

SPL3901

06HBSPLD

Bacheloroppgave

Gruppenummer 613

PTSD og kognitiv terapi

**Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med PTSD til
å mestre sin angst?**



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie

Mai 2010

9143 ord



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 06HBSPLD

Gruppe nr.

Dato: 06.05.2010

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

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

Hvordan kan sykepleier hjelpe pasienter med PTSD til å mestre sin angst?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

How can the nurse help patients with PTSD to cope with their anxiety?

Sammendrag

I denne litteraturstudien har jeg skrevet om hvordan sykepleier kan bruke kognitiv terapi for å hjelpe pasienter med posttraumatisk stresslidelse. Pasientgruppen er norske soldater som har deltatt i internasjonale operasjoner. Jeg har brukt teori om PTSD, stress, kriser, mestringsstrategier og angst for å gi forståelse for sentrale begreper i oppgaven. Jeg har laget en pasientcase ut fra egne erfaringer, som jeg har knyttet opp mot sykepleiers bruk av kognitive prinsipper og sykepleieteori. Sykepleiers framgangsmåter omhandler pasientundervisning, hurtig angstreduksjon, positivlister og distraksjonstiltak for å redusere angstsymptomer. For at sykepleier skal kunne hjelpe, må hun vise omsorg og skape et tillitsforhold. Målet er at pasienten gjennom å tilegne seg kunnskap og å medvirke aktivt, skal oppnå en følelse av mestring.

Nøkkelord

PTSD, posttraumatisk stress, angst, krise, stress, mestring, kognitiv terapi, traumefokusert terapi, psykotraumatologi, Travelbee, Watson

Vil en forfølge angsten og ikke la den herske, får en gå til de stedene hvor den bor.

Aksel Sandemose

Innhold

Innhold	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Case	5
1.2 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema	6
1.3 Presentasjon av problemstillingen.....	6
1.4 Begrepsavklaringer av problemstillingen	7
1.5 Forutsetninger og avgrensning av oppgaven.....	8
1.6 Oppgavens formål	9
1.7 Struktur og innhold	9
2. Metodedel.....	10
2.1 Begrunnelse for valg av metode.....	10
2.2 Begrunnelse for valg av litteratur.....	10
2.3 Innsamling av data	11
2.4 Kildekritikk	11
3. Teoridel	13
3.1 Stress	13
3.2 Kriser.....	14
3.3 Posttraumatisk stresslidelse.....	15
3.4 Pasientgruppen	18
3.5 Mestringsstrategier.....	19
3.6 Angst	20
3.7 Behandling	21
3.7.1 Hva er kognitiv terapi?	22
3.7.2 Kognitiv terapi rettet mot PTSD	22
3.7.3 Kognitiv terapi og brukervedvirkning.....	23
3.7.4 Medikamentell behandling.....	24
3.8 Frivillighet.....	24
3.9 Valg av sykepleieteori.....	25
4. Drøfting	26
4.1 Pasientcase	26
4.2 Det første møtet.....	26
4.3 Pasientundervisning	29
4.3.1 Angstreduserende teknikker	30
5. Konklusjon	33
6. Prosess og produktevaluering.....	34
7. Litteraturliste	36

1.0 Innledning

Jeg har flere venner og bekjente som har vært soldater i utenlandstjeneste. Mange av dem kjenner jeg fra min egen tid i Forsvaret, der jeg tjenestegjorde som sanitetsoldat på ambulanse grunnet min interesse for akuttmedisin og førstehjelp. Majoriteten har det, etter hva jeg vet, gått bra med. De aller fleste kommer hjem til familie, jobb og venner, og opplever at hverdagen etter hvert normaliseres. Flere reiser ut i nye internasjonale operasjoner. Noen går det dessverre ikke like bra med. 3 - 30% av norske soldater som deltar i internasjonale operasjoner gjennom Forsvaret, opplever å få diagnosen posttraumatisk stresslidelse; ofte forkortet PTSD (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2010).

1.1 Case

”Petter, en 25 år gammel mann, kommer inn på et rehabiliteringsopphold i psykiatrien. Han har tidligere hatt store alkoholproblemer, og et kort fengselsopphold etter en voldsdømme. Tidligere har han arbeidet i byen, men han sa opp jobben sin for en tid siden. Han fikk nylig diagnosen posttraumatisk stresslidelse av fastlegen sin. Under inntakssamtalen ved avdelingen forteller han at han sliter med å kontrollere temperamentet sitt, og at han har mye angst. Det har gått fire år siden han tjenestegjorde som soldat i utlandet, men han har ikke ønsket å snakke med legen sin om angsten før nå.”

1.2 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema

I fjor høst så jeg et innslag på NRK Puls fra Modum Bad, hvor pasienter med posttraumatisk stresslidelse erfarte god nytte av kognitiv terapi. Omtrent halvparten av pasientene hadde opplevd bedring etter endt behandling (NRK Puls 2009). Dette innslaget inspirerte meg til å begynne med problemstillingen min. Min siste veiledende praksis var i psykiatrien, på et psykiatrisk sykehus hvor kognitiv terapi ble brukt i tillegg til egostøttende sykepleieprinsipper og psykoterapi. Pasientene ble delt inn i to ulike grupper, hvor den ene halvdel fulgte en såkalt spesialisert rehabilitering med kognitiv terapi. Jeg fikk delta ved kognitive samtaler rettet mot angstproblematikk, noe som var svært lærerikt. Sykepleierne brukte det i flere her-og-nå-situasjoner når pasientene fortalte at de hadde låst seg i en vanskelig situasjon med negative tanker, men også i planlagte samtaler med pasientene.

Min motivasjon for å begynne på sykepleiefaglig utdanning, var å få jobb i Forsvaret igjen etter endt utdanning. Vi hadde flere sykepleiere i Sanitetsbataljonen hvor jeg avtjente førstegangstjenesten, og jeg hadde også kontakt med ansatte i Forsvarets Sanitet. Gjennom mitt utdanningsforløp har jeg funnet nye interesseområder, men arbeid i katastrofe – og krigssoner er noe jeg fortsatt brenner for. Tidligere var det først og fremst traumatologi som opptok meg, men jeg har blitt stadig mer interessert i traumepsykologi, eller krise - og katastrofepsykologi som før var det mest brukte begrepet. Jeg ønsket derfor å benytte sjansen til å øke kunnskapen min om PTSD.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Pasienter med PTSD sliter med mye angst, og behandling av denne pasientgruppen har lenge vært omdiskutert. De siste årene har man i mange tilfeller fjernet medikamenter fra behandlingen, og i stedet hatt godt utbytte av kognitiv terapi. Terapien er rettet mot angstsymptomer, og målet er at sykepleier skal bidra til at pasienten skal kunne mestre vanlige gjøremål igjen.

Problemstillingen min blir da:

Hvordan kan sykepleier hjelpe pasient med PTSD til å mestre sin angst?

1.4 Begrepsavklaringer av problemstillingen

PTSD, eller posttraumatic stress disorder, har blitt oversatt på forskjellige måter, og klassifiseres forskjellig i diagnosesystemene. Jeg har valgt å bruke begrepet posttraumatisk stresslidelse i min oppgave, da det er det norske offisielle begrepet i følge klassifikasjonssystemet ICD-10 per 2010 (ICD-10 2010). Jeg kommer også til å bruke forkortelsen PTSD.

Man har flere måter å definere mestring på. Benner og Wrubel mener at muligheten til å mestre en vanskelig situasjon er begrenset, da mennesket ikke kan velge mellom ulike mestringsstrategier, og at en del strategier alltid vil være uaktuelle fordi de ikke ikke passer inn i den enkeltes situasjon (ifølge Kristoffersen 2005). Lazarus og Folkman skiller to forskjellige typer mestring av stress og kriser; problemfokusert og følelsesfokusert mestring. ”Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse på som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (ifølge Håkonsen s. 303, 2006).

I denne oppgaven skal jeg gå nærmere inn på kognitiv terapi. Man har ulike typer kognitiv terapi, og man kan også bruke andre former for terapi sammen med kognitiv terapi. Kognitiv kan defineres som det som har med sanser, tankeprosesser og fornuft å gjøre, i motsetning til det som omhandler følelser og vilje. Terapien i seg selv bygger på at ulike tankemønstre fører til en spesiell atferd (Nylenna 2008).

1.5 Forutsetninger og avgrensning av oppgaven

Posttraumatisk stresslidelse inntreffer vanligvis innen de første seks månedene etter den traumatiske opplevelsen. I de fleste tilfeller foreligger full helbredelse etter en viss tid, men man kan også se såkalte kroniske forløp som varer over flere år. Noen ganger kan tilstanden føre til en vedvarende personlighetsendring (Bertelsen mfl. 2000). Jeg ønsker å konsentrere meg om de pasientene som har fått diagnosen, og som har kommet inn i et rehabiliteringsforløp. Om pasienten opplever en større personlighetsendring eller får et kronisk forløp, kreves det et omfattende behandlingsopplegg, og ofte må dette være tilpasset pasienter med dobbeldiagnoser da mange sliter med rusproblemer (Kringlen 2003).

Det er foreløpig flest menn som deltar i internasjonale operasjoner. Menn er også senere ute med å søke hjelp for psykiske problemer, noe jeg vil komme tilbake i teoridelen. Jeg har derfor tatt utgangspunkt i at pasienten jeg skriver om er en mann. Jeg har ikke valgt en spesiell aldersgruppe, da innholdet i den enkelte internasjonale operasjon og pasientens sosiale bakgrunn har mer relevans. Jeg har tatt utgangspunkt i at vi møter pasienten på et psykiatrisk sykehus.

Pasienter med posttraumatisk stresslidelse kan ofte ha et omfattende sykdomsbilde. Enkelte stressreaksjoner kommer etter fysisk skade hvor tapsfølelse kan medfølge, for eksempel etter skuddskader og amputasjon. Noen føler også at deres fysiske helse også blir dårligere. Jeg har kort tatt for meg dette for å gi en viss oversikt. Da jeg ikke har mulighet til å ta for meg et så komplekst sykdomsbilde i denne oppgaven, ønsker jeg å fokusere på den delen som omfatter pasientens angst og de psykiske stressreaksjonene, og hvordan jeg som sykepleier kan hjelpe pasienten til å mestre angsten sin. Kognitiv terapi er et svært bredt behandlingsfelt, og man bruker også noen teknikker fra andre behandlingsformer. Jeg har derfor valgt å konsentrere meg om angstreduserende teknikker (Iversen 2007).

1.6 Oppgavens formål

Den faglige siden av formålet med oppgaven, er at norske soldater sendes til stadig mer urolige områder, og at de derfor er mer utsatt for traumatisk stress. Det sivile helsevesenet har begrenset kompetanse på dette området, noe som kan medføre at de ikke får tilfredsstillende helsehjelp. I en rapport utarbeidet av Statens helsetilsyn på oppdrag av Helse – og omsorgsdepartementet, anbefales det at FN og NATO-veteraner hovedsakelig skal ivaretas av den sivile helsetjenesten (Prosjekt traumatisk stress 2006). Jeg ønsker å se nærmere på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe denne gruppen, da jeg mener dette er en aktuell problemstilling som vi ikke har så mye kunnskap om. Det formelle formålet med oppgaven, er at dette er min avsluttende eksamen, og at jeg ønsker å stå sterkere på dette feltet når jeg skal ut i arbeidslivet.

1.7 Struktur og innhold

I innledningen min har jeg valgt å forklare kort hva oppgaven omhandler. Jeg har besluttet å lage en pasientcase som jeg vil forklare nærmere i drøftingsdelen min. I innledningsdelen har jeg også tatt med annen informasjon om hvordan jeg har valgt å løse oppgaven. Jeg har valgt å dele teoridelen og drøftingsdelen. I teoridelen vil jeg legge fram teori som belyser de temaene jeg har valgt å skrive om i oppgaven, samt begreper jeg anser som relevante. I drøftingsdelen vil jeg gå dypere inn i prosessfasen i den kognitive terapien, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til mestring.

2. Metodedel

2.1 Begrunnelse for valg av metode

Jeg har valgt å foreta en litteraturstudie siden jeg skriver alene, og at det derfor ble litt liten tid til å innhente tilstrekkelig kildemateriale til en empirisk studie med intervjuer eller spørreskjemaer. I tillegg ser jeg litteraturstudie som mest hensiktsmessig med tanke på emnevalget mitt.

Sterke sider ved denne metoden, kan være at jeg har hatt bedre tid til å innhente relevant litteratur. Det kan også finnes svake sider ved denne metoden. Psykotraumatologi er i en utviklingsfase, og det kan hele tiden skje endringer på dette feltet. En annen fare kan være at jeg ikke har funnet den beste og mest aktuelle litteraturen.

Jeg har i hospiteringsperioden hatt uformelle samtaler med sykepleiere, sykepleiere med kognitiv videreutdanning og ellers annet tverrfaglig helsepersonell. Ved avdelingen jeg hospiterte, fikk jeg også delta i sykepleiernes veiledning med psykolog og annet samarbeidende helsepersonell. Under veiledningstimene gikk man inn i den enkelte pasients behandlingsplan, og psykolog kom med problemfokuserede mestringsstrategier som sykepleierne kunne bruke i ulike pasientsituasjoner.

Jeg har brukt en fiktiv pasienthistorie med innslag av egne erfaringer, for å kunne drøfte mulige problemstillinger opp mot kjent teori.

2.2 Begrunnelse for valg av litteratur

Jeg hospiterte ved en psykiatrisk avdeling, hvor omtrent halvparten av pasientene ble behandlet ved hjelp av kognitiv terapi i mer eller mindre utstrakt grad. Noen av sykepleierne hadde videreutdanning i kognitiv terapi, og de hadde da blant annet brukt boken "Kognitiv terapi" av Mørch og Rosenberg. Jeg har derfor valgt å bruke denne i oppgaven min. I tillegg fikk jeg anbefalt Thomas Iversens bok "Kognitiv terapi, stress og traumer" av en av de ansatte ved avdelingen. Denne boken henvender seg til helsepersonell, inkludert sykepleiere, som møter pasienter som har opplevd

traumatiske hendelser. Jeg har også brukt annen litteratur som var tilgjengelig ved avdelingen. Ellers har jeg brukt mye kjent pensumlitteratur. Av sykepleieteori har jeg brukt Jahren Kristoffersens bok "Grunnleggende sykepleie". Jean Watson er en sykepleieteoretiker jeg ikke har brukt tidligere, så jeg valgte å anvende en bok om sykepleieteorier for å lære mer om hennes interaksjonsteori.

Jeg har hovedsakelig brukt skandinavisk litteratur om kognitiv terapi, da det vil være stor forskjell på hva amerikanske og skandinaviske soldater har vært utsatt for, og kanskje også forskjeller i tilnærmingen til disse pasientgruppene.

2.3 Innsamling av data

Jeg begynte å se gjennom pensumlitteraturen, for å finne fagstoff som kunne være relevant med henhold til oppgavens tema. Jeg søkte i BIBSYS for å finne relevante artikler. Jeg fant dessverre ikke noe jeg anså som aktuelt der, og valgte derfor å søke i Helsebiblioteket. Jeg brukte søkeordene "traumatic stress", "posttraumatic stress disorder", "PTSD", "coping" og "trauma-focused cognitive behavioural therapy".

Jeg gikk innom biblioteket på skolen, hvor jeg lånte bøker om kognitiv terapi og sykepleieteoretikere. Boken om stress og kriser som jeg hadde fått anbefalt, fikk jeg ikke tak i Norge. Jeg valgte derfor å bestille den fra Danmark.

2.4 Kildekritikk

Jeg har brukt mye kjent faglitteratur som er gitt ut i flere utgaver eller opplag. De som ikke kommer innunder dette, er bøkene om kognitiv terapi. Boka om kognitiv terapi rettet mot stress og traumer av Thomas Iversen har jeg valgt å bruke, fordi jeg kjenner til at den blir brukt her i Skandinavia på avdelinger med PTSD-pasienter. I tillegg er utvalget av litteratur om stress og traumer noe begrenset. Boken er fra 2007, og det er første gang den er utgitt. Dette kan bety at de kognitive teknikkene ikke har vært utprøvd i lang nok tid. Jeg har derfor supplert med to andre bøker om kognitiv terapi som brukes i videreutdanning for sykepleiere ved Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi. På den annen side er psykotraumatologi et felt som er under stadig utvikling,

Gruppenummer 613

noe som kan innebære at det har kommet enda nyere og mer aktuell faglitteratur etter at disse bøkene ble utgitt.

Jeg har brukt noen bøker på andre språk enn morsmålet mitt, og det er en fare for at jeg kan ha mistolket eller oversatt disse feil.

3. Teoridel

I denne delen vil jeg legge fram teori som belyser de temaene jeg har valgt å skrive om i oppgaven, samt gå nærmere inn på ulike begreper jeg anser som relevante for å løse oppgaven videre.

3.1 Stress

Stress er et begrep som ikke er så enkelt å definere, men Hans Selye definerer det som: ”den uspesifikke responsen fra kroppen på enhver påkjenning” (ifølge Håkonsen, s. 272, 2003). Lazarus og Folkman mener at stress ikke forstås betinget av den personen det gjelder, og de mener at psykologisk stress har sammenheng mellom et individ og hans miljø, og at dette sett fra individets synspunkt føles belastende eller overbelastende med tanke på hans ressurser (Kristoffersen, bind 3, s. 212, 2006). Dette betyr at det er individuelt hvordan hendelsen oppleves og bearbeides, og at det er en kognitiv vurdering. Noen kan oppleve en hendelse som svært krevende og belastende, mens andre kan se den samme hendelsen som ukomplisert. Stress er altså en subjektiv opplevelse. Det kan også variere hvordan stress påvirker en gjennom ulike faser av livet. Nyere forskning viser at det oftest er følelsesmessige påkjenninger som ører til stressreaksjoner hos et individ. (Kristoffersen, bind 3, 2006). Den vanligste måten er å definere stress som: ”ytre påkjenninger som kan utløse kriser eller sykdom” (Kringlen, s. 268-269, 2005).

En teori er at når individet opplever stress, kan det reagere gjennom rasjonelle mestringsmekanismer eller ved ubevisste forsvarsmekanismer. Forskjellige faktorer virker inn på hvor godt et menneske takler stress. Alder er en av disse. Barn takler dødsfall bedre enn voksne og unge mennesker, og således vil dette være relevant med tanke på norske soldater som opplever dødsfall i sin kontingent. En annen faktor er kjønn. Gutter vises stort sett mer sårbare enn jenter, men det er noe uklart hvorfor det er forskjeller her. I tillegg kan temperament og personlighet virke inn på hvordan et menneske takler stress, men man vet fortsatt lite om dette. Hinkles’ observasjoner viste

at de som taklet påkjenninger best, var de menneskene som var mest overflatiske i sin kontakt med andre (ifølge Kringlen 2005).

Andre faktorer som bestemmer hvor godt vi tåler stress, er forutsigbarhet, kontroll over varighet, kognitiv evaluering og sosial støtte. Det kan være av stor betydning at man på forhånd kjenner til omstendighetene og omfanget av stress før man går inn i en bestemt situasjon. Man vil da oppleve både mindre følelsesmessig aktivering og mindre ubehag i stressituasjonen, enn om det er noe som skjer helt plutselig (Håkonsen, 2003).

Å kunne ha en viss kontroll over varigheten på stressituasjonen, viser seg at gjør at vi i større grad takler stress over lengre tid, enn om vi ikke har muligheten til å påvirke dette. Når det gjelder den kognitive evalueringen, vil det å kunne knytte mening til situasjonen, kunne bidra til at den er enklere å håndtere. Mennesker med støttende og gode sosiale relasjoner har mindre sjanse for å utvikle stressrelatert sykdom (Håkonsen, 2003).

Mennesker har et psykisk forsvar som beskytter mot at man tar innover seg for mye stimulus. Om man blir utsatt for svært uforutsette og plutselige belastninger, vil man ikke ha mulighet til å tilpasse seg de nye omstendighetene. Man vil få en brist i det psykiske forsvaret som gjør at man får en nedsatt evne til å absorbere den nye informasjonen. Om dette skjer, kan individet i etterkant oppleve å få en stressreaksjon. Slike stressreaksjoner er normale etter store og alvorlige påkjenninger som at man føler seg truet på livet, eller etter katastrofer og dødsfall (Kringlen, 2005).

3.2 Kriser

En krise defineres som ”den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (ifølge Håkonsen, s. 300, 2003). Man bruker krisebegrepet om to ulike typer kriser; utviklingskriser og traumatiske kriser. De traumatiske kriser forårsakes av ytre hendelser, som blant annet katastrofer eller overfall. Utviklingskriser kan være en følge av hendelser som er knyttet til den vanlige livsførsel, som når et menneske flytter til et ukjent sted, eller det å få barn. De traumatiske krisene regnes som truende for

menneskets integritet, identitet eller eksistens, da de kan være store, uvanlige eller livstruende påkjenninger (Håkonsen, 2003).

Krisen er en normal reaksjon på en psykososial belastning, men individet har ulik kapasitet når det gjelder mestring av slike traumatiske kriser. Man kan si at krisen setter visse krav til individet. I mestringskapasiteten inngår individets kunnskaper, krefter, vilje, motivasjon og evne til å tolerere stress. Om det kommer et misforhold mellom krav og mestringskapasitet, vil dette resultere i en følelsesmessig reaksjon (Håkonsen, 2003).

For lettere å forstå individets reaksjoner i en krise, deler man kriseforløpet inn i fire ulike stadier: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen er den første tiden etter den ytre påkjenningen og den akutte krisen, og den varer i få minutter til et par dager. Reaksjonsfasen varer fra en til åtte uker og er fasen der man tar fram igjen de følelsene som ble blokkert under sjokkfasen. Krisen kan vise seg gjennom normale atferdsendringer som vi er vant med fra krisereaksjoner; sorg, depresjon, sinne eller søvnevansker. Noen tar i bruk forsvarsmekanismer som fortrenging eller fornektning, og enkelte kan døyve reaksjonene ved hjelp av alkohol eller beroligende medikamenter, noe som er ikke særlig fordelaktig for gangen i et normalt kriseforløp. Deretter kommer bearbeidingsfasen som varer opptil et halvt år. Individet begynner å søke stabilitet og trygghet, og å finne ny mening i sin tilværelse. Bearbeidingsfasen går inn i nyorienteringsfasen hvor de sterke følelsesmessige reaksjonene forsvinner og hvor individet oppnår aksept av det som har skjedd. Denne fasen varer livet ut, fordi krisen blir en del av livets gang (Håkonsen, 2003).

Forskjellen på stress og kriser er altså at alle endringer gjennom livet krever at vi må tilpasse oss forandringer, og at dette medfører stress. Det er når vi ikke lenger føler at vi kan klare å mestre vanskelige situasjoner, at vi opplever en krise (Håkonsen, 2003).

3.3 Posttraumatisk stresslidelse

Det er viktig at man kjenner forskjellen på stressreaksjoner og posttraumatisk stresslidelse. Posttraumatisk stresslidelse er en psykisk lidelse. Stressreaksjoner er

vanlig hos mennesker som opplever en eller flere traumatiske hendelser. Mennesker som får stressymptomer i lengre tid etter slike hendelser, har det man kaller en posttraumatisk stresslidelse. Man begynte å søke mer kunnskap om disse psykiske reaksjonene etter 2. verdenskrig, da en 1/3 av norske krigsseilere ble uføre. Mange av disse hadde opplevd traumatiske hendelser som torpederinger eller andre truende episoder. Tidligere hadde man sett lignende psykiske tilstander hos flyktninger eller andre som har vært utsatt for å bli forfulgt, og de siste årene har man også fått mer fokus på denne tilstanden hos mennesker som har vært utsatt for voldtekt eller andre overgrep (Kringlen 2003).

Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress ble opprettet i 2004 fordi man ønsket å organisere kompetansen vedrørende traumatisk stress. I ettertid har det også blitt etablert regionale ressursentre (Prosjekt traumatisk stress 2006).

Mange forskjellige benevnelser har blitt brukt om tilstanden, og oftest har den fått navn etter hva pasienten har opplevd. Krigsseilersyndrom, granatsjokk, krigsnevrose og kz-syndrom (konsentrasjonsleirsyndrom) og posttraumatisk stressyndrom har vært blant de betegnelser som har blitt brukt på soldater med psykisk sykdom og andre som har opplevd krig. Man har også brukt psykiatriske diagnoser som angstnevrose, fobi eller depresjon. Siden DSM-III ble tatt i bruk i 1980 etter Vietnam-krigen, har man anvendt diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (Kringlen 2003). Dette diagnosesystemet, DSM-IV-TR, brukes fortsatt i USA, og kan være litt forskjellig fra det vi bruker i Norge. Verdens Helseorganisasjon anbefaler offisielt at man anvender ICD-10, og det er også det man bruker her i Norge. Det offisielle begrepet av ICD-10 i Norge, er altså posttraumatisk stresslidelse (Iversen 2007, ICD-10 2007).

Når det gjelder ICD-10, er det slik at et visst antall symptomer og betingelser må til før man stiller en diagnose. Når en viss andel av disse symptomene og betingelsene ikke lenger er til stede, bortfaller også diagnosen. Dette gjelder også PTSD som ligger i en underkategori av angsttilstandene. Den senere tid har mer kjennskap til diagnosen ført til at færre blir feildiagnostisert med schizofreni eller annen alvorlig psykisk lidelse. Dette er positivt, da PTSD er enklere å behandle. Man må likevel ikke bagatellisere den, da den kan føre til varige personlighetsendringer. Dessverre har man også sett at diagnosen kan bli brukt i for utstrakt grad, også til pasienter som ikke har opplevd

noe så traumatisk at det sannsynlig at de utvikler denne lidelsen (Iversen 2007). Som sykepleiere arbeider vi først og fremst med å lindre symptomene, men det er viktig for oss å ha en viss oversikt over de ulike årsaksfaktorer.

De belastningsrelaterte lidelsene deles inn i akutt belastningslidelse, posttraumatisk stresslidelse og tilpasningsforstyrrelser. De kategoriseres som forstyrrelser eller tilstander som ikke alene kan karakteriseres ved hjelp av ulike symptomer og et bestemt forløp, det er også to årsaksfaktorer til stede. Den ene årsaksfaktoren er at det har inntruffet en eksepsjonelt traumatisk hendelse som medfører en akutt belastningsreaksjon. Den andre årsaken kan være en betydelig livsendring som innebærer belastninger over lengre tid, noe som resulterer i en følelsesreaksjon. Det skal altså ha forekommet en identifiserbar alvorlig hendelse. Dette gjør at de belastningsrelaterte lidelsene skiller seg fra de andre angstlidelsene, hvor årsakene kan være mer uvisse (Iversen 2007).

Posttraumatisk stresslidelse har som årsaksfaktor at man har vært utsatt for en svært alvorlig belastning av usedvanlig truende eller katastrofeaktig karakter. I tillegg vil pasienten ha tilbakevendende gjenopplevelser av den traumatiske hendelsen i form av såkalte flashbacks, påtrengende minner eller mareritt. Unngåelse av alt som minner om traumet, er også svært vanlig. Pasienten kan ha hukommelsestap når det gjelder den traumatiske hendelsen, og ofte søvnproblemer, irritabilitet, sinneutbrudd og konsentrasjonsproblemer. Misbruk av alkohol og narkotika og et overdrevent forbruk av tobakk er heller ikke unormalt. Man vil ofte ha en latensperiode fra få uker til måneder etter den kritiske hendelsen, men debuten av lidelsen inntreffer innenfor 6 måneders tid. Det er gjerne et svingende forløp, men bedring skjer i de fleste tilfellene. Noen ganger kan pasienten få et kronisk forløp over mange år, som kan føre til en vedvarende personlighetsforandring (ICD-10). I tillegg til angst ser man gjerne depressive symptomer og kognitive forstyrrelser. Faktorer før hendelsen har mer å si for sykdomsforløp, enn hva som forekommer i den traumatiske hendelsen.

Hvordan man husker traumatiske hendelser, kan være svært annerledes i forhold til hvordan man husker vanlige hendelser. Ofte husker pasienten kun bruddstykker fra den traumatiske opplevelsen, og minnene kan være kaotiske. Man tror dette skyldes at

erindringene er mangelfullt bearbeidet følelsesmessig og kognitivt. Mange pasienter foretar en overgeneralisering av traumeprosessene. En soldat som har tjenestegjort i Irak kan tenke at: ”siden jeg ble forsøkt angrepet av en mørkhudet mann med en brannbombe der, er alle mørkhudete farlige”. Hvordan man responderte under belastningen, kan også påvirke selvbildet. Om man følte at man ikke handlet etter riktige prosedyrer, kan man føle at man ikke er flink, dyktig eller smart nok. Det er også vanlig at hvordan man mestret traumet i etterkant virker inn på sykdomsforløpet. Tanker om at man er unormal eller svak som ikke har klart å gjøre seg ferdig med hendelsen, kan føre til at man trekker seg unna sosiale relasjoner. Noen kan også føle at de ikke ”passer inn” lenger, fordi de selv har forandret seg eller føler at andre ikke forstår. Dette kan føre til at det blir enda vanskeligere å bearbeide den traumatiske opplevelsen (Repål 2008).

Når enkelte pasienter finner farer i de nåværende situasjonene, aktiverer man såkalte dysfunksjonelle strategier. Dette er forsøk på mestringsstrategier som pasienten kanskje ikke bevisst merker, men som kan forandre atferden og de sosiale relasjonene hans. Disse strategiene bestemmer hvordan man opplever traumeopplevelsen, og også til senere reaksjoner. De forsøker å fjerne det som virker truende, men i stedet kan de lage nye posttraumatiske symptomer, opprettholde negative tanker og symptomer og hindre bearbeiding av traumet og integrasjon av minnet i hukommelsen. Et eksempel på en dysfunksjonell mestringsstrategi er å sove minst mulig fordi man ønsker å slippe unna vonde drømmer, hvilket i stedet vil føre til at man får konsentrasjonsvansker og blir irritabel (Repål 2008).

3.4 Pasientgruppen

Menn kan regnes som en sårbar gruppe. Menn tar senere kontakt med helsevesenet enn kvinner. Det er en underrapportering av helseplager hos menn, og spesielt gjelder dette psykiske plager. En undersøkelse om PTSD i Forsvaret, viste at FN/NATO-veteraner sjeldnere rapporterte om posttraumatisk stress enn andre. Det er nå foreslått at PTSD skal komme på listen over yrkessykdom som gir rett til uføretrygd (Dagens Medisin 2008).

Soldatene er også en ekstra sårbar gruppe, da de ikke har så lett for å søke hjelp. Kun 1/3 av de amerikanske soldatene i Irak som hadde vært behandlingstrengende under tjenesten, hadde vært i kontakt med saniteten. Man antar at dette er grunnet frykt for stigmatisering og bekymringer for videre karriere i Forsvaret. En studie av alkoholrelaterte ulykkesdødsfall viser at FN/NATO-veteraner hadde en høy forekomst av psykiske problemer, alkoholproblemer og selvmordstanker. Det var en stor forekomst av selvmord med skytevåpen i denne gruppen, sammenlignet med andre norske menn (Prosjekt traumatisk stress 2006).

3.5 Mestringsstrategier

Som nevnt i begrepsavklaringen til problemstillingen, skiller Lazarus og Folkman mellom to typer mestring; problemfokuset og følelsesfokuset mestring (ifølge Håkonsen 2005).

Problemfokuset mestring innebærer ulike strategier som har som hensikt å takle vanskelige situasjoner eller problemer. Ved bruk av denne typen mestringsstrategier, vil pasienten forsøke å finne konkrete løsninger på et problem. Denne typen mestringsstrategi bruker vi også for å mestre problemer i hverdagen, for eksempel ved å vise handlekraft og initiativ i en ubehagelig situasjon. Ved følelsesmessig bearbeiding av en skilsmisse og ved å aktivt gå inn for å tilpasse seg den nye livssituasjonen, bruker man også problemfokuset mestring. Flere faktorer virker inn på hvilken strategi man mester. Om man føler seg truet vil man være preget av frykt og konflikt, og da er det lite trolig at man velger en aktiv og direkte strategi. Det samme gjelder om man er preget av usikkerhet og konflikt. Sannsynligheten for å velge en aktiv strategi, synker i takt med at stressnivået øker. En viss grad av stress kan likevel være det som får enkelte til å gjøre noe aktivt med en vanskelig situasjon (Kristoffersen 2005)..

Personligheten virker også inn på hvilken strategi man velger. Noen personer er vant til å ha kontroll og å møte problemer på en direkte og aktiv måte. Ved å ha opplevd å lykkes i denne framgangsmåten, vil de antagelig bruke den problemfokusede

strategien neste gang de møter store utfordringer. De vil ha opparbeidet seg positive forventninger til å lykkes med å mestre på denne måten (Kristoffersen 2005).

Lazarus og Folkman tar også for seg emosjonelt orientert mestring, eller følelsesfokustert mestring. Her søker man å endre de emosjonelle aspektene ved en opplevelse, framfor aktivt å gjøre noe med situasjonen. Denne typen strategi vil være helt nødvendig ved for eksempel kronisk sykdom. Måter å bruke denne strategien på, kan være ved å finne mening i en håpløs situasjon, eller ved å meditere for å unngå en opplevelse av stress. Den kan også brukes for å bagatellisere alvor i en situasjon, eller ved å unngå ubehagelige situasjoner (Kristoffersen 2005).

Jean Watson mener at sykepleierens mål er å bidra til at pasienten finner mening med sykdommen og opplever mestring (Kristoffersen 2005).

3.6 Angst

Frykt er en følelsesmessig opplevelse knyttet opp mot et spesifikt ytre objekt. Frykten står i samsvar med den faktiske faren man opplever. I motsetning er angsten av mer usikker karakter, og ofte er det ikke et bestemt ytre objekt den kan knyttes opp mot. Angsten kan defineres på flere forskjellige måter. I for eksempel eksistensiell teori er den definert som en følelse av meningsløshet i livet, mens den i psykoanalytisk teori blir forklart som ”et signal når ubevisste (og fortrenge) opplevelser truer med å tre åpent frem” (Håkonsen, s. 328, 2006).

Travelbee mener at angst er en subjektiv erfaring som karakteriseres av angst, uro og engstelse, og at den framkalles av reelle eller antatte trusler mot behovsoppfyllelse (Travelbee 2005).

Det autonome nervesystemet i kroppen påvirkes når man opplever angst. Hypothalamus kontrollerer de autonome funksjonene, og det autonome nervesystemet deles inn i det sympatiske og det parasympatiske nervesystemet. Det sympatiske kobles inn ved opplevelse av stress eller krise, mens det parasympatiske aktiveres i hvile (Kringlen, 2005).

Når en pasient opplever vil alarmberedskapen i kroppen øke, og det sympatiske nervesystemet blir aktivert. Hypothalamus styrer også de fleste endokrine kjertlene i kroppen vår. Når man føler angst øker kroppens alarmberedskap, og hypothalamus sørger for at det skilles ut mer adrenalin og noradrenalin fra binyremargen. Hjertet klarer å pumpe mer blod ut i kroppen, fordi slagfrekvensen og kontraksjonskraften øker, og blodkarene i skjelettmuskulaturen utvider seg. Bronkiene utvides så luftveismotstanden reduseres og pustefrekvensen øker, noe som er viktig da stress gjør at man trenger mer oksygen. Pupillene utvides, og man utskiller kun lite og tyktflytende spytt. Peristaltikken i tarmen reduseres og leveren øker frigjøringen av glukose til blodet slik at man får mer energi. Blodkarene i huden og innvollsorganene innsnevres, noe som igjen fører til høyere blodtrykk. Alt dette skjer i den såkalte ”fright, fight or flight”-reaksjonen (Jacobsen m.fl. 2006).

Pasienter som opplever stress eller annen påkjenning, vil være mer utsatte for å få infeksjoner. Et høyt stressnivå medfører at redusert utskillelse av IgA, som er et immunglobulin som beskytter mot infeksjoner i luftveiene. Jo mer stress pasienten opplever å være utsatt for, jo lavere innhold av IgA. Andre faktorer som kan virke inn på immunsystemet vårt, er at stress også kan føre til dårligere ernæring og søvnhygiene. Dette vil igjen føre til at man er mer utsatt for infeksjoner. Det er derfor ingen tilfeldighet at pasienter med PTSD kan føle at deres fysiske helse også har blitt dårligere (Håkonsen 2006). Man mener også at ”de nye sykdommene” som man ikke kan finne somatiske forklaringer på, kan være forårsaket av belastningsreaksjoner. Eksempler på slike sykdommer er fibromyalgi og irritabel tykktarm (Iversen 2007).

3.7 Behandling

De langt fleste klarer seg selv når de blir utsatt for kriser, eventuelt med noe sosial støtte. I spesielle tilfeller vil individet trenge profesjonell hjelp. Pasientene ser ut til å ha mer nytte av tidlig behandling av kort varighet, enn sen behandling som går over lang tid. Det viktigste er selvfølgelig å forebygge at man utvikler posttraumatisk stress (Kringlen 2005). Pasienter med posttraumatisk stresslidelse har blitt forsøkt behandlet

på ulike måter. Det er tatt i bruk forskjellige innlæringspsykologiske og kognitive modeller for PTSD i de siste tiårene.

Den behandlingen som nå anbefales, er traumefokusert kognitiv terapi (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2010, Prosjekt traumatisk stress 2006, Bisson mfl. 2007). Man tar i denne typen terapi utgangspunkt i den traumatiske hendelsen pasienten har opplevd, og henter fram de episodene pasientene har gjennomgått. Man bruker ulike typer teknikker for at erindringer og fysiske reaksjoner etter hvert skal oppleves som ufarlige (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2010).

3.7.1 Hva er kognitiv terapi?

Kognitiv terapi er en psykoterapeutisk hovedretning som innebærer bruk av teoretiske modeller og behandlingsmetoder. Man har etter hvert klart å utvikle ulike teknikker rettet mot de forskjellige diagnosene. Det viktigste elementet i terapien er at man arbeider med pasientens tankeprosesser, og derav kommer begrepet kognitiv terapi (Mørch, Rosenberg 2005).

Man har også innslag av andre kognitive behandlingsformer i den kognitive Psykoedukativ behandling brukes som regel innledningsvis, men man har fortsatt en form for pedagogisk tilnærming videre i behandlingen. Man gir relevant veiledning til pasienten, samt nødvendig informasjon. Sosial ferdighetstrening kan minne om den typiske kognitive terapien, men har enda mer fokus på hvordan man skal løse problemene så pasienten mestrer kommunikasjon. Den kognitive terapien vil ta for seg de negative tankene, mens den sosiale ferdighetstreningen vil drøfte forskjellige måter man kan tilnærme seg og kommunisere med andre mennesker. At pasienten får ”hjemmelekser” er også vanlig i kognitiv terapi, da dette gjør at pasienten deltar mer aktivt i behandlingen (Mørch og Rosenberg 2007).

3.7.2 Kognitiv terapi rettet mot PTSD

Behandlingsforløpet er delt inn i fire faser. I den første fasen etablerer sykepleier og pasient kontakt. Denne fasen kalles kontaktfasen. Det er her viktig at terapeuten og pasienten får tid og mulighet til å etablere en god kontakt før man tar steget videre i prosessen, til kontraktfasen. Her blir man enige om en strategi og hvilke(t) formål man

ønsker at behandlingen skal ha, og hva som er pasientens forventninger. Pasienten skal også få nødvendig informasjon (Iversen 2007). Retten til informasjon er forankret i pasientrettighetsloven. Pasientrettighetsloven § 3-1 sier at pasienten har rett på å få informasjon om innholdet i helsehjelpen han blir tilbudt (Molven 2005).

Når man blir enige om en kontrakt eller plan er det viktige at målene er konkrete. Om pasienten sier at han ønsker å bli mindre plaget av angst, bør man konkretisere dette (Iversen 2007).

Man kan bruke den vanlige SMART-regelen. SMART står for at målet skal være spesifikt, målbart, aksjonsorientert, realistisk og tidsorientert. Det er svært viktig at pasienten får et realistisk syn på behandlingen. Kanskje er det ikke mulig å bli helt frisk, men at han kan bli mye bedre og få et mer velfungerende dagligliv. Når man har klart for seg hva formålet med behandlingen er, kan man gå inn i prosessfasen. Den innebærer at man benytter seg av de teknikker og strategier man ønsker å hjelpe den enkelte pasient med. Når behandlingsforløpet nærmer seg slutten, kommer man inn i evalueringsfasen. Man undersøker nærmere om pasientens mål er oppnådd. Om de bare er delvis oppnådd, kan man vurdere om man ønsker et nytt forløp med en ny kontrakt. Om det har oppstått nye mål underveis som ikke var kjente i startfasen, er det viktig at de settes opp på neste kontrakt, så det ikke blir for mange mål å forholde seg til for pasienten (Iversen 2007).

3.7.3 Kognitiv terapi og brukermedvirkning

Retten til medvirkning er forankret i lovverket. Pasientrettighetslovens § 3-1 sier at: ”pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helsehjelpen” (Molven 2006:160). Pasienten har også rett til å velge mellom ulike behandlingsalternativer så lenge det er forsvarlig (Molven 2005).

En viktig del av kognitiv terapi, er at pasienten får medvirke aktivt. Pasienten kan ta med seg emner han vil diskutere eller han kan ha fått hjemmeoppgaver som sykepleier bør gå gjennom i neste samtale. Dette bør prioriteres, slik at pasienten føler at han drar nytte av oppgavene og kanskje får mer motivasjon. I tillegg kan det styrke forholdet mellom pasient og terapeut, ved at man jobber sammen mot et felles mål (Repål 2008).

Ved å gi hjemmeoppgaver om pasienten ønsker dette, vil man også gi makt tilbake til pasienten. Man gir ikke fra seg ansvaret, men tar i bruk pasientens egne ressurser. Det kalles bemyndigelse når man finner fram til en måte å samarbeide på som ivaretar pasientens ressurser (Rugkåsa 2006). Slik vil man også sørge for å ivareta pasientens autonomi. Begrepet autonomi kan forstås på tre forskjellige måter, enten som prinsipp, egenskap eller rettighet. Som prinsipp vil det si at pasientens ønsker relatert til medisinske eller sykepleiefaglige tiltak skal respekteres. Man skal spørre pasienten hva han ønsker at den terapeutiske behandlingen skal inneholde. Dette er også en av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer; at vi som sykepleiere respekterer pasientens rettigheter til å velge selv. Han har rett til å være medbestemmende i sin behandling. Autonomi kan også regnes som en egenskap; at den er knyttet til pasientens evne til å opptre i henhold til sine egne behov. Til sist er autonomi som etisk rettighet knyttet til om pasienten ønsker behandling, og at han har rett til å nekte dette (Slettebø 2006).

3.7.4 Medikamentell behandling

Når det gjelder den medikamentelle behandlingen, er denne svært omdiskutert. Tidligere ble det brukt svært mye anxiolytika i behandlingen, men dette har man gått bort fra i den senere tid. Om nødvendig bruker man et sovemiddel om natten i et kortere tidsrom, enten benzodiazepiner eller antihistaminer (Gerlach, 1999). Det vanligste er derimot å bruke selektive serotoninreopptakshemmere, både mot angstsymptomene, men også for de pasienter som opplever at PTSD videreutvikles med depresjon (Spigset 2007).

3.8 Frivillighet

Av frivillige organisasjoner, er det i denne sammenhengen NVIO, Norges Veteranforbund for Internasjonale Operasjoner, som er mest kjent. De driver Kameratstøttetelefonen som er åpen 24 timer i døgnet hele uken. Denne hjelpetelefonen er et samarbeidsprosjekt mellom NVIO og Mental Helse. NVIO er en frivillig og upolitisk organisasjon, men de får støtte fra Forsvarsdepartementet. Vislie kategoriserer denne typen organisasjon som ”private organisasjoner som delvis får økonomisk fra det offentlige” (i følge Hallandvik 2004:169-170).

3.9 Valg av sykepleieteori

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees interaksjonsteori, da hun hadde erfaring med psykiatrisk sykepleie. Hun så pasienten som et menneske i en situasjon hvor han opplever et problem eller en krise. Denne situasjonen gir pasienten lidelse, og en følelse av meningsløshet. Hun ønsket å bruke seg selv terapeutisk, og å formidle håp til pasienten. Hun mener at sykepleie er en mellommenneskelig prosess som skal hjelpe pasienten med å mestre. Jeg synes dette samsvarer godt med oppgavens tema. Travelbee bruker aldri ordet ”pasient”. Jeg har likevel valgt å bruke denne termen på bakgrunn av Kristoffersen (2005) som skriver at en pasient er en som søker helsehjelp, og at respekten for de vi skal hjelpe, ikke er bestemt av hva vi kaller mottakerne av helsehjelpen. Slik tydeliggjør vi også vårt ansvar som sykepleiere.

Jean Watson er en annen psykiatrisk sykepleier som fokuserer på at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å finne handlingsalternativer under stress og konfliktsituasjoner. Pasienten skal delta aktivt og ha ansvar under behandlingen. Watson mener at sykepleiens mål er at pasienten skal mestre livssituasjonen sin, og at slik mestring kjennetegner helse (Kristoffersen 2006). En viktig komponent i Watsons teorier er å ivareta pasientens autonomi (George 1995). Min oppfatning er at dette er i overensstemmelse med grunnsynet i kognitiv terapi.

4. Drøfting

I drøftingsdelen vil jeg gå gjennom pasientcasen min, bygget på egne erfaringer. Jeg vil sette dette opp mot Watsons og Travelbees interaksjonsteorier. Jeg har også brukt Hummelvoll i drøftingen min, da jeg finner læreboken hans relevant i denne sammenhengen.

4.1 Pasientcase

Petter, som har vært soldat i en internasjonal operasjon, har blitt innskrevet en psykiatrisk avdeling hvor man bruker traumefokusert kognitiv terapi mot posttraumatisk stresslidelse. For noen år siden sluttet han i jobben sin i byen, og etter dette har han isolert seg stadig mer. Han spiser dårlig, fordi han vanligvis ikke tør å gå til butikken. Han har liten kontakt med tidligere venner, men han har en mor som gjør innkjøp for ham innimellom. Hun har overtalt ham til å oppsøke fastlegen sin, som han ikke har vært hos på mange år. Han har der fått en henvisning til psykiater, som videre har anbefalt et tolv ukers rehabiliteringsopphold ved avdelingen. Han har tidligere hatt alkoholproblemer, men hans mor forteller at det er sjelden han drikker lenger. Han sier selv at han gleder seg til å få hjelp. Han forteller at han sliter med mye angst og vonde drømmer. Han er redd for høye lyder, for da får han flashbacks fra tiden sin i utlandet. Store bygninger skremmer ham, da han er redd for at noen kan skjule seg rundt hjørnene. Han sluttet derfor i jobben sin i byen. Han liker heller ikke trange rom, for disse utløser angsten hans. Han forteller at leiren hans ble angrepet av opprørere som kastet hjemmelagde brannbomber og granater. De satt i det trange tilfluktsrommet i flere timer mens angrepet pågikk, og det smalt kraftig flere ganger. Han hadde følt seg svært hjelpsløs, og i alle disse timene hadde han ikke visst hvordan det hadde gått med de andre soldatene han bodde sammen med.

4.2 Det første møtet

Petter og hans primærsykepleier skal ha sin første samtale. Hun skal foreta en datasamling, og de skal bruke denne første samtalen til å bli litt kjent. Samtalen skal

også avdekke hvordan lidelsen virker inn på Petters dagligliv. Ved slutten av samtalen drøfter de Petters forventninger til behandlingen.

I den første samtalen er det viktig at det etableres god kontakt mellom sykepleier og pasient. Psykotraumatologisk behandling er støttende behandling. Pasienten må få tid til å stille spørsmål om behandlingen. Denne innledende samtalen skal være grundig, og man må ikke se på den som unyttig tidsbruk før den egentlige behandlingen begynner. Samtalen skal danne grunnlaget for et godt behandlingsforløp videre (Iversen 2007).

Joyce Travelbee mener også at det innledende møtet er et viktig første steg på veien i etableringen av et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Hun bruker altså ikke termen sykepleier-pasient forhold, da hun mener at man må tre ut av disse rollene for å lære den andre å kjenne (Travelbee 2005). Hummelvoll (2008) mener at den første samtalen er særlig avgjørende for hvordan samarbeidet mellom sykepleier og pasient vil bli videre.

I den neste samtalen skal Petter og sykepleier begynne å utarbeide en kontrakt og behandlingsplan. Det anbefales at han deltar aktivt i å velge hvilke teknikker og metoder som skal brukes i behandlingen. Det er viktig at han får en forståelse av meningen med de ulike behandlingstiltakene. Slik vil pasienten oppleve at han har en viss kontroll over hva som skal skje, i tillegg til at det er viktig for hvordan samarbeidet mellom pasient og sykepleier vil bli. Pasienten må forstå meningen med behandlingen (Iversen 2007).

Jean Watson mener også at autonomi og valgfrihet er svært viktig, og at dette fører til selverkjennelse og selvkontroll for pasienten, og at han blir herre over eget liv. Hun ser dette som omsorg for pasienten, og at dette vil gi pasienten mulighet til å gjenvinne kontroll, bli kunnskapsrik og derfor kunne mestre sin livssituasjon (George 1995). Ved at pasienten får kunnskap, vil han kunne overveie ulike handlingsalternativer, og så kunne gjøre et valg (Kristoffersen, 2005).

I kontraktfasen avdekker Petter og sykepleieren at hovedmålene til Petter er å jobbe med angsten for de høye lydene, og angsten for å være utenfor hjemmet sitt. Dette

oppdager de gjennom en kartlegging av de angstutløsende forhold. De har altså funnet fram til to spesifikke mål å jobbe med innen hans angstproblematikk. Sykepleier har tidligere erfaring med posttraumatisk stresslidelse, og foreslår for pasienten at de skal drøfte hva Petter tror han vil klare i løpet av de tolv ukene han skal være ved avdelingen. Petter tror ikke han vil bli klar for å reise på turer til byen i løpet av så kort tid, men han har et stort ønske om å kunne reise på butikken i bygda si, slik at han slipper følelsen av å være en byrde for sin mor. Han forteller at han føler mye skyld og skam overfor moren sin for at han ikke klarer å ta seg sammen. Sykepleier og Petter tror det vil være et godt mål at han skal kunne reise på butikken på egenhånd, to ganger i uka.

Travelbee mener at det er mye viktigere å utforske hvordan pasienten opplever sin sykdom, enn hva hans diagnose er. Hun sier at sykdom er en trussel mot selvet, og at pasientens meninger om sin sykdom må komme fram i en grundig kartlegging (Kristoffersen 2005). Dette er i overensstemmelse med hvordan man som sykepleier arbeider med kognitiv terapi. Kognitiv terapi henvendt mot PTSD retter seg mot symptomene og årsakene til sykdommen (Iversen 2007).

Angsten for de høye lydene, begynte med bombingene. Deretter har Petter fått problemer med lyder som smell fra eksospotter, tuting fra biler og smell fra dører. Slike ting fikk ham til å gjenoppleve den traumatiske opplevelsen i utlandet. Sykepleier og pasient kommer fram til at et godt mål skal være at han ikke lenger skal få angst av smell fra dører. Til sist setter de et tidsperspektiv, og det blir en uke før avreise, slik at de skal få tid til å evaluere behandlingen (Iversen, 2007).

Hummelvolls (2008) orienteringsfase samsvarer med Iversens (2007) kontraktfase. Hummelvoll mener at sykepleieren gjennom orienteringsfasen må forsøke å skape et grunnlag for tillit og god kommunikasjon. Kontrakten bør være et resultat av omfattende drøfting i fellesskap. Man tilstreber å finne ut av hvilke tanker og følelser pasienten har, og hvilke problemer og behov han har (Hummelvoll 2008).

4.3 Pasientundervisning

Petter og sykepleieren har gått gjennom de to første fasene i det planlagte behandlingsforløpet, og har nå kommet inn i prosessfasen. En av teknikkene er pasientundervisning, som også blir kalt psykoedukasjon. Pasientundervisningen kan gis gruppevis, og den kan være lagt opp slik at pårørende kan delta. Den kan gis til enkeltpersoner, eller til grupper hvor pasienter har den samme sykdommen. Den kan omhandle en konkret situasjon eller symptom, for eksempel angstgrupper, eller den kan ta for seg sykdommen og hvordan den arter seg. Under et møte kan man for eksempel gå gjennom hva posttraumatisk stresslidelse er, hvilke symptomer som er vanlig og hvordan symptomene arter seg. Man kan snakke om hvordan PTSD utvikles og at sykdommen ses på som en forståelig reaksjon av svært traumatiske opplevelser. I tillegg kan man ta for seg litt om prognosen for sykdommen. Opplysninger om de ulike behandlingsmulighetene gjør at pasienten får bedre forutsetninger for å delta aktivt i behandlingen, og en bedre forståelse for meningen med de ulike tiltakene. Denne formen for psykoedukasjon med informasjon og dialog, skal føre til et bedre behandlingsresultat (Iversen 2007).

Travelbee mener også at pasientundervisning er viktig for å håndtere sykdom og lidelse. Samtidig sier hun at det også undervisningen innebærer mer enn bare å gi pasienten informasjon. Hun mener at grunnprinsippet i denne typen undervisning, er å hjelpe pasienten med å finne en mening med sykdommen, og de forholdsregler pasienten må ta for å få kontroll over sykdomssymptomene. Hun nevner også at om pasienten har et høyt angstnivå, vil dette begrense læringsprosessen. Pasientens oppfatning av virkeligheten og evne til å ta i mot informasjon, vil påvirkes ved for mye angst (Travelbee 2005).

Ved å finne mening med sykdommen, mener hun at man må akseptere sin sykdom, og heller bruke den som en lærerik livserfaring. Sykepleieren må fortelle at det fortsatt er mulig å oppnå selvrealisering, og videre også få evnen til å overskride selvet på bakgrunn av sine erfaringer. Hun mener at det ikke er sykdommen i seg selv som skal gi mening, men at individet i seg selv kan bruke den som en utviklende erfaring. Slik

gir man også pasienten nytt håp. Hun kan også bidra til å fremme håp ved å vise at hun ser en mening med hans behandling (Travelbee 2005).

4.3.1 Angstreduserende teknikker

Hovedmålet med denne formen for behandling, er at pasienten skal forstå at angstsymptomer ikke er farlige. Det er også teknikker som pasienten kan bruke selv, noe som vil gi en opplevelse av mestring. Pasienten vil også kunne oppnå en følelse av kontroll om han selv kan gjøre noe for å redusere angstsymptomene. Ofte kan angstsymptomer føles både ubehagelige og skremmende, og noen kan få følelsen av de kommer til å dø. Angstsymptomene kan i seg selv utløse angst, og pasienten kan slik komme inn i en ”ond sirkel” (Iversen 2007).

For å hjelpe pasienten med å få kontroll over angstsymptomene, kan man bruke en form for pasientundervisning. Sykepleier kan undervise pasienten om hva angstsymptomene innebærer. Man kan også bruke praktiske øvelser for å vise pasienten at hjertebank og svimmelhet ikke er farlig. Til sist kan man i samarbeid finne fram til en setning som pasienten kan bruke når angstsymptomene kommer, for eksempel: ”det er ubehagelig med hjertebank, men jeg vet nå at det ikke er farlig” (Iversen 2007).

En annen form for hurtig angstreduksjon er distraksjonstiltak. Pasienten kan finne fram til 2-4 forskjellige tiltak som han skal gå gjennom når angstsymptomene kommer. Eksempler på slike setninger kan være ”gå til vinduet for å telle sauene på jordet nedenfor”, ”finn fram dagens avis og les bursdagsannonsene”, ”se i kjøleskapet for å finne ut hva du trenger til middagen i morgen”. Det bør være handlinger som er lett tilgjengelige, slik at minst en av dem alltid kan utføres (Iversen, 2007).

Pasientens angstproblemer har ofte virket inn på hverdagen. Petter var tidligere en svært aktiv mann som drev med sport og gikk på konserter og musikkfestivaler. Han pleide å være glad i å lese bøker og spille Playstation. Siden han ble syk, har han holdt seg mer for seg selv. Han går ikke ut særlig ofte, og han føler seg mye sliten og lei. Sykepleieren og Petter setter opp en positivliste med aktiviteter han har pleid å like, og som han fortsatt kunne tenkt seg å gjøre. Det er viktig å lete etter pasientens ressurser. De snakker om han ikke nødvendigvis må gjøre alt han gjorde tidligere, og at han først

og fremst skal finne aktiviteter han kan tenke seg å gjøre nå. En slik liste kan gjøre det lettere for ham å utføre noen enkle aktiviteter, og bidra til en følelse av mestring. De tilpasser listen til avdelingsens aktivitetstilbud, og så kan Petter forandre på den selv når han føler det blir tid for det. De deler listen opp i fysiske, intellektuelle, sosiale og familiære aktiviteter, samt velvære, og finner enkle tiltak som han kan begynne med. Det er viktig å vise omsorg for pasientens livsførsel og dagligliv. En bedre hverdag for Petter, kan bidra til at han mestrer angsten sin bedre (Iversen 2007).

Å vise omsorg står sentralt i Jean Watsons sykepleieteori, og hun ser omsorg som helsefremmende. Hun mener at omsorg kan gjøre at pasienten ikke bare aksepterer seg selv som slik han er nå, men også slik han kanskje vil bli. Hun mener også at et omsorgsfullt miljø gir grunnlag for utvikling (George 1995).

Sykepleier gir pasientundervisning for å la pasienten bli kjent med angstsymptomene, og å vise at de ikke er farlige. Man forsøker å normalisere symptomene gjennom undervisning og veiledning, slik at de reduseres, eller forhåpentligvis forsvinner helt. Man kan også bruke visualisering. Flashbacks er et uønsket og angstframkallende symptom og gir en følelse av å miste kontrollen. Ved å visualisere et flashback i styrte og strukturerte former ved hjelp av sykepleier, vil pasienten kunne oppleve at han tar tilbake kontrollen over angsten (Iversen 2007). Det er viktig at pasienten føler seg trygg sammen med sykepleier. En forutsetning for dette er at pasienten har tillit til sykepleieren.

Travelbee mener at man må finne fram til et menneske-til-menneske-forhold for å kunne oppnå tillit. Hun sier at tid er svært viktig når det gjelder å danne relasjoner. Hun mener at en relasjon utvikler seg gjennom stadier: innledende møte, framvekst av identiteter, empati, sympati og endelig gjensidig forståelse og kontakt. Petter skal være til behandling i tolv uker, så det er usikkert om man får muligheten til å etablere en gjensidig forståelse i løpet av et slikt tidsperspektiv. Likevel kan det være mulig om sykepleier hele tiden viser at hun er til å stole på, og at hun har støttet og brydd seg om ham (Kristoffersen 2005).

Petter skal snart skrives ut, og han og sykepleieren skal i fellesskap evaluere resultatet av behandlingen. Sykepleier har under pasientundervisningen informert ham om

Kameratstøtte, som gjennomfører utflukter, møter og andre aktiviteter. Petter gleder seg til å møte andre FN/NATO-veteraner som har erfart lignende situasjoner som ham selv. Hans mor har også fulgt ham under behandlingen, og han har fått begynnende kontakt med en gammel venn som de fant under kartleggingen av nettverket hans.

Petter sier selv at han synes at han nå har noen nyttige verktøy han kan bruke mot angsten når han kommer hjem. Han får fortsatt angstsymptomer, men han klarer ved egen hjelp å redusere dem og å unngå flashbacks. Han har reist hjem til leiligheten sin to ganger i uken, og gått på butikken. I begynnelsen hadde han følge fram til leiligheten, men de siste ukene har han klart det på egenhånd. Han setter pris på at han har teknikker han kan bruke selv, da dette gir ham en følelse av selvkontroll, mestring og å bestemme over sitt eget liv.

5. Konklusjon

Vårt første møte med pasienten, vil påvirke hvordan behandlingsforløpet blir. Grunnlaget for at pasienten skal mestre angsten sin, er at han får god kunnskap om sykdommen sin. Ved å lære seg nyttige teknikker innen angstreduksjon, vil han kunne oppleve handlekraft og selvkontroll. Kunnskap vil også gjøre at han kan delta aktivt i behandlingen sin, en form for brukermedvirkning. Pasientundervisningen er godt utgangspunkt for at pasienten får tilegnet seg kunnskap, til et godt samarbeid.

For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten, må vi ha mulighet til å etablere et tillitsforhold til pasienten, samt skape en atmosfære for håp og god kommunikasjon. Dette kan oppnås gjennom å vise omsorg for ham, vise at vi er til å stole på og å bidra til et godt samarbeid.

Selv om angsten står sentralt hos pasienter med posttraumatisk stress, er det viktig å kunne utføre helhetlig sykepleie. I denne sammenhengen kan vi gjøre dette ved å kartlegge pasientens hverdag før innleggelsen. Det er av stor betydning at man gjør de nødvendige forandringer som kan bidra til at pasienten holder motet oppe. Å lage en oversikt over hvilke aktiviteter pasienten ser som verdifulle og givende, er også en egnet metode.

Et overordnet mål er at pasienten finner mening i sykdommen, og bruker sine nye erfaringer til å mestre sin nye livssituasjon.

6. Prosess og produktevaluering

Jeg tenkte først å skrive om flyktninger og PTSD, men fant raskt ut at det ble for vanskelig og tidkrevende å skrive om pasientgruppen. Flyktninger har ofte komplekse traumer, da noen har opplevd tortur, drap og voldtekt i tillegg til andre traumatiske krigshendelser. Jeg fant heller ikke særlig mye norsk faglitteratur i dette emnet, kanskje fordi det er så omfattende at det krever spesielle fagkunnskaper og ekspertise på området (Iversen, 2007). Jeg måtte derfor forandre problemstillingen min.

Jeg kunne ønsket å hospitere på en avdeling som arbeidet spesielt med pasienter med posttraumatisk stresslidelse og kognitiv terapi, men dette viste seg å bli vanskelig. Jeg fikk derfor hospitere ved den samme avdelingen hvor jeg hadde vært i praksis, hvor jeg fikk veiledning rundt problemstillingen min og kognitiv terapi. Det var flott å få hjelp av så engasjerte sykepleiere, og fokuset mitt i hospiteringen var å lære enda mer om kognitiv terapi. Jeg brukte lang tid på å innhente relevant litteratur, men da jeg hadde funnet dette, kom jeg raskt i gang.

Jeg opplevde i begynnelsen at det var en del forskjeller når gjaldt definisjoner av posttraumatisk stress. Jeg oppdaget at det var svært ulike måter å definere dette på, uten at jeg helt kunne forstå hva som var bakgrunnen for dette. For å få avklart betingelsene rundt diagnosen, sendte jeg en e-post til Kjell Magne Håkonsen, som har skrevet pensumboken ”Innføring i psykologi”. Han anbefalte meg å forholde meg til WHO's diagnosesystem da dette er det offisielle diagnosesystemet i Norge (e-post 16.04.10).

Jeg var på utveksling da jeg begynte arbeidet med å skrive oppgaven, men jeg hadde møtt veilederen min før jeg reiste. Vi hadde løpende kontakt via e-post, og jeg fikk godkjent problemstillingen min samt veiledning angående metodevalg. Da jeg kom hjem til Norge, møttes vi på skolen hvor jeg fikk svar på nye spørsmål som hadde meldt seg underveis i arbeidsprosessen.

Tanker om temaer det hadde vært interessant å arbeide videre med, har også meldt seg underveis. Det hadde utvilsomt vært svært interessant å lære mer om posttraumatisk

stress og flyktninger, selv om jeg antar at jeg har lært en del som kan overføres til denne gruppen. Et annet tema som jeg har forstått at jeg har utilstrekkelige kunnskaper om, er den akutte belastningsreaksjonen. Jeg ønsker å lære meg mer om de akutte forholdene rundt et menneske i stress og krise

7. Litteraturliste

*=selvvalgt litteratur

*Bertelsen og Jørgensen (2000). *Psykiatrisk ordbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Dalland, Olav (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*George, Julia (1995). *Nursing theories. The base for professional nursing practice*. Connecticut: Appleton & Lange.

*Gerlach, Jes (1999). *Psykofarmaka*. København: Psykiatrifonden.

Hollandvik, Jan-Erik (2004). *Helsetjeneste og helsepolitikk*. Oslo:

Håkonsen, Kjell Magne (2006). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, Jan Kåre (2008). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Iversen, Thomas (2007). *Kognitiv terapi; stress og traumer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jacobsen m.fl. (2006). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kringlen, Einar (2005). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren m.fl. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, Olav (2006). *Helse og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Mørch og Rosenberg (2007). *Kognitiv terapi; modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.

Nylenna, Magne (2008). *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget.

*Prosjekt traumatisk stress (2006). *Organisering av helsetjenester til FN/NATO-veteraner*. Oslo: Helsedirektoratet.

*Repål (red.) (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Åshild (2006). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Spigset, Olav (red.) (2007). *Legemidler og bruken av dem*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, Joyce (2005). *Mellemmenneskelige aspekter i sykepleje*. København: Munksgard Danmark.

Digitale kilder:

*Dagens Medisin (2008). Posttraumatisk stress kan bli yrkessykdom [online]. URL: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/11/27/posttraumatisk-stress-kan/> (24.04.10)

*ICD-10 (2010). ICD-10 [online]. Helsedirektoratet. URL: <http://finnkode.kith.no/2010/#|icd10|ICD10SysDel-1|flow>

*Norsk Elektronisk Legehåndbok (2010). Posttraumatisk stresslidelse [online]. URL: <http://legehandboka.no/>

*NRK Puls (2009). *Ny behandling for posttraumatisk stress* [online]. URL: <http://www1.nrk.no/nett-tv/indeks/186160> (04.05.10).