppe pasienter, men som sårbart trenger den støtten og kunnskapen som trengs fra sykepleiere. Sykepleiere må derfor ha denne kunnskapen både om hva lidelsen er, symptomer på lidelsen, samt psykose og hvordan håndtere en slik situasjon. Med den kunnskapen kan sykepleiere lettere hjelpe pasientgruppen med forebygging av psykose.

At relasjonen mellom sykepleier og pasient er god er en viktig faktor for at man når målene man setter seg. Om sykepleierne har god kunnskap og erfaring vil sykdomsforløpet til pasienten kunne forbedres.

Litteraturliste

Cort, E., Meehan, J., Reeves, S. og Howard, R. (2018), Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: A Clinical Update, *Journal of psychosocial nursing*, 56(1), s.37-47, DOI: [10.3928/02793695-20170929-02](https://doi.org/10.3928/02793695-20170929-02)

Dalland, O. (2012) Etske overveielser og personvern. 5.utg. I: *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.95-109

Dalland, O. (2012) Hva er metode. 5.utg. I: *Metode og oppgaveskriving* Oslo: Gyldendal Akademisk, s.111-122.

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.887-905

Harboe, Ingrid (2012) På søkekurs i York, *SMH-Nytt*, 37(1), s.1-5. Tilgjengelig fra: <https://boap.uib.no/index.php/smhn/article/view/332/357> (Hentet: 29.04.19)

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. og Løkke, J A. (2009) Det humanistiske perspektivet, i *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 239-279

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karolsson, B. og Løkke, J.A. (2009) Det systemiske perspektivet, i *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.280-331.

Helsebiblioteket (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Tilgjengelig fra: [file:///C:/Users/sigsi/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sigsi/Downloads/Sjekkliste%20Kvalitativ%202018%20(1).pdf)

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§4> (Hentet: 12.04.19)

Holter, I.M. (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.110-112

Hummelvoll, Jan Kåre (2012) Angst, i *Helt – ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.153-171

Hummelvoll, J.K. (2012) Psykiatrisk sykepleie som fagområde, i *Helt – ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.23-50

Hummelvoll, J.K. (2012) Samarbeid med psykotiske mennesker, i *Helt – ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.337-374

Håkonsen, K.M. (2014) Individ og fellesskap, i *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.183-203

Jacq, K.de, Norful, A.A. og Larson, E. (2016), The variability of Nursing Attitudes Toward Mental Illness: An Intergrative Review, *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), s.788-796, DOI: 10.1016/j.apnu.2016.07.004

Johannessen, Jan Olav (2002). Schizofreni – omfang og betydning, *Tidsskriftet den norske legeforening*, 122, s.2011-2014. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2002/08/tema-schizofreni/schizofreni-omfang-og-betydning> (Hentet: 25.04.19)

Kim, S.H., oversatt og bearbeidet til norsk av I.M. Holter (2015) Sykepleieprofesjonens grunnleggende kjennetegn – det kunnskapsfilosofiske grunnlaget, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.142-144

Liu, Y., Yang, X., Gillespie, A., Guo, Z., Ma, Y., Chen, R. og Li, Z. (2018), Targeting relapse prevention and positive symptom in first-episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study, *Psychiatry Research*, 272, s.275-283, DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.130

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? – Virginia Hendersons svar, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*.5.utg. Oslo: Cappelen Damm, s.119-141

McGlashan, T.H. (2015), From Treating to Preventing Psychosis: Personal Perspectives, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(5), s.352.355, DOI: 10.1097/NMD.0000000000000292

Mijel, B. van, Gaag, M. van der, Kahn, R.S og Grypdonck, M.H.F (2003), Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice, *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), s.165-172, DOI: 10.1016/S0883-9417(03)00087-6

NSD – Norsk senter for forskningsdata (2019), *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok> (Hentet: 15.04.19)

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§2-5> (Hentet: 05.04.19).

Rashid, B., Chen, J., Rashid, I., Damaraju, E., Liu, J., Miller, R., Agcaoglu, O., Erp, Theo G.M van, Lim, K. O., Turner, J. A., Mathalon, D. H., Ford, J. M., Voyvodic, J., Mueller, B. A., Belger, A., McEwen, S., Potkin, S. G., Preda, A., Bustillo, J. R., Pearlson, G. D., Calhoun, V. D (2019) A framework for linking resting-state chronnectome/genome features in schizophrenia: A pilot study, *NeuroImage*, 184, S.843-854, DOI: 10.1016/j.neuroimage.2018.10.004 (USA)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Den psykiatriske undersøkelsen, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.133-152

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Forebyggende Psykisk Helsearbeid, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.221-232

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Livets siste faser, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.446-486

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Psykotiske tilstander, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.302-333

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Samtalebaserte behandlingsformer, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.153-198

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2010) Å forholde seg, i *Psykiatriboken – sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.85-92

Slettebø, Å. (2016) Forskningsetikk, i Brinchmann, B.S (red.) *Etikk i sykepleien*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.241-257

Snoek, J.E. og Engedal, K. (2000) Psykiatrien i samfunnet, i *Psykiatri: Kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3.utg. Trondheim: Akribe Forlag, s.219-239

Støren, I. (2013). *Bare søk! – Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Thidemann, Inger-Johanne (2015) Litteratursøk, i *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget, s.83-98

Thidemann, Inger-Johanne (2015) Valg av metode. i *Bacheloroppgaven for sykepleier studenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget, s.76-81

Travelbee, J. (1999) Hva er sykepleie?, i *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s.29-49

Wai, T.C., Mui, J., Gray, R. og Cheung, E. (2016), Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomised controlled trial, *BMC Psychiatry*, 16(42), s.1-14, DOI: 10.1186/s12888-016-0744-6

Won, M.R, Lee, K.J, Lee, J.H. og Choi, Y.J. (2012), Effects of an emotion management nursing program for patients with schizophrenia, *Archives of Psychiatric Nursing*, 26(1), s.54-62, DOI: 10.1016/j.apnu.2011.02.006

