

**Avsluttende eksamen i sykepleie.
SPL3901**

**05HBSPLH
Kandidatnummer 503**

**Kan egostyrkende sykepleie hindre unødig innleggelser i
psykiatrien?**

**Høgskolen i Gjøvik avdeling for helse omsorg og sykepleie (AHOS). Seksjon for
sykepleie.**

Mai 2008

Antall ord: 8723

SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull **05HBSPLH**

Gruppe nr. **503**

Dato **07.05.2008**

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Tittel

Kan sykepleieren i et ambulerende akutteam ved bruk av egostyrkende sykepleie være med på å forhindre unødig innleggelse i psykiatrien?

English tittel

Can nurses in a psychiatric emergency team use ego-strengthening nursing principles to prevent unnecessary hospital admittances?

Sammendrag

Denne avsluttende bachelor oppgaven i sykepleie fordyper seg i hvordan sykepleieren som jobber i et ambulerende akutteam kan forhindre unødig innleggelse i psykiatrien ved hjelp av Livs Strands egostyrkende sykepleieprinsipper. Oppgaven er knyttet opp i mot en mannlig pasient med diagnosen alvorlig depresjon.

Abstract

This final exam for a bachelor degree in nursing questions how nurses that work in a psychiatric ambulant emergency team can prevent unnecessary hospital admittances to psychiatric units by using Liv Strand's ego-strengthening nursing principles. The problem is enlightened and explained by connecting a case with a male patient suffering from a serious depression.

Nøkkelord

egostyrkende sykepleie, ambulerende akutteam, depresjon, kommunikasjon, Strand, Travelbee, autonomi,

Keywords

ego-strengthening, ambulant emergency team, depression, communication, Strand, Travelbee, autonomy,

Klausul på utlån av oppgaven/delprodukter

NEI **X**

JA

**”Sånn er det depresjonen slår til. Du våkner en dag
og er redd du må leve.”**

(Elizabeth Wurtzel)

INNHold

1.0 INNLEDNING	7
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	7
1.2 Presentasjon av case.....	8
1.3 Problemstilling.....	9
1.4 Avgrensning og presisering	9
1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen.....	9
2.0 METODE	10
2.1 Metodebeskrivelse	10
2.2 Valg av teoretiker.....	11
2.3 Kildekritikk.....	11
2.4 Oppgavens oppbygging	11
3.0 TEORI	13
3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori	13
3.1.1 Travelbees definisjon av kommunikasjon	13
3.1.2 Travelbees definisjon av sykepleie.....	14
3.1.3 Travelbees menneske til menneske forhold.....	14
3.2 Depresjon	14
3.3 Egostyrkende sykepleie	16
3.3.1 Det moderlige og det faderlige prinsipp.....	16
3.3.2 Liv Strand definerer 12 egostyrkende sykepleieprinsipper.....	17
3.3.3 Kontinuitet og regelmessighet.....	17
3.3.4 Realitetsorientering.....	18
3.3.5 Verbalisering.....	18
3.3.6 Krav og mål.....	18
3.3.7 Pedagogisk tilnærming	19
3.3.8 Praktiske gjøremål samhandling	19
3.3.9 Fysisk omsorg	19
3.4. Egopsykologi og egofunksjoner	20
3.5 Selvstendighet og avhengighet	21
3.6 Ambulerende akutteam og akutteamets oppgaver.....	22
3.6.1 Ambulerende akutteam.....	22
3.6.2 Tverrfaglig samarbeid	23
3.6.3 Individuell plan	23
3.6.4 Leon-prinsippet(laveste effektive omsorgsnivå)	23
3.7 Asyl.....	24
3.8 Lobotomi.....	24
4.0 DRØFTING	25
4.1 Det første møte mellom kåre og ambulerende akutteam.	25
4.2 Hjemmebesøk hos Kåre	27
4.3 Ansvarliggjøring	28
4.4 Pedagogisk tilnærming	29
4.5 Pedagogisk tilnærming til ADL ferdigheter	29

4.6 Autonomi eller paternalisme?	31
4.7 Tverrfaglig samarbeid	32
4.8 Koordinering og Individuell Plan	32
4.9 Positive effekter ved å unngå innleggelse.....	33
4.10 Fordommer og kjønnsmessige forskjeller.....	33
5.0 AVSLUTNING	36
5.1 Konklusjon.....	36
5.2 Etterord	37
5.3 Prosessevaluering.....	37
6.0 LITTERATUR- OG WEBRESSURSER	39

1.0 INNLEDNING

Innledningen skal presentere og legge til rette for hoveddelen.(Dalland, 2004)

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

I løpet av tre studieår på sykepleierhøgskolen har jeg hatt variert praksis på forskjellige poster - medisinsk, kirurgisk, føde og barsel, sykehjem, praksis i helsesøstertjenesten og psykiatrisk praksis. Da jeg startet sykepleiestudiet, begynte jeg i tillegg å jobbe innen psykiatrien. På forhånd hadde jeg ingen erfaring med dette fagfeltet, men etter å ha jobbet som ekstravakt hele studietiden både på en allmennpsykiatrisk og en akuttpsykiatrisk post så har jeg fått noe erfaring fra et spennende fagfelt. I tillegg hadde jeg en veldig spennende og lærerik praksisperiode innen psykiatrien. I løpet av disse årene har jeg funnet ut at det fagfeltet jeg interesserer meg mest for, er psykiatrien – og det er dette jeg ønsker å jobbe med etter endt utdanning. Med dette som bakteppe så ønsket jeg å skrive en oppgave fra dette store fagfeltet. Siden jeg etter hvert har opparbeidet meg kunnskaper om det å arbeide på en sengepost, så ønsket jeg å skrive om noe litt annet – men om et tema som også vil være aktuelt i en psykiatrisk sengepost. For meg ble det da naturlig å sette meg inn i det arbeidet som utføres ved det ambulerende akutteamet ved min arbeidsplass.

Jeg ser på denne oppgaven som en gylden mulighet til å utvikle meg faglig, fordype meg og å få innblikk i hvordan helsepersonell ved akutteamet arbeider. Akutteamet er ment å være et alternativt tilbud til innleggelse i psykiatrien. Når pasienter blir innlagt så griper vi inn i hele deres verden og kanskje er vi ikke gode nok til å utvikle deres strategier for mestring av egen hverdag. Det foregår en stor diskusjon i en del psykiatriske miljøer i forhold til såkalte ”unødvendige innleggelser” som kanskje i noen tilfeller er mer til skade enn nytte. Jeg skriver denne oppgaven fordi jeg selv føler at jeg har sett flere eksempler på hva unødig innleggelser kan føre til.

1.2 Presentasjon av case

Caset er konstruert, og ikke basert på en reell pasient.

Kåre er 55 år gammel enkemann og bor alene. Han har ikke hatt psykiske plager tidligere. Han har vært veldig stille og tilbaketrukket de siste ukene, og han har sluttet å ringe til familie og venner. De siste dagene har han uteblitt fra jobb. Han beskriver at han føler han ikke har energi til noe, han føler seg sliten og har problemer med søvnen. Kåre forteller også at han har sluttet å se på tv fordi han ikke får med seg det som skjer på skjermen likevel. Kåre sier også at han har sluttet å lese aviser.

Han bor i en enebolig med stor hage. Hagen har alltid vært velstelt og pen, men nå ser den nesten ut som en gjengrodd jungel. Kåre har heller ikke betalt regninger på flere måneder. Det var sønnen som låste seg inn i huset etter tips fra naboen som varslet om at de har ikke sett Kåre på flere uker. Sønnen fant faren sin ustelt, møkkete og tynn. Han har gått ned mange kilo sier sønnen. Sønnen ringte til fastlegen bestilte time og forlangte at faren skulle bli med. Sønnen ville at Kåre skulle vaske seg og stelle seg før de reiste til fastlegen, men Kåre nektet.

Fastlegen henviser Kåre, til et distriktspyskiatrisk senter (DPS) som har et ambulerende akutteam. Kåre får en konsultasjon med legen sammen med sønnen sin og en person fra ambulerende akutteamet. Under samtalen får pasienten tilbud om å, i stedet for innleggelse på sengepost, bli fulgt opp hjemme gjennom det ambulerende akutteamet. Pasienten svarer ja, og ser litt lettet ut og sier at han føler at dette er riktig siden han ikke vil bli innlagt på "asylet". Akutteamet avtaler et møte med Kåre og hans sønn dagen etter kl 10 00. Pasienten reiser hjem sammen med sønnen.

1.3 Problemstilling

Jeg har valgt å fordype meg i følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleieren i et ambulerende akutteam ved bruk av egostyrkende sykepleie være med på å forhindre unødig innleggelse i psykiatrien?”

1.4 Avgrensning og presisering

På grunn av oppgavens størrelse og karakter velger jeg å begrense oppgaven slik at oppgaven fokuserer på menn med diagnosen alvorlig depresjon, men uten psykotiske symptomer - og uten fremtredende suicidale tanker (se teori F32.2). Jeg velger diagnosen depresjon fordi jeg gjennom, praksis, jobb og hospitering har erfart at depresjon er den hyppigst forekommende psykiske lidelsen. Faglitteraturen bekrefter også dette. De fleste depresjoner har et innslag av angst men jeg går ikke nærmere inn på dette. I forbindelse med behandlingen av pasienten, så tar jeg utgangspunkt i Liv Strand sine egostyrkende sykepleieprinsipper, men jeg kommer ikke inn på alle de 12 prinsippene, dette gjør jeg for å begrense oppgavens størrelse, samt at jeg mener at alle prinsippene (for eksempel skjerming) til Livs Strand ikke er gjennomførbare når pasienten skal behandles poliklinisk gjennom et ambulerende akutteam. Jeg går heller ikke gått inn på f. eks medisiner og ECT-behandling fordi dette ville ha blitt en hel oppgave i seg selv.

1.5 Definisjon av begreper i problemstillingen

Her definerer jeg kort hva jeg legger i begrepene i problemstillingen.

Sykepleier: Person med treårig grunnutdanning i sykepleie og autorisasjon, eventuelt med videreutdanning innen f. eks psykisk helsevern.

Ambulerende akutteam: Blir beskrevet i teoridelen.

Egostyrkende sykepleie: Blir tatt opp i teoridelen.

2.0 METODE

2.1 Metodebeskrivelse

”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, 2004)

Får å belyse problemstillingen har jeg foretatt en litteraturstudie, men jeg har også brukt mine egne erfaringer fra praksis og arbeid i psykiatrien. Et litteraturstudie er, i følge Dallan, et studie der problemstillingen drøftes mot allerede eksisterende litteratur. En slik studie er avhengig av gode, relevante, og sikre kilder. Derfor har jeg vært nøye med valg av kilder i oppgaven.

Det meste av litteraturen henter jeg i fra pensumbøkene. Jeg har også brukt internettressurser. Jeg har brukt databasen <http://www.shdir.no> der brukte jeg søkeordene *ambulerende akutteam* og *individuell plan*. Jeg har også brukt databasen <http://www.sykepleierforbundet.no/> her brukte jeg søkeordene *yrkesetiske retningslinjer*.

Jeg har også funnet noe litteratur ved å benytte litteraturhenvisninger i den opprinnelige litteraturen jeg har brukt, og etter tips fra hospiteringen ved det ambulerende akutteamet. Jeg har også selvvalgt litteratur med i oppgaven, nemlig en selvbiografisk bok av Elizabeth Wurtzel. Hun beskriver *hva* depresjon er så bra at leseren er nesten dømt til å gjennomleve noe som ligner en, men det skal sies at denne boken er noe omdiskutert.

Svakheten med litteraturstudie, er at den ofte ikke viser hvordan ting fungerer i praksis - men viser hvordan det bør være etter lover og regler, etikk, fagbøker og fagartikler. På denne måten måtte jeg basere oppgaven på det *andre* mener eller kommet fram til, selv om jeg nødvendigvis flettet inn egne erfaringer også.

En stor fordel med denne metoden er at på denne måten kunne jeg bruke mesteparten av min tid til å lese og fordype meg i litteraturen.

Jeg har også hatt 60 timer med praksis ved DPS Gjøvik, Døgnetenhet Gjøvik, Akutteamet. Der jeg fikk være med på førstesamtaler, vurderingssamtaler, hjemmebesøk hos pasienter, pasientsamtaler med psykolog og tverrfaglige møter med lege, psykiatrisk sykepleier, barnevernspedagog og sosionom.

Jeg har også hatt flere uformelle samtaler med psykiatriske sykepleiere, psykolog, lege, og sosionom, om hvordan enheten (ambulerende akutteam) fungerer.

2.2 Valg av teoretiker

Jeg har valgt Joyce Travelbee som teoretiker fordi jeg synes teorien hennes er relevant og anvendelig i psykiatrien. Her tenker jeg først og fremst på begreper som empati og kommunikasjon, som jeg er like opptatt av som det hun er. Jeg hadde også tenkt å ha med Kari Martinsen men på grunn av oppgavens størrelse måtte jeg dessverre utelate denne sterke norske teoretikeren fra denne oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Litteraturen om egostyrkende sykepleie hentet jeg kun fra Liv Strand. Dette igjen på grunn av oppgavens størrelse. På grunn av dette så har jeg muligens et noe ensidig innblikk i hva egostyrkende sykepleie er.

Jeg har dessverre ikke hatt så mye litteratur å velge i når det gjelder ambulerende akutteam. Fordi ambulerende akutteam først ble etablert i 2004 så det er ikke så mye stoff om det enda, men det begynner å komme noe tilgjengelig stoff og forskning. Jeg har også brukt boka til Joyce Travelbee "*Mellommenneskelig forhold i sykepleie*" (KILDE) Denne boka er en oversatt primærkilde, med de svakhetene dette innebærer.

2.4 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven er bygget opp rundt et svært tradisjonelt, vitenskapelig "skjelett", og inneholder de samme hoveddelene som de fleste oppgaver av denne typen.

I innledningen her presenterer jeg bakgrunn for valg av problemstilling, presenterer case, og selve problemstillingen. Etter dette avgrensner og presiserer jeg oppgaven og definerer begreper i problemstillingen.

Under kapittelet om metode forklarer jeg metoden jeg har valgt.

I teoridelen presenterer jeg sykepleierteoretiker Joyce Travelbee og begreper som er viktige for å kunne belyse problemstillingen. Her skriver jeg også om kommunikasjon og sykepleierens utfordringer.

I drøftingsdelen her diskuterer jeg problemstillingen opp imot teori, mine erfaringer, og mine synspunkter.

Under konklusjon konkluderer jeg og evaluerer prosess og produkt.

3.0 TEORI

Her presenteres teorien jeg har valgt for å belyse problemstillingen. (Dallan, 2004)

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i USA, i New Orleans, i 1926. Hun døde i 1973 bare 47 år gammel. Hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og hennes sykepleietenkning retter oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hennes filosofi og sykepleietenkning har hatt, og har, stor innflytelse på utviklingen av den norske sykepleierutdanningen. Spesielt begrepet empati er sentral i Joyce Travelbees sykepleieteori. Travelbee er sterkt opptatt av betydningen av personlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Hun er kritisk til betegnelsen / begrepene pasient og sykepleier fordi disse betegnelse stimulerer til ensformig rolleoppfatninger. Hun mener at disse betegnelse tåkelegger det unike i det enkelte individ. Hennes teorier hjelper sykepleieren til å etablere gode hjelpeforhold til syke mennesker. (Travelbee 1999)

3.1.1 Travelbees definisjon av kommunikasjon

Travelbee sier at kommunikasjon er et middel til å bli kjent med pasienten, til å forstå og møte pasientens behov, og hjelpe vedkommende til best mulig mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er en prosess - en dynamisk prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske forhold og dermed oppfylle sykepleierens mål og hensikt, som er å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom, lidelse – og å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. Travelbee nevner også at ved ethvert møte mellom helsepersonell og den som mottar omsorgen foregår det kommunikasjon mellom dem. Kommunikasjon foregår både verbalt, ved bruk av ord, og også non-verbalt når de kommuniserer når de ikke sier ting med ord. Et eksempel på non-verbale kommunikasjon er når den syke kommuniserer gjennom holdning, atferd, sitt utseende, ansiktsuttrykk (mimikk), og manerer. (Travelbee 1999)

3.1.2 Travelbees definisjon av sykepleie

Joyce Travelbee definerer sykepleie som at ”sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene”. (Kristoffersen 2000)

3.1.3 Travelbees menneske til menneske forhold

Joyce Travelbee legger vekt på at sykepleieren skal etablere et menneske til menneske forhold som skal etableres etter at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom flere forutgående, sammenhengende faser. (Travelbee 1999)

3.2 Depresjon

ICD-10 er WHO (World health organization) sin internasjonale, standardiserte klassifisering av sykdommer og diagnoser. Diagnosen F32.2 er ”Alvorlig depressiv episode uten psykotiske symptomer.” (ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. 2007)

Typiske kjennetegn ved depresjon som beskrives i ICD 10 redusert konsentrasjon og oppmerksomhet, redusert selvfølelse og selvtillit, skyldfølelse og mindreverdighetsfølelse, triste pessimistiske tanker om fremtiden, planer om, eller utføring av, selvskaide eller mord, søvnforstyrrelse og redusert appetitt.

Depresjon er en psykisk lidelse som er preget av vedvarende nedstemthet, lav selvfølelse, tap av interesse for vanlige aktiviteter og redusert evne til å oppleve glede. Pasienter med denne diagnosen har ofte også somatiske symptomer som søvnløshet, appetittmangel og smerter i kroppen. Depresjonen kommer enten lagsomt og snikende, eller akutt. (Kringlen 2005)

Kristoffersen sier at inntak av væske og ernæring er livsnødvendig, men lysten på mat er blant annet avhengig av i hvilken grad en opplever å være ren og velstelt. (Kristoffersen 2000)

Depresjoner klassifiseres som enten reaktive eller endogene. En endogen depresjon oppstår uten at det er mulig å finne noen utløsende årsak. Dette kan ha sammenheng med arv, sosiale forhold, psykologiske mekanismer og biokjemiske forhold i hjernen.

En reaktiv depresjon oppstår etter ytre påvirkning som for eks, forandringer i livssituasjonen eller etter spesielle hendelser som innebærer en større belastning for pasienten. (Pedagogisk psykologisk ordbok 1993)

Det er dobbelt så mange kvinner enn menn som får diagnosen depresjon. Forskjellen knyttes som regel til sosiale og kulturelle faktorer.

Tradisjonelt sett ser vi store forskjeller når vi ser på hva samfunnet forventer av menn versus kvinner. Menn skal tradisjonelt sett gå inn i en rolle som tilsier at de skal være sterke, vellykkede, selvkontrollerte og kunne håndtere problem på egen hånd. Samtidig skal de være tilbakeholdende med å vise følelser, kanskje bortsett fra sinne.

Kvinner skal tradisjonelt sett gå inn i en rolle som tilsier at de skal være aktive og vellykket på alle områder både yrkeslivet og kanskje spesielt hjemme. Kvinnen skal gjerne også ofre karrieren for familien og barna. Det forventes også at kvinnen skal være avventende og følsom. Når det gjelder selvrespekt så knytter mange kvinner selvrespekten i forhold til utseendet sitt. (Hummelvoll, 2004)

Man ser som oftest at et menneskes evne til mestring blir svekket ved en depresjon.

Lazarus og Launier definerer mestring som handlingsorienterte prosesser eller psykiske prosesser i et individ som forsøker å redusere eller tolerere indre eller ytre krav og konflikter, som setter individet på prøve som vanlig vis overstiger individets ressurser. (Kringlen 2005)

Mestring er menneskets forsøk på å beherske en situasjon. Hvordan vi mestrer en situasjon er vel sannsynligvis sterkt preget av den læringen vi har hatt i forbindelse med lignende situasjoner tidligere.

Vi søker som personer selvrespekt og positiv bekreftelse fra andre personer som er selvstendige og lever etter samfunnets verdier og normer. (Omsorg sykepleie og medisin. 2003)

Spesielt kan man se at en persons ADL ferdigheter blir noe svekket. I forbindelse med utøvelse av sykepleie så er ADL et sentralt begrep. ADL står for ”activities of daily life” og er en betegnelse for et menneskes evner til å mestre dagliglivets funksjoner. Blant annet inngår et menneskes evne til personlig stell, av og på kledning, evnen til å ta medikamenter riktig, matlaging, tilrettelegging av måltid, innkjøp, husarbeid evnen og lysten til sosiale aktiviteter utenom hjemmet. (Strand, 2004)

Personlig hygiene er også et eksempel på en ADL ferdighet, og brukes spesifikt om stell av kroppen. God personlig hygiene er en av forutsetningene for at en skal oppleve helse og velvære. (Kristoffersen 2000) Velvære brukes om den følelsen, og opplevelsen av å ha det bra eller å være tilfreds. (Kristoffersen 2000)

Regresjon kan også være noe vi ser hos mennesker med depresjon. I følge pedagogisk psykologisk ordbok er regresjon en psykologisk forsvarsmekanisme som arter seg som tilbake fall eller tilbakevending til atferd, væremåte og reaksjonsmåter fra et tidligere utviklings trinn. (Pedagogisk psykologisk ordbok 1993)

3.3 Egostyrkende sykepleie

Egostyrkende sykepleie er en måte å hjelpe mennesker som har nedsatt, sviktende ego fungering med å prøve å styrke dette via tilrettelegging av miljø og forskjellige terapeutiske måter å tilnærme seg og forholde seg til pasientene på. (Strand, 2004).

3.3.1 Det moderlige og det faderlige prinsipp

Det moderlige og det faderlige prinsipp: er de overordnede prinsippene for egostyrkende sykepleie. De er begge nødvendige for vekst og utvikling. Det moderlige prinsipp symboliserer en base og en beskyttelse der kravløshet, trofasthet,

og kontinuitet, er sentralt. Det faderlige prinsipp innebærer et (puff) ut i verden. I form av krav om å utvikle seg, lære seg ting bli kraftfull og livsdugelig.

Det er viktig å finne frem og utvikle begge prinsippene fordi både menn å kvinner har begge de prinsippene i seg. Vi vil aldri kunne ta i bruk kun ett prinsipp av gangen. Vi må bruke begge for å bli (hel) og for å kunne skape noe meningsfylt. (Strand, 2004).

3.3.2 Liv Strand definerer 12 egostyrkende sykepleieprinsipper

Liv Strand beskriver i sin bok (KILDE) 12 prinsipper for egostyrkende sykepleie. Jeg nevner alle under her, selv om de prinsippene som står i kursiv ikke er med i drøftingsdelen i denne oppgaven.

- Kontinuitet og regelmessighet
- *Grensesetting.*
- Verbalisering.
- Krav og mål.
- Pedagogisk tilnærming.
- praktiske gjøremål samhandling
- Fysisk omsorg.
- *Nærhet og avstand.*
- *Skjerming.*
- *Trening i å se valgmuligheter og foreta valg.* (Strand, 2004).
- containing-funksjon
- realitetsorientering

(Strand, 2004)

3.3.3 Kontinuitet og regelmessighet

Dette er selve rammen som må til for å kunne utvikle og etablere et godt sykepleier-pasient forhold (allianse). Det er ofte vanskelig å tilnærme seg psykisk syke

pasienter fordi de ofte har stor mistillit til omverdenen og de isolerer seg i en indre lukket verden.

Det er lite sannsynlig at man kan oppnå allianse med pasienten uten at rammen inneholder følgende punkter: å ha en tålmodig ikke krevende utholdenhet, møte opp å være tilgjengelig igjen og igjen, å bevise gjennom handling at tilbudet (holder vann), tilby kontakt ofte regelmessig å vise at man er til å stole på. (Strand, 2004).

3.3.4 Realitetsorientering

I følge Liv strand realitetsorientering er å informere pasienten om virkeligheten når ego ikke er i stand til å ivareta realitetsprinsippet. Dette må skje slik at pasienten vokser på det og ikke føler seg avvist.

3.3.5 Verbalisering

Gjennom kommunikasjon stimulere pasienten til å sette ord på sine opplevelser tanker, følelser og konflikter. Vi kan da hjelpe pasienten til å bearbeide og identifisere problem. Verbalisering kan være et bidrag til realitets orientering Følelser og hendelser vi kan ha begrep og ord på, blir da lettere å hankses med. Å sette ord på kaotiske og kanskje skremmende opplevelser innebærer at de blir mer konkrete og mer håndterlige. (Strand, 2004).

3.3.6 Krav og mål

Motivere pasienten til å bevege seg mot et mer modent og selvstendig liv gjennom å bruke konkrete, oppnåelige og realistiske mål som er tilpasset pasientens funksjonsnivå. Slike krav og mål angir retning og samling og virker motiverende. (Strand, 2004).

3.3.7 Pedagogisk tilnærming

Gjennom veiledning og undervisning og som rolle modell hjelpe pasienten, til å mestre sitt liv.(Strand, 2004).

3.3.8 Praktiske gjøremål samhandling

Praktisk aktivitet eller samhandling som er konkret, oversiktlig, og avgrenset for pasienten. Disse aktivitetene bør tilrettelegges på en slik måte at pasienten opplever mestring og gjennom opplevelse av mestring blir motivert. På denne måten hjelper sykepleieren pasienten til å gi ego-samling. (Strand, 2004).

3.3.9 Fysisk omsorg

Psykiatriske pasientenes, evne til i varetakelse av de grunnleggende behov er ofte sterkt svekket. I slike tilfeller trenger pas, at sykepleieren overtar og påtar seg styringen.

Det hender at pasienten er sterkt forkommen av å forsømme de fysiske behov over tid. Dette viser seg ofte ved at pas, snur døgnet sover lite, spiser lite og usunt, drikker mye kaffe, røyker mye, slutter å stelle klær og kropp, og kler seg uhensiktmessig. (Strand, 2004).

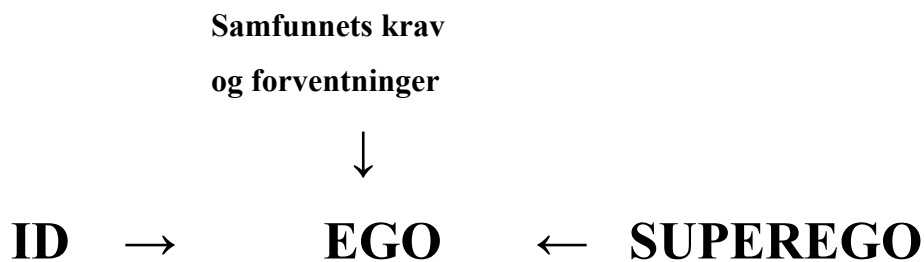
3.4. Egopsykologi og egofunksjoner

Jeg velger å se nærmere på disse begrepene, fordi jeg mener det er viktig å ha kjennskap til dette for å kunne forstå hvordan man kan styrke pasientens egofungering. Freud sier at personligheten består av tre ulike deler, som er id, ego, og superego. (Hummelvoll, 2004 s,320)

Id står for det mest primitive delen av vår personlighet og styres etter lyst prinsippet som menneske fødes med og krever øyeblikkelig tilfredsstillelse. Id inneholder aggressive og erotiske krefter. (Hummelvoll, 2004 s,320)

Ego regulerer selvbildet og har en vurderende og impulskontrollerende oppgave og er den delen av personligheten som forstår at det er hensiktmessig å rette seg etter omgivelsenes krav, og finner akseptable måter å gå fram, for å få dekket behov. (Hummelvoll, 2004)

Superego dannes ved 3-4 års alderen. Representerer den moralske dømmende instans som består av verdier og normer som id møter fra omgivelsene. (Hummelvoll, 2004 s,320)



Empati er et svært sentralt begrep innen alle områder hvor man har kontakt med andre mennesker. ”*Empati er evnen til å føle og oppleve som andre, å kunne leve seg inn i andres roller og å oppfatte situasjoner fra andre synspunkter enn sitt eget*”. (Pedagogisk psykologisk ordbok 1993)

3.5 Selvstendighet og avhengighet

Autonomi er et svært sentralt begrep i arbeidet med andre mennesker. Dette er et gresk ord, og er sammensatt av to ord - **Auto** som betyr selv, og **nomos** som betyr lov, styring, regulering. Selvbestemmelse er det norske ordet som er det mest dekkende for autonomi. Selvbestemmelse innen sykepleien handler ofte mye om to ting, nemlig retten til å bestemme behandlingsform og retten til å nekte behandling. (Sykepleie og etikk. 2006)

Brukermedvirkning er et begrep vi kanskje kjenner bedre og som det fokuseres svært mye på i dagens helsevesen, brukermedvirkning er svært nært knyttet opp mot autonomibegrepet.

”Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg”. ”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.” (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Punkt 2.3 og 2.4)

Paternalisme er et annet begrep her. Dette er definert som en form for formynderi og bedrevitenhet fra yrkesutøverens side. Den omsorgtrengende fratras mulighetene for å påvirke sin egen situasjon. Den profesjonelles handlemåte begrunnes med at det alltid er han (sykepleieren / omsorgsgiveren) som vet hva som er til den andres beste, og den annen part fratras muligheten til å påvirke sin situasjon. (Moderne omsorgsbilder 1990)

Svak paternalisme Forutsetter at sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon og forsøker å forstå situasjonen mest mulig fra pasientens perspektiv (dette krever empati) og handler på en måte som gagnar pasienten best. Dette innebærer at sykepleieren må bruke sine erfaringer og faglig kjønn. Dette er basert på en erfaring og kunnskaper som pasienten ofte ikke har. På denne måten kan sykepleieren velge den beste og mest helsebringende behandlingen for pasienten. (Kristoffersen 2000)

Avhengighet er i følge Kari Martinsen å være avhengig og ikke klare seg selv. I vår vestlige moderne kultur er forbundet med et sett diskriminerende kjennetegn og negative holdninger. Avhengighet blir forstått som det å ikke være selvhjulpen, og det blir vurdert negativt når det settes opp mot selvhjulpenhet som ideal. Til slutt så vil avhengighet føre til mangel på respekt og anseelse hos andre og lav selvrespekt hos pasienten. (Omsorg sykepleie og medisin. 2003 s, 43)

Institusjonalisering er et fenomen som kan knyttes opp mot avhengighet, og som beskriver hvordan et menneskes mestringsevne kan påvirkes av opphold på institusjoner over tid. For mennesker som bor utenfor institusjon, vil bolig, arbeid og fritid knyttes til ulike sosiale systemer og sammenhenger med forskjellige mennesker. Pasientene som er innlagt på institusjon har liten kontakt med omverdenen. De gjør alt på samme måte og på samme plassen til samme tid hver dag.

På institusjon er det regler og rutiner som styrer hverdagen, og ikke behovene til personene som bor der. Arbeidsmåter, regler og rutiner på institusjonene vil etter hvert påvirke pasientens atferd og vil redusere den som er innlagt. (Kristoffersen 2000)

3.6 Ambulerende akutteam og akutteamets oppgaver.

3.6.1 Ambulerende akutteam

Ambulante akutteam ved DPS-ene er ment å sikre en bedre, mer helhetlig og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer over 18 år i akutte psykiske situasjoner. Slike akutteam er, om det er mulig og forsvarlig, ment å redusere antall unødige innleggelser i akuttpsykiatrien. Et mål med disse tjenestene er at de skal redusere behovet for bruk av tvangstiltak. Tjenesten har som siktemål å redusere presset på sentralsykehusnivå gjennom å tilby flere behandlingsalternativer,

alternativer som først og fremst er basert på brukeres og pårørendes premisser - og i omgivelser hvor de opplever seg mest trygge. Fortrinnsvis vil dette være f. eks i eget hjem. (<http://www.shdir.no>)

3.6.2 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid står svært sentralt ved det akutteamet jeg har hospitert.

Kristoffersen sier at for sykepleiere i hjemmebasert og åpen omsorg er det aktuelt å samarbeidet med andre yrkesgrupper som sosionomer, vernepleiere, barneverns-
pedagoger, for å tilrettelegge tilbudet til enkeltpersoner eller familier med sammensatt behov. Samarbeidet må ta utgangspunkt i en helhetlig plan rettet mot klientens eller familiens situasjon. (Kristoffersen 2000)

3.6.3 Individuell plan

En viktig oppgave for ambulant virksomhet vil være å sørge for at tjenestene er koordinerte.

Retten til individuell plan ble nedfelt i Pasientrettighetsloven i 2001. Den slår fast at det offentlige hjelpeapparat har plikt til å utarbeide en individuell plan for personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester. Individuell plan skal være individuelt tilpasset til den enkeltes behov for tjenester og koordinering. Samtidig skal den sikre at til en hver tid skal være en tjenesteyter, en koordinator, som har hovedansvaret for planen, koordineringen av planen og tjenestemottakeren. (Psykisk helsevernloven § 4)

3.6.4 Leon-prinsippet(laveste effektive omsorgsnivå)

Er et prinsipp som gir god ressurs utnyttelse (økonomisering) gjennom å behandle pasientene på laveste effektive omsorgsnivå. Dette krever tett samspill mellom lokalsamfunnet, kommunehelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten. Obs. Hva som

er den laveste effektive omsorgsnivå vil variere fra person til person, og fra familie til familie. (St. meld. Nr.25 2005-2006 7.1)

Psykiatrisk behandling gjennom et ambulerende akutteam er på et lavere omsorgsnivå enn en innleggelse ved en psykiatrisk avdeling.

3.7 Asyl

Utbygging av asylene i Norge var i perioden mellom 1920 og helt til siste delen av 19. århundret. Personalet ved asylene besto for det meste av ufaglærte pleiere og en og annen sykepleier og en overlege. Overlegen var ofte som en patriark med en faderlig holdning til pasientene. (Kringlen 2005)

3.8 Lobotomi

Psykokirurgien ble utviklet i 1936. Det var mange leger som var i mot behandlingsformen allerede da men problemet var selvsagt at man ikke hadde noe alternativ. I dag vil mange se på lobotomien som et ekstremt tilfelle innenfor psykiatrien. I Norge ble det utført minst 2500 lobotomier fra 1941-1957. (Kringlen 2005)

4.0 DRØFTING

I denne delen drøftes problemstillingen opp imot teori, erfaringer og egne synspunkter. (Dalland, 2004)

4.1 Det første møte mellom kåre og ambulerende akutteam.

For at Kåre skal kunne motta et tilbud om oppfølging gjennom det ambulerende akutteamet (jfr.3.6.1), må han være i stand til å samarbeide om et behandlingsopplegg og han må ha støttende nettverk rundt seg. Oppfølging fra akutteamet er frivillig.

Sykepleieren som jobber i et ambulerende akutteam må være svært opptatt av, og ha særlige kunnskaper knyttet til kommunikasjon med mennesker i krise. Dette fordi det er gjennom kommunikasjon vi blir kjent med pasienten, og pasientens situasjon og det er gjennom god og målrettet kommunikasjon vi kan hjelpe pasienten best. Dette er vektlagt hos Joyce Travelbee i hennes begrep menneske-til-menneske forhold. (jfr. 3.1.3)

Det første innledende møtet mellom Kåre og sykepleieren må foregå i et rolig rom uten forstyrrende elementer. Sykepleieren må gi inntrykk av at han har god tid og må være klar over at det er ikke sikkert at Kåre kommer til å si så mye. Dette fordi pasienter med alvorlig depresjon ofte har en følelse av bunnløs tomhet, redusert konsentrasjons evne, ulogisk tankevirksomhet, lang latens tid og ofte føler de seg hjelpeløse. (jfr. 3.2)

Sykepleieren kan vise trygghet til Kåre ved å bruke god tid, ha et fast håndtrykk og ha jevnlig blikkontakt. Kroppsholdning og non-verbal kommunikasjon (jfr. 3.1.1) har også mye å si. For eksempel så må sykepleieren ikke se på klokken eller sitte med kroppen og ansiktet vendt bort fra Kåre fordi dette sender negative paternalistiske og autoritære signaler til Kåre (jfr. 3.5). Autoritær væremåte av sykepleieren er svært uheldig fordi denne væremåten hindrer, og viser manglende empati (jfr. 3.4) - noe som er viktig for å kunne leve seg inn i Kåres verden og å se

verden gjennom hans briller. Etter min mening kan empati bidra til at han føler seg sett og forstått av sykepleieren.

Sykepleieren kan, for å vise sin empati, nikke bekreftende til Kåre under samtalen og bør komme med innspill og spørsmål under samtalen. Travelbee skriver at under det første møtet vil partene danne et førsteinntrykk av hverandre. Det er viktig at Kåre får et positivt inntrykk av sykepleieren noe som fører til at han blir trygg på sykepleieren og åpner seg. Får Kåre negativt inntrykk av sykepleieren så kan det føre til at pasienten lukker sine tanker og følelser inn i seg, noe som er svært uheldig.

Ut i fra det jeg har lært, erfart og lest så må sykepleieren skape et menneske-til - menneske forhold til Kåre. For å oppnå dette må sykepleieren, som jeg har beskrevet over, ta i bruk både verbal og nonverbal kommunikasjon (jfr 3.1.1).

Travelbee legger stor vekt på viktigheten av kommunikasjon og viktigheten av å skape allianse med pasienten. Jeg har erfart at for å få et helhetlig og realistisk bilde av pasienten så må vi samle inn informasjon og observasjoner både fra pasienten, fra pasientens fastlege, og fra pårørende. Dette krever at sykepleieren har gode kommunikasjonsevner. Informasjonen som sykepleieren får inn, brukes til å danne et så helhetlig bilde som mulig av Kåre slik at sykepleieren kan forstå hans situasjon og kan møte hans behov med helhetlig sykepleie.

Av egen erfaring har jeg også lært at det er viktig at man hele tiden får bekreftet fra pasienten at man har oppfattet det som sies på en riktig måte, hvis ikke så kan det ende med at man har ulike oppfatninger av pasientens problemer og behov. Mine erfaringer fra ambulerende akutteam er at ved bra kommunikasjon så veileder Kåre sykepleieren like mye som sykepleieren veileder Kåre. Det sier oss at Kåre er sykepleierens viktigste veileder, fordi hele tiden må være Kåres behov som må styre og forme hvilken type sykepleie han trenger og får.

Det er her Liv Strands egostyrkende sykepleieprinsipp nr. 3 verbalisering (jfr 3.3.5) kommer inn i bildet. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren stimulere Kåre til å sette ord på sine tanker, følelser, og opplevelser. Verbalisering hjelper Kåre til å

identifisere og senere til å bearbeide det som er vanskelig og problematisk. Det er mye lettere å jobbe med de følelsene og hendelsene vi har ord på. Fordi de blir mer konkrete og mer håndfaste. Verbalisering kan også være det første skrittet mot realitets-orientering (jfr 3.3.4) i de tilfellene dette er nødvendig.

Det er viktig å få en bra dialog med pårørende fra starten av. Med tanke på anamnese og videre helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid med pasienten og pårørende. Jeg har erfart at de pasientene som har ressurser i form av pårørende, venner, og allierte som bryr seg om og støtter pasienten kommer seg raskere gjennom depresjonen en de som står alene.

Det er spesielt viktig å sikre gode rutiner for samarbeid med pasientens lokale nettverk og etablere kontakt med dem så tidlig som mulig. Dette gjelder både det private og det profesjonelle nettverket.

4.2 Hjemmebesøk hos Kåre

Kontinuitet og regelmessighet er Livs Strands egostyrkende sykepleieprinsipp nr.1. Det er nå sykepleieren må vise at han/hun er til å stole på gjennom og tilby kontakt og møte opp punktlig til alle møtene, og på denne måten være trygg og tilgjengelig for Kåre og hans pårørende. Sykepleieren må ha en tålmodig og ikke krevende utholdenhet for å etablere et god sykepleier-pasient forhold. Dette er ofte en krevende prosess fordi psykisk syke mennesker etter min erfaring ofte kan være svært skeptiske og har stor mistillit til omverdenen.

I startfasen mener jeg sykepleieren bør bruke moderlige prinsipper. De symboliserer en base og en beskyttelse der kravløshet, trofasthet, og kontinuitet, står sentralt. Men så fort det er mulig og forsvarlig så må sykepleieren over til neste fase der sykepleieren begynner å bruke både de moderlige og de faderlige prinsippene. De faderlige prinsipper er motpolen til de moderlige prinsipper. De faderlige prinsippene innebærer et ”puff” ut i verden i form av krav om å utvikle seg, lære seg ting å bli kraftfull og livs dugelig. Begge prinsippene er like viktige for å få mening og bli hel. (jfr 3.3.1)

Det faktum at Kåre hadde muligheten til å velge mellom å bli fulgt opp hjemme eller bli innlagt, kan være en motivasjonsfaktor i seg selv, siden dette er noe han ønsket selv. På denne måten tar vi vare på Kåres autonomi (jfr. 3.5) og følger LEON-prinsippet (jfr 3.6.4) også. LEON prinsippet sier at pasientene skal følges opp på lavest effektive omsorgsnivå. Oppfølging gjennom ambulerende akutteamet er for helsevesenet en mer kostnadseffektiv måte å behandle Kåre på en innleggelse på sengepost.

4.3 Ansvarliggjøring

Ved å vise at beslutninger og avgjørelser blir tatt sammen med Kåre, og evt., i samarbeid med pårørende eller andre som følger han opp, så motiverer vi han til videre samarbeid og samtidig, indirekte, legger sykepleieren noe av ansvaret over på han. Dette er en teknikk som heter ansvarliggjøring.

Ansvarliggjøring skjer etter min mening gjennom bruk av Liv Strands egostyrkende sykepleieprinsipp nummer fire, *krav og mål*, (jfr 3.3.6) og nummer seks *praktiske gjøremål samhandling* (jfr 3.3.8).

Ved ansvarliggjøring overlater sykepleieren noe av ansvaret for behandlingen til pasienten. Sykepleieren kan ikke helbrede Kåre alene, han må også bidra og gjøre sin del av ”jobben” for å bli bedre. Det er ingen andre en han som eier og har de problemene han har, og ingen andre en han som får gjort noe med de heller.

Ved ansvarliggjøring og ved å skape åpne samtaler hjemme hos Kåre får vi en dialog hvor pasienten er like delaktig i behandlingen som sykepleieren og legen. De skal gjøre ”jobben” sammen. På denne måten styrkes autonomi og brukermedvirkning (jfr. 3.5), to begreper jeg har beskrevet i teoridelen og som er ekstremt sentrale i det moderne helsevesenet.

Et eksempel på ansvariggjøring er at sykepleieren kan sette opp dagsplan eller ukesplan sammen med Kåre. Det er viktig at Kåre er med på å sette opp denne planen, fordi dette slik jeg ser det gjør Kåre mer motivert til å gjennomføre den. Alle slike planer skal evalueres etter avtalt tid, Slik at sykepleieren vet hva Kåre har

oppnådd og hva han må jobbe videre med. Sykepleieren må gi positiv bekreftelse på det Kåre har oppnådd. Sykepleieren kan gå spesifikt inn i de punktene som Kåre ikke klarte å gjennomføre og spørre han hva er det som gjør at han ikke klarte å oppnå de målene.

Den dialogen vi får gjennom evaluering av dagsplaner, og senere ukesplaner, gir oss mye god informasjon om hva Kåre mestrer, hva som er vanskelig for han og hvordan Kåre opplever sin hverdag. Dette gir oss samtidig muligheten til å endre planen slik at det blir mer individuelt tilpasset. Det er viktig å huske på at slike planer og mål må være konkrete, oppnåelige, realistiske og tilpasset pasientens funksjonsnivå slik at han opplever mestring (jfr. 3.2).

Når Kåre klarer å beherske en situasjon som i sykdomsperioden har oversteget hans ressurser, opplever han mestring. Mestring gir glede, et bedre selvbilde, motivasjon, og følelsen av å ha kontroll som igjen gir styrket egofunksjon. (jfr 3.4)

4.4 Pedagogisk tilnærming

Pedagogisk tilnærming (jfr. 3.3.7) er Liv Strands egostyrkende sykepleieprinsipp nr fem.

Den sier at sykepleieren er en rollemodell for Kåre. For å kunne bli en god rollemodell må sykepleieren ha kunnskaper om ledelse og pedagogikk. Dette fordi at gjennom tilpasset veiledning og undervisning kan sykepleieren påvirke Kåres hverdag – eller hjelpe Kåre til å påvirke sin egen hverdag.

Sykepleieren må passe på å bruke de læringssituasjoner som naturlig byr seg, fordi disse situasjonene ikke er kunstig skapt av en veileder men oppstår naturlig. På denne måten oppleves de mer fordelaktige og ”ekte” for pasienten. Samtidig må sykepleieren til enhver tid kunne vurdere om Kåre er tilgjengelig for å ta i mot den spesifikke type læringen der og da, eller ikke.

4.5 Pedagogisk tilnærming til ADL ferdigheter

For at Kåre skal oppnå best mulig ADL funksjon (jfr 3.2) så må han orke, og ville, ta de utfordringene han har der han bor. Ved behandling på institusjon så ville Kåre

møtt andre type utfordringer, og han hadde måttet takle de utfordringene på ulik måte enn det han ville gjort hjemme. Dette kan føre til at Kåre legger seg til vaner som gjør at han blir helt suveren til å bo på institusjon. Men han samtidig reduserer sin ADL funksjon. Dette er en stor fare ved institusjonalisering (jfr. 3.5) hvis personalet og behandlere ikke er bevisst disse mekanismene.

Kåres selvbilde blir påvirket av det han gjør. Slik jeg har observert pasienter som blir innlagt på forskjellige psykiatriske institusjoner der mesteparten av tiden til tider går med til røyk, kaffe, måltider mellommåltider, stillesitting, mye dødtid og venting. Så vil denne passive livsførselen føre til at Kåre også blir mer å mer passiv. Denne passiviteten vil ha en uheldig påvirkning på hans ADL funksjon.

Jeg vil nå komme med et tenkt eksempel / forslag til pedagogisk tilnærming (jfr 3.3.7). I caset kommer det frem at sønnen finner Kåre ustelt og møkkete. I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (jfr. 3.5) punkt 2.3 står at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å foreta valg. Dette er å ta vare på pasientens autonomi.

Kan sykepleieren gjøre noe i det hele tatt for å få Kåre til å vaske og stelle seg? Sykepleieren kan motivere og påvirke Kåre gjennom veiledning og undervisning. Her vil jeg fokusere på hvordan sykepleieren hos ambulerende akutteam kan bruke pedagogisk tilnærming til helsefremming og sykdoms forebygging. For at Kåre skal kunne foreta et adekvat valg, så må han på forhånd ha fått tilstrekkelig tilpasset, og lett forståelig informasjon om hva manglende personlig hygiene kan føre til. Det sier også yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere under (jfr 2.4)

Gjennom tre år på sykepleierhøgskolen har jeg lært mye om at tilfredsstillende ivaretagelse av personlig hygiene er nødvendig for å bevare helse, forebygge sykdom og oppleve velvære. Dersom urenheter som svette, avstøtt hud eller annet smuss ikke blir vasket vekk fra hud og slimhinner, vil bakteriene trives og formere seg utover det normale, det kan føre til at personen blir mer mottakelig for sykdom.

Hvis vi forestiller oss at Kåre får en infeksjon på grunn av dårlig personlig hygiene. Så vil det meget sannsynlig føre til at hans depresjon forverrer seg. Men hvis sykepleieren klarer å få han til å ombestemme seg, vil Kåre oppleve at å være ren og velstelt har flere positive effekter. God personlig hygiene er en forutsetning til at Kåre skal oppleve helse og velvære. Det å være ren og velstelt i sosiale sammenhenger har betydning for hvordan andre mennesker oppfatter en og de fleste opplever at det er hyggeligere å omgås personer som er rene og velstelte (jfr 3.2).

Vi vet også gjennom caset at Kåre har godt ned i vekt. Personlig hygiene påvirker også matlysten. Inntak av væske og ernæring er livsnødvendig. Men lysten på mat er i mange sammenhenger avhengig av i hvilken grad Kåre opplever å være ren og velstelt (jfr 3.2). For eksempel vil sannsynligvis et godt morgenstell før frokost vil fremme appetitten. Vi må ikke glemme at sykepleieren som er en rolle modell for pasienten må også være ren og velstelt

4.6 Autonomi eller paternalisme?

Kåres evne til å ta vare på seg selv er svekket. Derfor mener jeg at sykepleieren fra det ambulerende akutteamet må overta styringen for han midlertidig. Dette mener jeg blant annet fordi Kåre har sluttet å stelle klær og kropp og har ikke tatt til seg tilstrekkelig med næring. Her kommer dags plan og etter hvert ukes planen inn i bildet.

På ukesplan kan vi sette opp når Kåre skal stå opp og legge seg for å få riktig døgn rytme. Når han skal barbere seg, bade og stelle seg for å bevare hel hud å fjerne kroppens avfallsstoffer. Når han skal spise frokost, lunch, middag, og kvelds. I startfasen har ikke Kåre mye overskudd til å kjøpe inn råvarer til matlaging, og til å tilberede maten. Derfor i et overgangs løsning så kan vi ordne det slik at han får tilkjørt middag fra kommunen.

Men etter hvert må han oppfordres og motiveres til å gjøre dette selv. På denne måten tar vi også i bruk Liv Strands faderlige prinsipp i form av krav om å utvikle seg til å bli sterk og livsdugelig. Hvis vi ikke krever at Kåre skal utvikle seg så vil

han stagnere eller i verste fall regredere (jfr. 3.2), ja kanskje til og med bli så avhengig at det oppstår en grad av institusjonalisering (jfr 3.5).

4.7 Tverrfaglig samarbeid

Sykepleierens evne til å jobbe tverrfaglig (jfr. 3.6.2) hos ambulerende akutteam er viktig. Tverrfaglighet hjelper sykepleieren til å ta de riktige avgjørelsene.

Ambulerende akutteam har tverrfaglige møter hver dag der sykepleieren kan ta opp forskjellige problemstillinger til drøfting. Det at flere mennesker med ulik bakgrunn og utdanning (lege, sosionom, sykepleier, osv) drøfter samme sak gjør at saken blir belyst mer helhetlig. På denne måten kan de velge den beste løsningen for Kåre.

4.8 Koordinering og Individuell Plan

For å koordinere arbeidet rundt Kåre kan vi ta i bruk et verktøy som heter individuell plan (jfr. 3.6.3). Formålet med individuell plan er, ut i fra en kartlegging av hans problemer, ressurser og behov, å bidra til at Kåre får et helhetlig og individuelt tilpasset tilbud. Individuell plan styrker også samhandlingen mellom tjenesteyter, tjeneste mottaker, og pårørende. I tillegg fremmer også samarbeidet mellom forskjellige tjenesteytere.

Noen av pasientene som blir fulgt opp av ambulerende akutteam har individuell plan fra før. De pasientene som ikke har individuell plan og det viser seg at de oppfyller kriteriene til å få det (trenger langvarig oppfølging og mottar forskjellige sammensatte tjenester) blir informert om hva dette er, og hvis de ønsker å ha det så sørger sykepleieren for at pasienten får det og at det oppnevnes en koordinator.

Kåre skal ha mulighet til å påvirke valg av koordinator. Koordinator er den som skal koordinere arbeidet, han skal innkalle til møter, skal følge opp og skal ha ansvaret for Kåres tilbud. Koordinator må ha oversikt over tjenestetilbudene og ha gode kommunikasjonsevner for å kunne tilby helhetlig, og for Kåre best mulig, behandling.

Ambulerende akutteam har dessverre ikke mulighet til å tilby hjelp og bistand over lang tid. Fordi et akutteam er avhengig av å kunne ta i mot nye akutte henvendelser til enhver tid. Dette betyr at koordinatoren hans Kåre må bli en person utenfor det ambulerende akutteamet. For eksempel en psykiatrisk sykepleier fra kommunen. Sykepleieren fra kommunen skal kunne følge opp Kåre etter at den akutte psykiske krisen er over. Når krisen er over blir Kåre tilbakeført til fastlegen eller psykiatrisk poliklinikk for evt., videre oppfølging.

4.9 Positive effekter ved å unngå innleggelse.

Utenfor institusjon har Kåre mange roller som er viktige for hans identitet. På jobben er han arbeidstaker, arbeidskamerat, kollega. I familien er han far, bestefar, og onkel. Nærmiljøet er han nabo, og kamerat. Hvis Kåre blir innlagt på sengepost mister han de fleste av de nevnte rollene han har i dag utenfor institusjon. Ved innleggelse går han inn i pasientrollen som blir den dominerende rollen hans fra innleggelses dag nr1. På mange institusjoner møter vi litt for ”snille” hjelpere som overtar mange av de gjøremålene som Kåre før klarte selv. Rolletap ofte medfører at pasienten mister noe av sine sosiale evner. På denne måten blir pasienten mer hjelpeløs og hjelpavhengig enn det han egentlig er. Dette skjer fordi Kåres ressurser ikke utvikles men tapes.

Ved institusjonalisering er det en rimelig stor sjanse for at hjelpeløsheten og passiviteten til Kåre kan øke fra dag til dag. Dette fører slik jeg ser det også til at avhengigheten hans vil også øke fra dag til dag. Disse reduserende faktorene som Kåre blir utsatt for via institusjonalisering gjør det vanskelig for han å komme hjem igjen og opprette, og mestre, de tidligere rollene som han hadde før.

4.10 Fordommer og kjønnsmessige forskjeller

I caset så sier Kåre at han ikke vil bli innlagt på asylet. En innleggelse hadde han helt sikkert opplevd som svært krenkende.

Dessverre er det fortsatt mange som har fordommer mot psykiatriske pasienter, og det er fortsatt et stykke igjen før psykiske lidelser er likestilt med somatisk sykdom.

Det er derfor viktig å avmystifisere lidelsen slik at pasienter og pårørende blir møtt med respekt og forståelse på lik linje med andre pasientgrupper.

Det er ikke mer en for en 60 år siden ble psykiatriske pasienter innesperret og fastbundet i lenker i asylene. Lobotomering (jfr. 3.8) ble også brukt som en viktig del av behandlingen på 1940-1950 tallet. Disse behandlingsformene ble heldigvis avskaffet etter at mann fikk bedre medikamenter, mer kunnskap og bedre behandlingsformer. I dag blir gruppeterapi, familieterapi, og arbeids terapi brukt som behandlingsform og det blir lagt mer og mer vekt på fysisk aktivitet og dens helsebringende effekter.

Det har altså skjedd mye innen psykiatrien på de siste årene som Kåre og allmennheten ikke har fått med seg. Derfor har mange fortsatt fordommer mot å bli innlagt på ”asylet” (jfr. 3.7). I dag kan mange psykiatriske pasienter leve et tilnærmet ”normalt” liv hjemme.

Depresjon og kjønnsmessige forventninger kan styrke følelsen av fordommer I denne oppgaven fokuserer jeg på menn med diagnosen alvorlig depresjon uten psykotiske symptomer og uten suicidale tanker. I følge fag litteraturen så er det dobbelt så mange kvinner enn menn som får diagnosen depresjon. (jfr. 3.2) Men jeg tror at det er store mørketall.

Dette kan komme av at mange menn ikke har så godt utviklet evne til å tolke følelser live sitt som kvinner har. Samfunnet har også andre forventninger til mannen en til kvinnen. I følge teorien tradisjonelt sett så går de fleste mennene inn i en rolle som sier at de skal være tilbakeholden med å vise følelser bortsett fra sinne.

”Store gutter gråter ikke” Dette kan føre til at menn gjenkjenner ikke de depressive symptomene like godt som kvinner. Mine erfaringer sier også at det er verre for en mann å erkjenne eller vise at mann har problemer enn for en kvinne. Det mennene ofte feiltolker i slike situasjoner er at de ikke forbinder depresjonen med sykdom men med svakhet. Når sosiale og kulturelle faktorer i samfunnet forlanger at mannen skal være sterk, selvkontrollert og kunne håndtere sine problemer på egenhånd da blir det vanskelig for mannen å erkjenne at han har problemer og trenger hjelp.

Jeg tror det er disse kravene og rolleforventningene fra samfunnet som gjør at Kåre ikke har kontaktet fastlegen sin eller noen andre for å be om hjelp.

5.0 AVSLUTNING

I avslutningen skal en samle trådene, kortfattet fortelle hva en har kommet fram til og avrunde oppgaven. (Dalland, 2004)

5.1 Konklusjon

I denne oppgaven søker vi å få svar på følgende problemstilling:

Kan sykepleieren i et akutteam ved bruk av egostyrkende sykepleie være med på å forhindre unødig innleggelser i psykiatrien?

Å hindre unødig innleggelser i psykiatrien er en krevende og utfordrende oppgave for sykepleieren og for det tverrfaglige teamet han jobber sammen med.

Sykepleieren må i sitt arbeid i et ambulerende akutteam ha evner til å jobbe i et tverrfaglig miljø og må kunne se sine begrensninger.

En svært viktig oppgave for sykepleieren i denne type arbeid er å bevare pasientens autonomi, men denne må etter min mening i en del tilfeller bruke svak paternalisme for å yte sykepleie til pasienten. Dette er et vanskelig balansegang som krever at sykepleieren må ha tilfredsstillende fagkunnskaper, tålmodighet, gode kommunikasjonsevner, og ikke minst evnen til empati som er et viktig egenskap som sykepleieren ikke klarer seg for uten.

Pasientsituasjonen må revurderes hele tiden fordi pasientens situasjon er i stadig endring. Situasjonen kan endre seg slik at pasienten må innlegges likevel. Derfor er det nødvendig at sykepleieren ser og oppfatter forandringer i pasient situasjonen.

Jeg har kommet frem til den konklusjonen at de egostyrkende sykepleie-prinsippene som jeg har tatt med i denne oppgaven med stor fordel kan brukes til å forhindre unødig innleggelser i psykiatrien.

Men de må ikke brukes hver for seg, for det gir ingen mening å kun benytte et prinsipp om gangen. Skal vi yte helhetlig sykepleie, må vi alltid tenke og arbeide helhetlig ved å bruke alle de prinsippene pasienten trenger. Prinsippene må brukes

sammen i en helhet for å ha terapeutisk virkning. Det er denne terapeutiske virkningen som klarer å holde pasienten utenfor institusjon.

Det er viktig å huske på at ved at sykepleieren hjelper Kåre så hjelper sykepleieren også familien, pårørende og samfunnet også.

Jeg mener at disse prinsippene kan med fordel brukes av psykiatrisk hjemmetjenesten også for å oppnå samme mål: forhindre unødige innleggelser i psykiatrien.

5.2 Etterord

Jeg har lagt ned mye arbeid i denne oppgaven og der med ikke er i stand til objektivt å vurdere kvaliteten. Når dette er sagt, så kan jeg innrømme at jeg er fornøyd med resultatet. Jeg har fått med både sykepleievitenskap, naturvitenskap, og brukt sykepleie teori som det står i retningslinjene for avsluttende eksamen.

Jeg skriver i oppgaven min om å forhindre unødige innleggelser ved bruk av egostyrkende sykepleie. Underveis i prosessen har jeg vært litt tvilende til om jeg har klart å integrere disse to begrepene på en tilfredsstillende måte. Slik jeg ser oppgaven i dag opplever jeg at jeg har oppnådd dette.

Mine erfaringer som jeg har fått gjennom praksisen og arbeid sier at det er mange psykiatriske pasienter som ikke er i fare for seg selv, eller andres sikkerhet. Mange av de har også sykdomsinnsikt og vil bli bedre og ønsker å samarbeide om et behandlingsopplegg hjemme. De pasientene kan helt klart sykepleieren hjelpe hjemme ved å bruke Liv Strands egostøttende sykepleierprinsipper.

5.3 Prosessevaluering

Jeg har opplevd arbeidet med denne oppgaven som lærerikt, interessant og krevende. Jeg har forsøkt å oppnå målene for avsluttende eksamen, og opplever at jeg har oppnådd dette. Hospiteringen opplevde jeg lærerikt og veldig nyttig i forhold til oppgaveskriving. Jeg hadde mest utbytte av hjemmebesøkene jeg har hatt med

ambulerende akutteamet. Jeg fikk bra oppfølging og fikk mye tips til denne oppgaven.

Jeg er blitt mye mer klar over hvilke holdninger og verdier jeg står for. I arbeid med kommunikasjonsdelen i oppgaven har jeg reflektert mye rundt hvordan jeg i enkelte situasjoner har kommunisert med pasienter, og hva jeg kan gjøre annerledes. Jeg har også hatt god nytte av veiledningen jeg har fått av veilederen min. I det hele tatt har jeg lært mye om ambulerende behandling av psykiatriske pasienter.

Jeg tror arbeidet med denne oppgaven har gjort meg bedre rustet i mitt fremtidige arbeid i psykiatrien.

6.0 LITTERATUR- OG WEBRESSURSER

Dalland Olav (2004) Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Forlag AS

Hummelvoll kåre jan (2004) Helt-ikke stykkevis og delt. Gyldendal Norsk Forlag AS

Jensen Karen (red), Engelsrud Gunn, Lauvdal Torunn, Løvlie Lars, Martinsen Kari, Eriksen Rask Tine, og Rønningen Rolf (1990) Moderne omsorgsbilder. Gyldendal Norsk Forlag A/S

Kringlen Einar (2005) Psykometri Gyldendal Norsk Forlag AS 8 utgave 2006

Kristoffersen Jahren Nina (2000) Generell sykepleie 1. Universitetsforlaget AS 1. utgave, 4. opplag 2000

Martinsen Kari (2003) Omsorg sykepleie og medisin. Universitetsforlaget

Psykisk helsevernloven med forskrifter. (2007) Medlex Norsk helseinfirmasjon

Rakvaag Gunnar (1993) Pedagogisk psykologisk ordbok. Kunnskapsforlaget. annet utgave annet opplag

Slettebø Åshild (2006) Sykepleie og etikk. Gyldendal Norsk Forlag AS 3 utgave 4opplag

St. meld. Nr.25 (2005-2006) Det kongelige helse og omsorgsdepartement

Strand Liv (2004) Fra kaos mot samling, mestring og helhet. 10. opplag 2004. Gyldendal Norsk Forlag AS

Wurtzel Elizabeth Prozac nation. 2 opplag 2003 H. aschehoug & Co.

WEBRESSURSER:

([http://www.shdir.no/psykisk/for_spesialisthelsetjenesten/fagnytt_spesialisthelsetjeneste/ kt tilgjengelighet med ambulante akutteam 46380](http://www.shdir.no/psykisk/for_spesialisthelsetjenesten/fagnytt_spesialisthelsetjeneste/kt_tilgjengelighet_med_ambulante_akutteam_46380))

([http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/ du er kommet til rett sted 44308](http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/du_er_kommet_til_rett_sted_44308))

http://www.shdir.no/pleieomsorg/tjenester/individuell_plan_18993

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Konvert>