



Avdeling for helse, omsorg og sykepleie
Seksjon sykepleie

BACHELOROPPGAVE

UNGDOM MED TVANGSLIDELSE

Hvilken sykepleietilnærming har vist gode resultater i behandling av ungdom med tvangslidelse?

FORFATTERE:

TOR-ERIK BJERKESTUEN, MORTEN DYVESVEEN, THOMAS ELPHINSTONE OG
DAN ANDREAS HERMANRUD

Dato for innlevering: 10.05.2013

“Angst og redsel har alltid fulgt menneskene. Det er på sett og vis den pris vi må betale for privilegiet å være menneske. Mennesket kan føle angst allerede fra fødselen av, og det er de virkemidler det tilegner seg for å bekjempe angsten, som danner grunnlaget for dets personlighet”

(Poletti 1976)

Sammendrag

Tittel:	Ungdom med tvangslidelse - Hvilken sykepleietilnærming har vist gode resultater i behandling av ungdom med tvangslidelse?	Dato : 10.5.2013
Deltaker(e)/	Tor-Erik Bjerkestuen Morten Dyvesveen Thomas Elphinstone Dan Andreas Hermanrud	
Veileder(e):	Bente Thyli	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Nurs* adolescent, OCD, obsessive compulsive disorder	
Antall sider/ord: 47/12340	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p>Tvangslidelser reduserer livskvaliteten betraktelig og mange ungdommer går udiagnostisert uten tilstrekkelig behandling.</p> <p>Denne litteraturstudien sammenligner resultatene fra åtte studier med Antonovsky's sense of coherence teori sammen med annen sykepleiefaglig relevans for å få en forståelse for hvilken sykepleietilnærming som vil være mest aktuell.</p> <p>Tidligere forskning tyder på at kognitiv atferdsterapi (KAT) med responsprevensjon og kombinasjon med selektiv serotoninreopptakshemmere (SSRI) er førstevalget i behandling hos voksne. Også SSRI og KAT har vist gode resultater for ungdom, men utenom dette er det lite forskning på ungdom i forhold til voksne. Spesielt innen sykepleie.</p> <p>Resultatene viser at det ikke er en bestemt sykepleietilnærming som har vist gode resultater, men at sense of coherence teori som har som mål å øke begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er en god tilnærming og teori. Både direkte og indirekte har resultatene fra studiene bidratt til å øke opplevelse av mening. Mer forskning på dette området er nødvendig både i forhold til forebyggende behandling, sykepleierens rolle og ellers behandling.</p>		

Abstract

Title:	Adolescent with obsessive compulsive disorder - What kind of nursing approach has shown good results in treating adolescent with obsessive compulsive disorder?	Date : 10.5.2013
Participants/	Tor-Erik Bjerkestuen Morten Dyvesveen Thomas Elphinstone Dan Andreas Hermanruud	
Supervisor(s)	Bente Thyli	
Employer:		
Keywords (3-5)	Nurs* adolescent, OCD, obsessive compulsive disorder	
Number of pages/words: 47/12340	Number of appendix: 1	Availability (open/confidential):
<p>Obsessive-compulsive disorder reduces the quality of life considerably and many adolescents do not get a proper diagnose or adequate treatment.</p> <p>This literature study compares results from eight studies with Antonovsky's sense of coherence theory together with other nursing relevance for an understanding of the nursing approach that would be most appropriate.</p> <p>Previous research suggests that cognitive behavioral therapy (CBT) with response prevention and a combination of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) is the first choice of treatment in adults. Also CBT and SSRI have shown good results for young people. There is little research on adolescents compared to adults. Especially in nursing.</p> <p>The results shows there is not a specific nursing approach that has shown good results, but that sense of coherence theory which aims to increase comprehension, manageability and meaningfulness is a good approach and theory. Both direct and indirect results of the studies helped to increase sense of coherence. More research in this area is necessary in relation to preventive care, nurse's role and otherwise processing.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract.....	2
1. Innledning.....	5
1.1 Presentasjon av tema	5
1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling.....	6
1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder	7
1.4 Sykepleiefaglig relevans.....	7
2. Bakgrunn	8
2.1 Teoretiske perspektiv	8
2.2 Tidligere forskning	9
2.3 Hensikt med oppgaven	10
3. Metode.....	10
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	11
3.3 Bearbeiding av inkluderte artikler	13
3.4 Litteratursøk	13
3.5 Metodiske overveielser	16
4. Resultater	18
4.1 Selvhjelpmanual	21
4.2 Kognitiv behandlingsterapi over telefon	22
4.3 Intensiv behandling for ungdom med tvangslidelse	23
4.4 Skreddersydd behandling på sykehus	24
4.5 Gruppebehandling.....	25
4.6 Norske behandlere sitt syn på behandling	26
4.7 Effekten av sykepleiere som psykoterapeuter	27
4.8 Sense of coherence i behandling av tvangslidelse	28

5. Drøfting	29
5.1 Pasientens følelsen av sammenheng	30
5.2 Behandling med mindre terapeutkontakt.....	31
5.3 Behandlingsmetoder med gode resultater	32
5.4 Involvering av familie.....	34
5.5 Miljøterapi	35
5.6 Sykepleierens funksjon i behandling	37
5.7 Resultatenes betydning for sykepleie	39
5.8 Videre forskning og nye problemstillinger	40
6. Konklusjon	41
7.0 Litteraturliste	42
8.0 Vedlegg 1 PICO-skjema.....	45

ANTALL ORD: 12340

1. Innledning

1.1 Presentasjon av tema

I følge Verdens Helseorganisasjon er tvangslidelser regnet blant de ti mest funksjonshemmende diagnosene sett ut fra et livskvalitetsperspektiv (Bates & Grönberg 2012). Tvangslidelse beskrives som en undergruppe av angst. Hovedgruppene innen angstlidelser er fobisk angst, panikkangst, traumelidelsene, tvangslidelser og generalisert angstlidelser (Skårderud et al 2010). Angst skiller seg fra frykt som har et ytre objekt å forholde seg til. Frykt får man når man oppfatter noe eller noen som farlig som for eksempel en spesifikk situasjon eller et skummelt dyr. Allikevel har angst og frykt også noe tilfelles. Begge fenomenene reagerer likt på det fysiologiske plan på grunn av at kroppen vil forberede seg på å komme unna faren. Tvangslidelsene er forskjellig fra de andre angstlidelsene ved at det utarter seg som et bestemt tankesett eller handlingsmønster. Tvangstanker (obsesjoner) og tvangshandlinger (kompulsjoner) er en måte å håndtere angsten på (Skårderud et al 2010). Sykdommen kjennetegnes ved at tvangstanker er påtrengende tilbakevendende tanker, følelser, indre forestillingsbilder eller ideer. Tvangshandlinger er en uimotståelig trang til gjentatte ganger å gjennomføre bestemte handlinger eller ritualer (Malt 2012). Eksempler på tvangstanker kan være tanker om å bli smittet av sykdom, som HIV, telletvang eller være redd for at man ikke har låst dører eller slått av elektriske apparater. I de aller fleste tilfellene forekommer tvangshandlinger sammen med tvangstankene (Malt 2012). Eksempler på tvangshandlinger er at man må vaske seg gjentatte ganger etter å ha vært i kontakt med for eksempel andre mennesker på grunn av smittefrykt eller at man gjentatte ganger må se om ovnen er slått av eller at man må rydde vær gang det blir litt for mye rot. Tankene og handlingene kan oppleves svært plagsomme og uønskede noe som igjen fører til betydelig nedsatt livskvalitet (Malt 2012). Pasienten står i fare for å ikke fungerer optimalt med andre mennesker eller i samfunnet generelt på grunn av fare for at tvangen skal ta overhånd. Jo mer alvorlig tvangen er, desto dårligere er livskvaliteten (Bates & Grönberg 2012). Bare personer med schizofreni har dårligere livskvalitet innen psykisk helse. 1-2 % av befolkningen blir diagnostisert og trenger behandling for sin tvangslidelse, men ikke alle får den behandlingen de trenger. Gjennomsnittelig debut alder er i tenårene, men med stor spredning (Bates & Grönberg 2012). 2,7% av barn og unge rammes av lidelsen (Helsebiblioteket 2007).

1.2 Bakgrunn for valg av problemstilling

Personer med tvangslidelse lider av sin ufrihet. For at angsten skal lindres må vedkommende gjøre bestemte handlinger. Hensikten med tankene og handlingene er at man skal bli fri for angsten. Bli ikke ritualene gjennomført vil angsten bare stige. Sykepleie til disse pasientene vil være å bidra til å hjelpe vedkommende ut av lidelsen, skape en allianse og gi pasienten et friere forholdt til indre bånd og andre mennesker (Hummelvoll 2010). Det å vite at ritualene man utfører er unødvendige, og i tillegg kan virke dumt kan føre til at man skjuler symptomene sine. Livsutfoldelsen blir betydelig redusert da man etter hvert unngår ulike situasjoner eller nære venner fordi man er redd for at tvangen skal gi negative konsekvenser. Oppgaven til sykepleieren er å anvende sin forståelse av lidelsen i det daglige samværet og legge opp til et samarbeid som reduserer angsten selv om ikke tvangshandlingene blir gjennomført (Hummelvoll 2010). Problemstillingen i oppgaven tar ikke utgangspunkt i en spesifikk form for behandling. Ulike behandlingsalternativer blir presentert i oppgaven. For å vite hvilken tilnærming som vil være mest hensiktsmessig til ungdom må man vite hva som har vist til de beste resultatene i behandling for så å jobbe ut ifra dette. Håkonsen (2010) beskriver at man i ungdomsårene streber etter å finne en identitet som er atskilt fra foreldrene. Identitet kan være knyttet opp mot personlig identitet som vil si beskrivelser av seg selv eller sosial identitet som er knyttet opp mot hvilken gruppe mennesker man tilhører. I behandlingen prøver man å øke pasientens selvinnsett og situasjonsforståelse og bistå i å gjenopprette kontakt med sine egne følelser (Hummelvoll 2010). Oppgaven har fokus på å finne gode sykepleietilnærminger til ungdom med tvangslidelser. Antonovsky og Sjøbu (2012) beskriver ungdomstiden som en tid preget av å være forvirret, ha dårlig selvtillit og følelse av å være utestengt. Hovedutfordringen til ungdom er å få orden på livet sitt. Uansett hvor man befinner seg blir tilværelsen en påminnelse om at verden er et fremmed og vanskelig sted. Forutsigbarhet kan være vanskelig for en ungdom å oppnå i dagens samfunn. Det er valgt å ha fokus på ungdom i denne oppgaven fordi det er nødvendig å ha en sterk opplevelse av sammenheng generelt i livet, men også i behandling når man lider av en lidelse.

1.3 Relasjon til seksjonens forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik har tre fokusområder innenfor forskning i klinisk sykepleie. De tre forskningsområdene er kvalitet i sykepleie, helse i dagliglivet og utdanningskvalitet. Angstpregede mennesker som ikke får behandling bruker mye tid og ressurser på sykdommen sin. Tvangslidelser kan være såpass alvorlig at det hemmer personer i den grad at de ikke kan fungere i dagliglivet (Hummelvoll 2012). Oppgaven relateres til to av forskningsområdene, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet. Helse i dagliglivet kan videre relateres til Aaron Antonovsky's Sence of coherence (SOC). Kvalitet i sykepleie handler om å sikre at pasienten får dekket sine grunnleggende behov slik at man gjenvinner helse så raskt som mulig, eller får hjelp til en fredfull død (Kristoffersen 2008). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier blant annet at sykepleieren skal holde seg oppdatert på forskning og utvikling innen eget funksjonsområde. Slik kan sykepleieren bidra til fagutvikling og forskning slik at ny kunnskap kan innarbeides og anvendes i praksis. Sykepleiefaget møter stadig sterkere krav fra helsemyndigheter og medisinske miljøer om at sykepleieutøvelsen må være forskningsbasert (Kristoffersen 2008). En sykepleier kan stilles til ansvar dersom en ikke holder seg oppdatert og kan basere praksisen sin på den nyeste tilgjengelige kunnskap (Kristoffersen 2008).

1.4 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Brinchmann 2010). Det å jobbe kunnskapsbasert vil ifølge Bjørk & Solhaug (2008) si at sykepleie skal være basert på oppdatert kunnskap, og at forskningsbasert kunnskap skal brukes når det finnes. Sykepleieforskning er nødvendig for å videreutvikle kunnskapsgrunnlaget for faget (Kristoffersen 2008). Sykepleierens plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk Sykepleiforbund 2011).

"Kognitiv terapi er en øvelse i indre samtale der pasienten videreutvikler evnen til å utforske egne tanker og sette spørsmålstegn ved fastlåste tankemønstre" (Berge & Repål 2010).

Hallberg & Ørbeck (2006) beskriver at KAT har vist gode resultater for tvangslidende, og er mye mer utbredt blant sykepleiere i dag. De mener KAT burde utøves av andre yrkesgrupper enn psykologer og leger, da det også er nyttig for andre behandlere som jobber i tverrfaglig team i psykisk helsevern.

Sentralt i KAT står eksponering og responsprevensjon. Eksponering skjer ved at en sykepleier avtaler med pasienten når man skal konfronteres med situasjoner, gjenstander, tanker og følelser som er gjenstander for unnvikelse (Kragerup & Sletterød 2011). Sykepleie i forbindelse med selve eksponeringsøvelsen går ut på å støtte pasienten gjennom oppgaven (Kragerup & Sletterød 2011). Responsprevensjon betyr at sykepleieren hjelper med å holde tilbake tvangshandlinger eller ritualer som er knyttet opp mot tvangstankene og tvangshandlingene. Et eksempel er at pasienten er opptatt av å slå av og på lyset tre ganger for å være helt sikker på at lyset er slukket innen han forlater rommet, dette for å hindre brann. Responsprevensjonen handler om at pasienten skal arbeide med det motsatte enn eksempelet og forlate rommet med lyset på. Hensikten med å gjennomføre dette er at adferden etter hvert skal opphøre (Kragerup & Sletterød 2011).

Psykiatrisk sykepleie omhandler en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og ut i fra dette løse/reducere hans helseproblem (Hummelvoll 2010). For en sykepleier er det viktig å få til en god dialog med pasienten. Når en utøver sykepleie for en hjelpetrengende pasient er det forutsatt at en kommuniserer og samhandler med pasienten (Kristofferesen 2008).

2. Bakgrunn

2.1 Teoretiske perspektiv

Bjørk & Solhaug (2008) beskriver at teoretiske perspektiver i en litteraturgjennomgang velges ut ifra hva slags antakelser man vil bruke som "briller" i prosessen. I denne oppgaven har Antonovsky's sense of coherence (SOC) teori en nyttig funksjon, og kan berike vinklingen i denne litteraturstudien. Aaron Antonovsky (1923-1994) har en doktorgrad i sosiologi, og er kjent for sin forskning på stress, helse og velvære. Begrepet salutogenese av Antonovsky sier noe om hva som holder oss friske, istedenfor å forholde seg til hva som gjør oss syke, patogenese. Noe av bakgrunnen for dette var at Antonovsky selv stilte seg spørsmålet om hvordan mennesker som hadde opplevd grusomhetene i konsentrasjonsleirene likevel kunne har det godt i ettertid. Dette ble da grunnlaget for hans formulering av det salutogene spørsmålet hva er *helsens opprinnelse?* (Antonovsky & Sjøbu 2012). Grunnholdningen av salutogenese blir kalt *sense of coherence* eller opplevelse av sammenheng som består av: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet handler om i hvilken grad

man takler ulike forandringer som vi møter på, og at disse skal være forutsigbare. Kommer forandringene overraskende skal man kunne plassere det i en sammenheng, og forklare det. Håndterbarhet handler om i hvilken grad man opplever tilstrekkelig ressurser man har til rådighet for å takle krav og forandringer man står ovenfor. Meningsfullhet handler om i hvilken grad man selv er involvert som deltaker i prosessene som former ens egen skjebne, og i sine egne erfaringer (Antonovsky & Sjøbu 2012). For ungdommer med tvangslidelse er det viktig å tilnærme seg på en måte som øker forutsigbarhet og forståelse. Å finne et svar på å bli helt symptomfri for tvangslidelse er ikke et mål med denne teorien, men å utforske om det å se på hva som skaper helse, istedenfor å bare se på det som skaper sykdom kan berike behandlingen. Dette kan åpne opp for andre tilnærminger som kan gi en bedre sykepleie til pasienten som er syk, og i tillegg forhindre at pasienten blir syk.

2.2 Tidligere forskning

Mer enn 40 års forskning fra blant annet Storbritannia, Hellas, Spania, Nederland og USA har funnet ut av kognitiv atferdsterapi (KAT) er den psykologiske behandlingsmetoden som gir betydelige og varige forandringer hos de tvangspregede (Bates & Grönberg 2012).

I Sverige foretok Statens Beredning For Medicinsk Utvärdering i 2005 en gjennomgang av forskningsfunn på behandling av tvangsproblemer hos voksne der de kom frem til at KAT i form av eksponering og responsprevensjon ga best resultater (Bates & Grönberg 2012). I 2006 og 2007 fastslo American Psychological Association og American Psychiatric Association det samme. I Storbritannia kom NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) med egne retningslinjer for behandling av tvangsproblemer i november 2005 (Bates & Grönberg 2012). De anbefaler den samme behandlingen som baserer seg på en trinnsvis behandlingsmodell. Pasienter som ikke oppnår bedring etter første trinn, fortsetter i flere behandlingsprogrammer med lenger KAT individuelt eller i gruppe med mulighet for medisinerings tillegg (Bates & Grönberg 2012). Cochrane Review er et internasjonalt organ med en hensikt å samle store mengder helseforskning og deretter sammenligne disse fra hele verden. I 2008 utførte de en omfattende undersøkelse angående psykofarmaka til pasienter med tvangslidelse. Dette resulterte i at pasienter som fikk selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) hadde dobbel så stor sannsynlighet for å bli bedre sammenlignet med en annen gruppe på grunnlag av placebo effekten. Helsebiblioteket (2007) oppsummerer den angitte forskningen ovenfor hos voksne. Samtidig gir denne

behandlingen god effekt til barn og unge. KAT og SSRI legemidler senker symptomer på tvangslidelse. Det finnes ikke nok forskning til å si med sikkerhet at SSRI og KAT fungerer bedre i kombinasjon, sammenlignet med kun en av de to behandlingene (Helsebiblioteket 2013). De to alternativene blir ofte kombinert når tvangslidelsen er alvorlig, eller for mennesker som ikke responderer på bare en av behandlingsformene (Helsebiblioteket 2013).

2.3 Hensikt med oppgaven

Formålet med denne oppgaven er å benytte oppdatert forskning for å gi et svar på hvilken sykepleietilnærming som vil føre til gode resultater i behandling av ungdom med tvangslidelser. De inkluderte studiene skal vise til gode resultater med å bruke et sykepleiefaglig perspektiv i form av Aaron Antonovsky's sense of coherence (SOC) teori for å fremme sykepleiefaglig relevans. Med denne litteraturstudien åpnes det en mulighet for å se om SOC kan få en positiv effekt på ungdom med tvangslidelser. I forhold til sykepleierens rolle vil begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet være komponenter som kan brukes for å oppnå gode resultater. Opplevelse av SOC har en stor betydning i forhold til tenkning og praksis i helsefremmede arbeid (Hummelvoll 2008). Helseforebyggende arbeid er viktig, men denne oppgaven vil mest ha fokus på SOC i selve behandlingen av tvangslidelser. En sykepleiers rolle består i å vite hvordan en sykdom kan påvirke livskvaliteten hos en pasient. Sykepleiers evne til å kommunisere og formidle kunnskap vil ha stor betydning for pasienten som skal gjenvinne kontroll over sitt eget liv. Oppgaven vil med dette rette fokus på hvordan sykepleieren kan tilnærme seg ungdom med tvangslidelser gjennom behandling.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Ifølge Polit & Beck (2010) kan en litteraturstudie ha en viktig funksjon i forskning, da de gir et skriftlig svar på en problemstilling som forskere har prøvd å svare på. De kan komme frem til nye spørsmål i drøftingsdelen som kan gi grunnlag til videre forskning. En litteraturstudie kan derfor forklares som en systematisk undersøkelse som bruker disiplinerte metoder som begynner med å formulere et spørsmål, finne god søkestrategi, finne relevante kilder/databaser, oversette informasjon, kritisere denne informasjonen og løse problemet.

En Litteraturstudie vil derfor gi ny og nyttig informasjon til blant annet sykepleiere som leser forskning med en tanke på å utvikle egne praktiske ferdigheter og kunnskap. I utarbeidelsen av denne litteraturstudien er det brukt relevant faglitteratur og forskningsartikler for å finne et forskningsbasert svar på problemstillingen. Derfor er litteraturstudie en relevant metode i denne oppgaven.

3.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Med gode inklusjons og eksklusjonskriterier blir sorteringen av relevante artikler nøye gjennomgått. Inklusjons og eksklusjonskriteriene sier noe om hva som skal være med i en studie, og hva som ikke skal være med. Dette kan bety at en artikkel kan virke relevant fra starten av, men senere blir forkastet. På den måten står vi igjen med artikler som er innenfor vårt spesifikke område (Bjørk & Solhaug 2010).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Skal være utgitt av et vitenskapelig tidsskrift	Artikler uten et nordisk eller engelsk språk
Utgitt etter år 2000	Artikler med bare fokus på barn eller bare voksne
Relevant for behandling til ungdom mellom 13-26 år	Artikler med kun et medisinsk fokus
Tar for seg behandling i, eller utenfor institusjoner	Artikler med fokus kun på familie
Kvantitativ eller kvalitativ metode	Artikler som ikke er relevant for vår problemstilling
Tvangstanker og/eller tvangshandlinger som hovedproblem og som igjen fører til lavere livskvalitet	Artikler som omhandler psykokirurgi
Artiklene kan ha en differensialdiagnose i form av depresjon/angst	Artikler som bare omhandler fobier

3.3 Bearbeiding av inkluderte artikler

Forskningsstudier betegnes som primærkilder og er den mest relevante informasjonen for en litteraturstudie (Polit & Beck 2010). Det er valgt å bruke flest forskningsartikler i denne litteraturstudie. Kritikken mot oversiktsartikler omhandler mangelfull rapportering av metode, noe som kan gjøre det vanskelig å få med seg hvordan de har jobbet og kommet frem til resultatet (Bjørk & Solhaug 2008). For å kritisk vurdere kvaliteten på artiklene ble det undersøkt om artiklene hadde blitt fagfellevurdert. Dette kan man bekrefte ved å se om studien har gjennomgått en fagfellevurdering som Polit & Beck (2010) beskrives med at to eller flere fagfolk som utfører forskning på samme område, anbefale denne videre. Et ord som står synonymt med fagfellevurdering er peer-review. Kvaliteten på artikkelen kan bekreftes ved å se om tidsskriftet som har publisert artikkelen har vitenskapelig nivå på database for statistikk om høgere utdanning (DBH 2013). Sammen med å benytte sjekklister for vurdering av forskningsartikler på kunnskapssenteret (2008).

3.4 Litteratursøk

Etter bestemt problemstilling ble det valgt å benytte PICO skjema (se vedlegg 1) for å få relevante og gode søkeord. Det ble søkt internt i flere tidsskrift som journal of advanced nursing og issues in mental health for å få en bred og god oversikt over hvilket stoff som fantes og for å finne forslag til relevante søkeord. Søket startet i databasen Cinahl da dette ifølge Polit & Beck (2010) er en viktig database for sykepleiere fordi den dekker et stort område. Etter noen enkeltsøk som ga for mange og forskjellige treff ble det bestemt å kombinere flere søkeord med AND i videre søk. I videre søk ble også en kombinasjon av databasene Ovid nursing database, Psychinfo og AMED sammen med Pubmed inkludert. Når det gjelder nordisk forskning på tvangslidelser ble det søkt i databasen Svemed + med søkeordene "obsessive compulsive disorder" AND "Adolescent". Dette ga tjuen treff, det ble lest fem abstrakt og tre artikler i fulltekst. En artikkel fra Norge ble inkludert da den falt innenfor oppgavens spesifikke område. For å forsikre flest mulig treff ble obsessive compulsive disorder alltid benyttet før OCD. Man fikk en rask oversikt over at de nevnte databasene benyttet OCD som mesh-term i sine databaser. I følge Polit & Beck (2010) er mesh-termer informasjon som kan bruke ulik terminologi for å få frem det samme konseptet. Nurs* ble benyttet for å få frem nurses, nursing, nurse role og ellers andre ord som har med nursing å gjøre.

Etter å ha lest overskrifter som virket interessante ble det valgt å lese abstrakt. Virket dette interessant ble artikkelen lest. Artikler som ikke kom opp i fulltekst i databasene ble søkt opp via Bibsys eller bestilt gjennom biblioteket på Høgskolen i Gjøvik. Søkene ble utført mellom 18.03 – 05.04.2013. Nedenfor er det en skjematisk oversikt over det meste av søkeord, databaser og antall treff.

Søkeord og kombinasjoner	Database	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler
OCD	Cinahl	582	0	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Nurs*	Cinahl	120	0	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Nurs* AND adolescent	Cinahl	3	1	1	1
OCD AND Nurs* AND Adolescent	Cinahl	1	1	1	1
Obsessive compulsive disorder AND Intervention	Cinahl	60	0	0	0
OCD AND intervention	Cinahl	31	9	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Juvenile	Cinahl	10	3	1	1
Obsessive compulsive disorder AND youth	Cinahl	16	2	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Coping	Cinahl	29	5	1	0
Obsessive compulsive disorder AND Coping AND Nurs*	Cinahl	7	3	0	0
Obsessive compulsive disorder AND young adults	Cinahl	6	0	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Nurs*	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	120	0	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Nurs* AND Adolescent	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	26	12	6	1
Obsessive compulsive disorder AND nurs* AND Intervention	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	8	1	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Coping AND adolescent	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	7	5	1	1
Obsessive compulsive disorder AND treatment AND Nurs*	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	50	10	4	1
Obsessive compulsive disorder AND treatment AND Nurs* AND Adolescent	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	12	4	1	1
OCD AND adolescent AND coping	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	2	0	0	0
OCD AND nurs* AND coping	Ovid nursing database, Psychinfo and AMED	4	0	0	0
Obsessive compulsive disorder AND Nurs* AND adolescent	PubMed	29	7	4	1
OCD AND Juvenile AND Nurs*	PubMed	0	0	0	0
OCD AND Juvenile	PubMed	59	12	0	0
OCD AND Intervention AND Adolescent	PubMed	73	0	0	0
OCD AND Nurs AND coping	PubMed	5	2	0	0

3.5 Metodiske overveielser

“Som sykepleiere er det viktig at vi kjenner til de viktigste forskningsetiske prinsippene” (Brinchmann 2010 s.208) Med kvalitative studier er det nødvendig med gjentatte forhandlinger om tillatelse til å utføre studien. Turner et al (2009) sin studie ble godkjent av Research Ethics Committee of the South London, og studien til Lovell et al (2004) ble godkjent av The Local Research Ethic Committees. Dette ble lagt stor vekt på. Selv om denne litteraturstudien ikke har forsket på mennesker, skal man ha kunnskap og forståelse for hvor viktig forskningsetikk er. I studien til Turner et al (2009) måtte både foreldre og den unge gi informert samtykke til studien. Brinchmann (2010) beskriver at forsøkspersonene som blir inkludert i studien skal informeres om hva studien går ut på, og hvilke risikoer dette kan medbringe. Deltakelsen skal alltid være frivillig og i følge Helsinkideklarasjonen skal hensynet til individet alltid gå foran hensynet til samfunns eller forskningsnytt (Brinchmann 2010). Det er i denne oppgaven benyttet både kvalitative og kvantitative data på artiklene i resultatene. Bjørk og Solhaug (2008 s.115) beskriver “Empiriske data kan være kvantitative eller kvalitative i sin form. Kvantitative data analyseres med statistikk, mens kvalitative data analyseres gjennom fortolkning” Naturvitenskapelige og humanistiske forskere kan benytte både kvalitative og kvantitative data. Det er i utgangspunktet spørsmålene man stiller som avgjør hvilken metode som blir brukt. Det har allikevel vært en utfordring å tolke om studiene har vært kvalitative eller kvantitative. Malt (2012) understreker at psykiatri er et forskningsområde hvor kvantitativ forskning alltid bygger på kvalitative observasjoner. Styrken ved kvalitativ observasjon er muligheten for å skaffe seg dybdekunnskap om bakgrunnen for tanker, følelser og adferd. Svakheter kan allikevel være at innhenting av informasjon lettere vil være følsom for egenskaper ved undersøkeren. Resultatene kan bli selvbekreftende på grunn av teorien som legges til grunn for datasamling, analyse og fortolkning (Malt 2012). Denne litteraturstudien har for det meste benyttet forskning og primærlitteratur. For å bygge med annen relevant litteratur har Hummelvoll (2008) blitt benyttet for å beskrive psykiatrisk sykepleie sammen med Kragerup og Sletterød (2011) Sense of coherence teori (SOC), og den salutogene modellen har Antonovsky og Sjøbu (2012) stått for. Når det gjelder tvangslidelse ble Bates og Grönberg (2012) benyttet. Forfatterne og bøkene som er brukt i denne studien er troverdig og pålitelige kilder. På den måten kan også disse beskrives som primærkilder fordi de er egnet til å søke kunnskap av en

mer stabil og etablert karakter og teori (Bjørk & Solhaug 2008). Når det ble søkt med få søkeord ga dette en god oversikt over antall artikler som omhandlet sykepleie til ungdom med tvangslidelse. De samme artiklene dukket opp igjen med ulike kombinasjoner på databasene. Flere artikler virket også interessant i forhold til sykepleie, men flere av disse var reviews eller oversiktsartikler. Noen av disse ble valgt for å få en bedre oversikt over tema, men ble senere ekskludert fordi flere presenterte fagstoff som er lett tilgjengelig i bøker. Allikevel ble en oversiktsartikkel av Beverly, Lyon og Farrell (2003) inkludert. Dette beskriver Bjørk & Solhaug (2008) som sekundærlitteratur fordi det er "forskning på forskning" Litteraturstudie har begrenset gyldighet akkurat som en oversiktsartikkel. En svakhet med denne litteraturstudien kan være at det er mye fagstoff å forholde seg til, og det kan være vanskelig å inkludere det viktigste. Vår forståelse av studiene kan være preget av for lite innsikt samtidig som oversikten kan være svak med et manglende helhetlig bilde (Støren 2010). På grunn av problemstillingen er det ikke inkludert artikler som omhandler svake resultater i oppgaven. Disse er ikke drøftet opp mot hverandre. En av artiklene som er benyttet kommer fra Norge, mens de andre kommer fra USA og Storbritannia. Dette betyr at de er basert på andre retningslinjer enn her i Norge. Et par av artiklene baserer seg på at pasientene ikke kunne fullføre behandling på grunn av økonomi. Allikevel beskriver Bates og Grönberg (2012) at også Norge må bli flinkere til identifisere tvangsproblemer, og at bedre tilgang til effektiv behandling vil gi nyttige innsparinger både for individ og samfunn. Artikkelen fra Norge understreker at studiene vi har funnet er relevant. Denne litteraturstudien hadde som utgangspunkt å finne den beste sykepleietilnærmingen til tvangspreget ungdom. Ingen inkluderte studier hadde som mål å finne akkurat det problemstillingen var ute etter, men det har blitt brukt gode resultater fra studier for å forsøke å finne en konklusjon ut ifra dette. Samtlige studier er like relevante her i Norge som de er i USA og Storbritannia, selv om helsevesenet i USA og Storbritannia er organisert forskjellig fra Norge. Studien til Reasor og Farrell (2005) beskriver at psykiatriske sykepleiere (PMH CNSS) har trening, ferdigheter og evner som er nødvendig for å gi effektiv psykoterapi. Utdanning og klinisk behandling vil være forskjellig fra her i Norge. Sykepleiere i Storbritannia og USA er kvalifisert til selvstendig å behandle klienter med psykiske sykdommer i det offentlige helsevesen og på private klinikker med regning for refusjon.

4. Resultater

Seks av de åtte artiklene handler om forskjellige behandlingsmetoder som har gitt gode resultater. Selv om artikler som bare omhandler familie har blitt ekskludert er familie blitt trekt inn i fire av de inkluderte artiklene. To av artiklene handler om innovasjon og nytenkning i forhold til mindre terapeutisk kontakt. Artiklene som omhandler ulik behandling i institusjon forholder seg til intensiv behandling, poliklinisk gruppeterapi og et mer komplett behandlingstilbud til ungdom som ikke har vist bedring på annen behandling. En artikkel understreker effektiviteten av sykepleiere som psykoterapeuter, mens den siste handler om sense of coherence (SOC) teori i forhold til psykoterapi.

Først kommer en skjematisk oversikt over artiklene med referanse, hensikt, metode og resultater. Deretter er hver artikkel utdypet ut ifra IMRAD-prinsippet kronologisk. I følge Polit & Beck (2008) analyseres kvantitative sammen med mange kvalitative studier ut i fra et format med introduksjon, metode, resultater og diskusjon. Flere av studiene benytter seg av *Yale-brown obsessive compulsive scale* for å vurdere effekten av behandling. Malt (2012) beskriver at når det gjelder forskning i klinisk psykiatri er det vanligst å bruke endringer i skår på graderingsskala for å vurdere effekt. (Children`s) Yale brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) er den mest brukte skalaen for å kartlegge symptomer ved tvangslidelser. Den inneholder ti ledd hvor behandleren vurderer alvorligheten av tvangstankene og tvangshandlingene. Som oftest fyller pasienten ut sjekklisten selv deretter gjennomføres det et klinisk intervju. Skalaen vurderes med en skår fra 0-7 (subklinisk) 8-15 (lett) 16-23 (moderat) 24-31 (alvorlig) og 32-40 (ekstrem). Bortsett fra denne skalaen på symptomer er det utelukket andre analyseverktøy som er blitt brukt i studiene, men velger å se på helheten av behandlingsresultatet.

Referanse (Forfatter, år, tittel, utgiver og land)	Hensikt	Metode	Resultater
Karina Lovell et al (2004) A pilot study of a self-help manual with minimal therapist contact in the treatment of obsessive compulsive disorder. <i>Clinical effectiveness in Nursing</i> . UK	Det første målet med studien var å utvikle en selvhjelpmanual behandler kan benytte for å hjelpe personer med tvangslidelse. Det andre målet var å undersøke om effektiv kognitiv atferdsterapi kan leveres via en terapeut-tilrettelagt selvhjelpmanual.	Kvalitativ metode	Selvhjelpsmanualen ble utviklet, og pasienter med langvarig tvangslidelse hadde god effekt av denne.
Turner, C et al (2009) A pilot Study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people. <i>Behavioural and cognitive psychotherapy</i> . UK.	Undersøke om kognitiv atferdsterapi via telefonsamtale kan være en effektiv løsning for ungdom med tvangslidelse og deres foreldre.	Kvantitativ metode	Behandling med kognitiv atferdsterapi over telefon viste bedring av symptomer. Familien ble fornøyd med behandlingen.
Whiteside SP, Brown AM, Abramowitz JS (2008) Five day intensive treatment for adolescent OCD: A case series. <i>Journal of Anxiety Disorders</i> . U.S	Å finne ut om en fem dagers intensiv behandling for ungdom kan være en effektiv behandlingsmetode.	Kvalitativ metode	Det er effektivt å behandle ungdom intensivt over fem dager
Björgvinsson et al (2008) Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting. <i>Journal of psychiatric practice</i> . U.S	Å vurdere effekten av et skreddersydd program til ungdom med tvangslidelser på et sykehus.	Kvalitativ metode (Naturalistisk studie)	70 % av pasientene fikk en symptomreduksjon

<p>Söchting, I, Betty Third (2011) Behavioral group treatment of obsessive compulsive disorder in adolescent: a pilot study. <i>International journal of group psychotherapy</i>. Canada</p>	<p>Studien evaluerer effekten av kognitiv atferdsterapi gjennom gruppebehandling hos ungdom som går til poliklinisk behandling for sin tvangslidelse.</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p>Behandlingen var effektiv</p>
<p>Valderhaug, R, Götestam, RG og Larsson, B (2004) Clinicians' views on management of obsessive-compulsive disorders in children and adolescents. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i>. Norge.</p>	<p>Undersøke hvilke retningslinjer helsepersonell i Norge er mest tilfreds med i behandling av ungdom med tvangslidelse.</p>	<p>Kvantitativ metode</p>	<p>Resultatene viste at kognitiv behandling, familieintervensjoner og medikasjon ble foretrukket.</p>
<p>James E. Reasor and Sarah P Farell (2005) The effectiveness of advanced practice registered nurses as psychotherapists. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i>. U.S</p>	<p>Å utforske effekten av sykepleiere som psykoterapeuter.</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p>Gjennom sin psykoterapeutiske funksjon klarte sykepleieren å reduserte symptomene hos pasienten med 33 %</p>
<p>Beverly, Joachim; Lyon, Debra D; Farrell, S P (2003) Arguementing treatment of obsessive compulsive disorder with Antonovsky`s sense of coherence theory. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i>. UK</p>	<p>Undersøke om bruk av sence of coheranse i psykoterapi kan brukes for oppnå bedre behandlings resultater til pasienter med tvangslidelse.</p>	<p>Selektiv litteraturgjennomgang</p>	<p>Sense of coherence er en nyttig teori å benytte i kognitiv behandlingsterapi.</p>

4.1 Selvhjelpmanual

Karina Lovell et al (2004) beskriver at tvangslidelser er en vanlig og invalidiserende psykisk lidelse som ofte fører med seg problemer som er tidkrevende og forstyrrer funksjoner i det daglige. Tilgangen på kognitiv atferdsterapi er preget av lange ventelister, delvis på grunn av mangel på tilstrekkelig utdannet terapeuter og at behandlingen er forsterket med tradisjonelle arbeidsmetoder. Guidet selvhjelpsformer for kognitiv behandlingsterapi (KAT) er lovende metoder som reduserer helsefaglig innspill. Det er begrenset, men lovende litteratur om tilrettelagt selvhjelp for tvangslidelser. I denne studien ble det derfor utformet en selvhjelpsmanual som ble delt opp i ni ulike seksjoner i forhold til effektiv eksponeringsterapi. Seksjon 1 - Hvordan bruke denne håndboken. Seksjon 2 - Hva er tvangslidelser. Seksjon 3 - Hvordan overvinne tvangslidelse. Seksjon 4 - Hjelpedel. Seksjon 5 - Hvordan hindrer jeg at tvangslidelsen kommer tilbake. Seksjon 6 - Case studie. Seksjon 7 - Slutten av behandlingsmål. Seksjon 8 - Ukentlig mål og lekser dagbøker. Seksjon 9 - Personlig dagbok. Behandlingen ble gitt av en sykepleier over 12 ukentlige økter med 30 minutters varighet. Inklusjonskriteriene for studien var at tvangslidelsene skulle oppfylle kriteriene til *diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* og at *yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS)* hadde en skår på 16 eller over. Pasientene var i alderen 16-65 år. Utfallsmål ble administrert før og etter behandling og til 1-, 3- og 6-måneders oppfølging. Studien viser at pasienter med langvarige tvangslidelser har god effekt av selvhjelpsmanualen. Bruk av selvhjelpsmanual bidrar til økonomiske fordeler, og flere pasienter blir behandlet. Man vil derfor øke befolkningens helsegevinst. Sykepleiere kan levere effektiv støtte til pasienter med selvhjelpsmanuell. Effekten av behandling kan øke betydelig om sykepleiere blir trent i å bruke selvhjelpsmanualen. Resultatene viser at det var forbedring på 6 måneders oppfølging, men på grunn av det ble færre deltakere etter hvert må resultatet ses med forsiktighet. Det var også flere begrensninger med denne studien fordi det var en liten skala med ingen kontrollgruppe og ingen uavhengig vurdering. Det trengs fremtidig forskning på dette området siden sykepleiere i Storbritannia er en stor gruppe behandlere, men allikevel er tilgangen på psykologisk behandling liten.

4.2 Kognitiv behandlingsterapi over telefon

Turner et al (2009) beskriver at kognitiv atferdsterapi (KAT) er det som oftest blir anbefalt som behandling hos ungdom med tvangslidelser. Å få tilgang til denne behandlingen kan være vanskelig fordi terapeuter ikke får trening og på grunn av geografiske og økonomiske ulikheter. Å få behandling via telefon kan være en god løsning på disse problemene. Nyere studier bekrefter effekten på voksne. Denne pilotstudien ville derfor utforske resultatet av en slik behandling også til ungdom. 10 pasienter i en alder av 13-17 år med foreldre uten tilgang til annen behandling fikk 16 timer med kognitiv atferdsterapi via telefon.

Inklusjonskriteriene var at de skulle oppfylle ICD-10 kriteriene for tvangslidelse, *Childs-yale brown obsessive compulsive scale (CY-BOCS)* var på over 16, de skulle ha tilgang til telefon, få godkjenning av foreldre og man skulle være stabil på medisiner 12 uker før behandling.

Vurderingene ble vurdert før behandling, etter behandling og ved 6 og 12 måneders oppfølging. Pasientene fikk ukentlig behandling ut fra en ungdomsvennlig behandlingsmanual som til vanlig er brukt til vanlig KAT. De fikk også en arbeidsbok med oppgaver de skulle skrive ned. Behandling ble gitt av tre behandlere som hadde erfaring med KAT i forhold til tvangslidelser. Før behandling til 12 måneders oppfølging hadde CY-BOCS gått fra 27 til 11.40. 7 av 10, altså 70 % av pasientene hadde en CY-BOCS på under 10 etter behandling som ble værende til oppfølgingen. Dette vil si at tvangslidelsen nå var av lett grad. Tilbakemelding fra foreldrene viser resultater i form av at det blir mindre kjøretid og mindre fravær fra jobb og skole. Telefonbehandling kan gis når familien ikke er hjemme, eller når tvangslidelsene forhindrer familiemedlemmer å være i samme rom. Det kan samtidig være mindre stressende med en telefonsamtale enn å komme på en klinikk. Denne studien er liten, og studien er ukontrollert. Flere kontrollerte studier må belyse effekten av telefonbasert KAT, sammenlignet med tradisjonell behandling ansikt til ansikt.

Etterbehandling og oppfølging ble utført uavhengig av terapeut og hadde en tilfeldig vurdering fra ulike behandlere. Dette åpner en mulighet for at vurderingen ikke er helt presis. Denne studien var ikke rettet spesifikt mot sykepleiere, men heller ikke til andre yrkesgrupper. Å tolke det som at sykepleiere også kan være en terapeut i denne forbindelsen blir derfor ikke ekskludert.

4.3 Intensiv behandling for ungdom med tvangslidelse

Whiteside, Brown og Abramowitz (2008) beskriver at tvangslidelser er en type angst som innebærer tvangstanker med påtrengende og uønskede ideer eller bilder.

Tvangshandlingene innebærer bevisste atferdsmessige eller mentale ritualer for å nøytralisere angsten. Symptomene er ofte forbundet med kronisk og alvorlig svekkelse i sosial, akademisk og familiefungering. Lidelsen har ofte et kronisk forløp og så mange som 80 % utvikler tvangslidelse i barndom eller ungdomsårene. Tre pasienter og familier mellom 13-18 år fikk en fem dagers intensivbehandling spesialutviklet for å lette tilgangen på effektiv psykologisk behandling. Behandlingen fikk de etter å ha blitt evaluert på en klinikk på grunn av manglende behandlingstilbud geografisk. Behandlingen bestod av tradisjonell kognitiv atferdsterapi basert på responsprevensjon (EX/RP) som vanligvis er brukt til voksne. Behandlingen ble delt i ni ulike sesjoner fra mandag til fredag med to ulike sesjoner hver dag. Foreldrene ble mer og mer inkludert i behandlingen hver dag slik at etter behandling skulle pasient og foreldre kunne utføre responsprevensjon i hjemmemiljøet, forstå symptomer og foreldrenes tillit til pasienten skulle styrkes. Etter behandling ble pasient og foreldre kontaktet av terapeut enten via e-post eller telefon på en tidsperiode på 2-18 uker. *Childs-yale brown obsessive compulsive scale* ble redusert etter behandling til mild form for tvangslidelse. To av pasientene hadde nytte av behandlingen med engang, mens den siste pasienten ikke ble bedre før etter hun hadde fått praktisert på ferdighetene hjemme. Denne pasienten ble syk på den fjerde dagen, men moren fullførte behandlingen. Alle tre pasienter og foreldre rapporterte en reduksjon i symptomer og bedring ellers i funksjon. To pasienter som benyttet medisiner før behandling kunne avslutte dette etter behandling. Denne studien viser at det er mulig å behandle ungdom effektivt med hjelp av en intensivuke der foreldrene er involvert. Resultatet er oppløftende sett ut fra bekymringene. Blant annet kunne dette bli for intenst for ungdom, en uke ville kanskje ikke være tilstrekkelig, det ville være vanskelig med behandling i hjemmemiljøet og det var bekymringer for tilbakefall. Denne studien inkluderer bare tre pasienter som kan gi bedre oppfølging. Behandlingen som blir gitt er lik. Allikevel er symptomene og tvangslidelsen forskjellig hos pasientene. Studien understreker viktigheten av at foreldre får god oppfølging som igjen kan være med på å forhindre tilbakefall.

4.4 Skreddersydd behandling på sykehus

Björgvinsson et al (2008) hevder at til tross for effekten av kognitiv atferdsterapi, fant en fersk meta-analyse ut at 27% av ungdom poliklinisk ikke klarer å vise bedring etter denne behandlingen, og at mange mislykkes også med å vise bedring i form av farmakoterapi. *The menninger clinic OCD treatment program* ble benyttet mellom 2005 og 2006. Det var 23 pasienter i alderen 13-17 år med tvangslidelse som hovedproblem som ble inkludert. Gjennomsnittslengden på oppholdet var 9,5 uke. Behandlingen gikk ut på 24-timers døgnterapi med atferdsintervensjoner, medikamenthåndtering og miljøbehandling. 90 minutter med eksponering og responsprevensjon hver morgen med tilsyn og tilrettelegging fra ansatte. Tre ganger ukentlig på kvelden var det selvstyrt eksponeringstrening i 60 minutter. Dette ble pasientene senere oppfordret til å øve på enten alene eller i gruppe. Studien viser at denne type behandling er effektiv for de som har alvorlig tvangslidelse, og som ikke svarer på annen behandling. Symptomene fikk en reduksjon på 70 % både tvangstanker og tvangshandlinger.

Dette er den første studien som har evaluert effekten av dette behandlingsprogrammet for ungdom med tvangslidelse. Ikke alle pasientene ble sett i programmet under hele oppholdet og bare symptomer ble målt og ikke funksjon og livskvalitet. Denne studien inkluderer sykepleiere som et ledd i behandlingen. Oppgaver sykepleier utfører er blant annet medikasjonshåndtering, psykoedukasjon, familieoppfølging, samtidig fungerer de som et ledd i miljøterapi.

4.5 Gruppebehandling

Söchting og Third (2011) sier at tvangslidelser hos barn/ungdom og voksne har omtrent likt innhold bortsett fra at ungdom og barn kan mangle innsikt. Unge forventes ikke å erkjenne sine tvangstanker eller tvangshandlinger, mens under ungdomsårene får man en bedre innsikt i sin sykdom. Tvangslidelser rammer omtrent 2% av unge som påvirker skole og forholdet til venner og familie. Totalt syv ungdommer mellom 14-17 år ble med i gruppeterapi to timer ukentlig i 10 sesjoner der ingen nye medikamenter ble utprøvd. Noen valgte også å droppe medikasjon før behandlingstart. Inklusjonskriteriene var at ungdommene ble diagnostisert med hjelp av DSM-IV og en selvrapporterings versjon av *yales brown obsessive compulsive scale*. Gruppeprotokollen bestod av tre elementer der den første var en protokoll for individuell kognitiv atferdsterapi for barn, den andre var en tilnærming i forhold til tradisjonell eksponeringsterapi som primært blir brukt til voksne der hovedkomponentene (Brain-lock) bestod av psykoedukasjon, selvinnsikt, opparbeiding av hiarki for tilnærming til kognitiv atferdsterapi med eksponering og responsprevensjon (forhindre ritualer). Det siste elementet var refokusering opparbeidet av Schwartz (1996) for å øke toleransen for eksponering og responsprevensjon. Det var en liten forskjell på symptomene før behandling til etter behandling, men det var en stor forskjell før behandling til oppfølgingen. For fem av de syv pasientene gikk YBOCS skår ned fra alvorlig (som er over 24) ned til moderat og mild som er mellom 8-23. Etter oppfølging et år etter hadde skåren en nedgang mellom 25-70% der gjennomsnittet var 44,6%.

To av pasientene visste ikke noen form for endring. Når det gjelder angst og depresjon kan symptomene forverres etter at tvangslidelsessymptomene har blitt bedre. Ungdommene delte mestringsstrategier når de stod foran vanskelige eksponeringsutfordringer. Angsten kunne derfor bli mindre på grunn av at det var flere sammen i gruppe. Å dele humor for å overkomme frykt kan også virke godt når man er i gruppe. Under oppfølgingsperioden var det mangler på kontrollgrupper, medikasjon og ingen sporing på lekser som ble gitt.

Ungdommene blir fortere sammenkoblet og hadde bedre familieoppfølging sammenlignet med voksne.

4.6 Norske behandlere sitt syn på behandling

Valderhaug, Götestam og Larsson (2004) sier tvangslidelser hos barn og ungdom har ført til viktige utvikling når det gjelder utredning og behandling i klinikk. Denne utviklingen har resultert i nye retningslinjer og anbefalinger om hva som anses å være en adekvat behandling. Lidelsen er forbundet med høye kostnader og betydelig reduksjon i sosiale, familiære, akademiske og yrkesrettet funksjon. Det er derfor en alvorlig lidelse for både ungdom og familie. Uten behandling er prognosen dårlig, og lidelsen kan bli kronisk. I denne undersøkelsen ble alle polikliniske klinikker i Norge inkludert. Det ble identifisert 75 poliklinikker hvor en behandler svarte på et spørreskjema utviklet spesielt for denne studien. Spørreskjema bestod av 24 elementer med fokus på tre hovedområder. Det første handlet om vurdering og behandlingsmetoder for barn og unge med tvangslidelser. Det andre bestod av at behandleren rapporterte om egen behandlingssuksess og det tredje var å rapportere behov for å utvikle klinisk vurdering/behandling av lidelsen. Spørreskjemaet førte til at respondentene kunne beskrive sin egen praksis på en fem-punkts skala der 1 tilsvarte ikke i det hele tatt påvirket, til 5 som er veldig mye påvirket. For å sikre at undersøkelsen ga gyldig informasjon inkluderte man elementer der behandleren beskrev den siste behandlingen i forhold til alder, kjønn, tilleggsdiagnoser, vurderingsinstrumenter og behandlingsmetode. Behandlingen ble vurdert med Clinical Global Improvement Scale (CGI) som er en syv-punkts skala som åpner for karakterer på forbedring. En score på 1 her tilsvarer bra, mens en score på 7 tilsvarte veldig bra. I tillegg ble følgende elementer inkludert: lengden på behandling, rollen av foreldre i behandling, bruk av angstprovoserte metoder, holdninger til evidensbasert forskning og en åpen kommentar til behandlerne. Syttini klinikere (58,5%) svarte på undersøkelsen. Resultatene viste at kognitiv behandling, familieintervensjoner og medikasjon ble foretrukket fremfor en psykodynamisk og humanistisk tilnærming.

På grunn få tilfeller av tvangslidelse på klinikkene er de fleste av behandlere vurdert som uerfarne, og resultatene viser et behov for tilstrekkelig opplæringsmuligheter. Det er flere begrensninger med denne studien med tanke på at behandlerne ikke hadde god erfaring med tvangslidelse. Funnene samsvarer allikevel med nyere forskning. Det burde etableres spesielle enheter for behandling av tvangslidelser her i Norge siden dette har gitt lovende resultater i andre land. Videre studier bør foretas for å undersøke behandlernes syn på behandling.

4.7 Effekten av sykepleiere som psykoterapeuter

Reasor og Farrell (2005) påpeker at sykepleiere besitter trening, ferdigheter og evner som er nødvendig for å gi effektiv psykoterapi til pasienter. I dette tilfellet ville de teste ut disse påstandene til en pasient med tvangslidelser. Det ble gjennomført en casestudie med en kvinnelig pasient på 26 år med tvangslidelser som et hovedproblem, og depresjon som et sekundært problem. Hun fikk behandling av en psykiatrisk sykepleierstudent med en overordnede tilstede. Etter innsamling av gode pasientdata ble en individuell behandlingsplan med hovedmål og delmål satt opp til pasienten etter ulike teorier som medisinske, psykoanalytiske, atferdsmessige, utviklende, personlige og familie. Ut ifra disse teoriene ble vurderinger, problemer, mål og tiltak satt opp. Hovedmålet var en klar bedring over vaskeritualene slik at normal oppførsel og daglige aktiviteter kunne opprettholdes. Delmål kunne være å engasjere seg i 50 minutters terapi, klare å rapportere reduksjon i SUDS (en skala fra 0-100 der 100 er mye angst) eller å oppgi moren og kjæresten som sosial støtte. Tiltak ble satt opp ut ifra informasjon og behandlingsplanlegging, øke bevissthet om tvangslidelse, forberede seg før behandling med kognitiv atferdsterapi og eksponerings og responsprevensjon, SUDS og tilknytning til stress og ritualer, medikasjon og hjemmebesøk. Det ble satt opp flere undergrupper av tiltak under disse. Tvangslidelsene var før alvorlig, men ble moderat etter behandling. Sykepleiere med tilleggsutdanning besitter derfor ferdigheter og evner som er nødvendig for å gi en effektiv behandling for tvangslidelse. Før behandling hadde pasienten en *Y-BOCS* skår på 27 av 40, mens ved uke 12 av behandling gikk den fra 27-18 som vil si 33 % reduksjon av tvangslidelses symptomer. Pasienten kunne ikke fullføre behandlingen på grunn av økonomiske problemer. En oppfølging på telefon etter 3 måneder siden siste behandling viste hun fortsatt effekt av behandlingen.

4.8 Sense of coherence i behandling av tvangslidelse

Beverly, Lyon og Farrell (2003) nevner at selv om akutt symptomlindring blir forbedret med psykofarmaka, vil man ofte sitte igjen med problemer i forhold til psykologisk fungering. De ville derfor med denne studien utforske nytten av antonovsky's teori sense of coherence (SOC) for å optimalisere varige positive resultater ved tvangslidelser. Metoden som ble brukt var selektiv litteraturgjennomgang. Resultatene viser at SOC kan gi en informativ måte å undersøke følelsesmessige reaksjoner, og dysfunksjonelle mønstre på. Man kan derfor akseptere eksperimentell behandling i form av affekt, og stimulere alternativer i å håndtere negative følelser. Pasienten blir mer ansvarlig for egen helse, og vinner nye ressurser og relasjoner som fremmer livskvalitet. Ved å øke kontroll over følelsen av mestring vil dette redusere sårbarhet for stress og tilbakefall. SOC gir et rammeverk for å forstå flere former for psykoterapi, spesielt kognitiv behandlingsterapi som kan opprettholde og forbedre resultatene for folk som sliter med tvangslidelser. Psykoterapeutiske teknikker som SOC kan lindre angsten tilstrekkelig slik at man kan håndtere bekymringene sine. Psykoterapi med SOC kan være et nyttig supplement for personer med tvangslidelser gjennom å styrke følelsen av sammenheng da omfanget og holdbarheten av positiv respons for behandling styrkes. Som sykepleier kan man benytte SOC ved å utvikle verktøy for selvledelse slik at klienter kan hjelpe seg selv til å ta ansvar for egen helse. Behandling av psykiatrisk lidelse krever forståelse ikke bare av symptomer, men også i hvilken sammenheng symptomer har for pasienten, tidligere erfaringer og tilgjengelig støtte.

5. Drøfting

Forebygging og behandling av psykiske lidelser er et viktig satsningsområde i samfunnet (Håkonsen 2010). En sykepleietilnærming må fungere effektivt på disse områdene. I forskjellige behandlingsmetoder må vi bruke forskjellig tilnærming for å oppnå sence of coherence (SOC) hos pasienten på grunn av forskjellene i tid og sted. Det er viktig med ulike resultater for å se om en tilnærming med hensikt å øke SOC kanskje vil fungere annerledes på noen behandlingsmetoder enn andre. Først vil vi drøfte begrepet følelsen av sammenheng. Etter dette ble det valgt å drøfte selvhjelpsmanual og telefonbehandling sammenhengende da disse peker mot mindre terapeutisk kontakt. Ulik behandling med gode resultater drøftes opp mot hverandre. I involvering av familie blir dette drøftet i forhold til hvor mye de inkluderes i behandling. I miljøterapi vil bli drøftet opp mot SOC og hva som er sykepleierens rolle i miljøet. Sykepleier som behandler eller som ledd i behandling drøftes sykepleierens funksjon og oppgaver i forhold til behandling der alle har vist til gode resultater. Etter dette drøftes behandlingsresultatenes betydning for sykepleie med lovverk og innovative metoder. Til slutt kommer et kapittel om forebygging, videre forskning og nye problemstillinger. Det er ikke sikkert at å øke begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er like enkelt på telefon som det er på et sykehus. På grunn av problemstilling og sykepleierens store område velges det å ikke ha fokus på den beste sykepleietilnærmingen, bare fokus på en type behandlingsmetode. I oppgaven drøftes det en sykepleietilnærming som kan brukes på ulike alvorlighetsgrader på tvangslidelse i psykisk helse fordi det ene området er like viktig som det andre. Tvangstanker og tvangshandlinger fører til ubehag og uro for pasienten (Skårderud et al 2010). Tvangsproblemene går normalt ikke over av seg selv. Det vanlige forløpet uten behandling er en varierende grad av problemer gjennom store deler av livet. Den samlede forskningen viser at bare 10-20 % av klientene kan regne med at tvangsproblemene forsvinner helt (Bates & Grönberg 2012). Både inkluderte artikler og tidligere forskning understreker at behandling for ungdom med tvangslidelse har best effekt i form av kognitiv atferdsterapi med responsprevensjon. Sykepleiers rolle vil derfor bli beskrevet i forhold til denne behandlingen eller som et ledd i denne.

5.1 Pasientens følelsen av sammenheng

Pasienten må føle at tiden som blir investert i behandling er av verdi og må føle et engasjement for å få lyst til å ta utfordringene sykepleiere kommer med. Dette er hva Beverly, Lyon og Farell (2003) omtaler i sin artikkel som den meningsfulle komponenten i sense of coherence (SOC). At behandlingsmetoder resulterer med gode resultater gir pasienten håp om at denne behandlingen også kan være til hjelp. Det har derfor ikke noe å si om behandlingen handler om selvhjelps bøker eller det å motta intensivbehandling ved et sykehus bare de har vist gode resultater. Hovedmålet for behandling er i følge Hummelvoll (2008) at pasienten skal oppleve et friere forhold til andre mennesker og kjenne en større frihet i forhold til sin angst og tvang. Hummelvoll (2008) beskriver også at pasienten med tvangslidelse lider av sin egen ufrihet, og at man utfører tvangen i et ønske om å oppnå et liv uten angst. Derfor kan pasientens ønske om et positivt resultat av behandlingen kunne øke pasientens motivasjon. Sykepleiere som motiverer pasienten til SOC i praksis kan fungere som en motivator slik at pasienten oppnår de tre viktige elementene i salagutonese: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Antonovsky og Sjøbu (2012) beskriver at man ikke kan leve i en verden som virker kaotisk, uforutsigbar. Å leve med tvangslidelse kan oppleves som uforutsigbar da tvangen plutselig tar overhånd og angsten stiger. SOC virker derfor som god teori for å øke forutsigbarhet og mening.

Med å ha tett pasientkontakt som skaper tillitsforhold vil man som sykepleier ha mulighet til å kunne få pasienten til å føle større opplevelse av sammenheng. Dette forutsetter at sykepleieren har forståelse for sykdom og symptomer, og handler med riktig tiltak ut ifra dette. Sykepleier er i en rolle som tar for seg pasienten på en annen måte enn for eksempel en lege som tar mer utgangspunkt i patogene. Sykepleier er i en rolle som har god forutsigbarhet for å kunne øke SOC i måten vi tilnærmer oss pasienten. Som sykepleier ser man hele pasienten, og fokuserer ikke bare på patogene. Allikevel må man som sykepleier også ha fokus på patogene som å vite om bivirkninger på medisiner, og at tvangslidelse er en form for angst. Vi må derfor ha kunnskaper generelt om angst, ikke bare tvangen i seg selv. Patogene blir derfor en av faktorene sykepleier må forholde seg til for igjen å kunne oppnå bedre salutogene.

Begripelighet er en faktor som tilsier at pasienten må forstå situasjonen man er i. Det vil si at innsikt i egen sykdom er en viktig faktor. Å oppnå innsikt for ungdommer kan allikevel være vanskelig da de skjuler sykdom og symptomer for de rundt seg. Man må oppleve stimuli som begripelig som igjen kan være en kontrast til tvangslidelse. Plutselig stiger angsten på grunn av små forandringer i stimuli, og ulike ritualer må gjennomføres for at angsten ikke bare skal stige enda mer. Håndterbarhet byr på problemer da angsten ikke vil reduseres uten å gjennomføre ritualer. Pasienten klarer ikke å håndtere angsten på noen andre måter. Å håndtere sykdommen blir derfor en utfordring. Meningsfullhet for tvangslidende pasienter foregår på en slik måte at ritualene blir en mening med tanke på å redusere angst. Denne meningsfullheten løser ikke problemet permanent, og man kan oppleve redusert livskvalitet på å bruke tid på noe som egentlig ikke er hensiktsmessig.

5.2 Behandling med mindre terapeutkontakt

Hummelvoll (2008) beskriver at den tvangspregede pasienten ofte er tilbaketrukket og trenger oppmerksomhet. Til tross for at de kan skyve andre inkludert behandler fra seg har de behov for tilhørighet, aksept, omtanke og at det opparbeides et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren. Nye innovative metoder fokuserer på at pasienten kan bli bedre uten like mye terapeutkontakt med bruk av selvhjelpsmanualen og behandling over telefon. Bruk av selvhjelpsmanual gjør at pasientene også mer eller mindre vil få mulighet til å styre behandlingen sin selv. Studien til Karina Lovell et al (2004) viser at pasienter med langvarige tvangslidelser har god effekt av en selvhjelpsmanual, og at sykepleiere kan levere effektiv støtte til pasienter med denne metoden. Selvhjelpsmanualen presenterer lidelsen, og hvordan pasienten skal bearbeide denne og forhindre tilbakefall. Hvor enkelt dette vil være etter vår oppfatning, vil ha en sammenheng med hvor mye terapeutkontakt det er snakk om i forhold til en slik manual, og hvor alvorlig tvangslidelsen er. I artikkelen kommer det frem at pasientene fikk hjemmelekser for å bearbeide tvangen. Det hadde vært interessant og sett hvor tett behandlingsopplegget ble fulgt av den enkelte pasient. Allikevel vil nok ikke alle pasienter oppnå et like godt resultat med bare en selvhjelpsmanual til hjelp, men vil ha også ha behov for en annen type behandling. At en selvhjelpsmanual blir brukt som et ledd i behandling kan styrke pasientens innsikt i egen sykdom, og kan være et godt oppslagsverk i vanskelige tider sammen med god oppfølging på for eksempel telefon. Allikevel står også telefonbehandling i strid med Hummelvoll (2008) sin beskrivelse av hvordan sykepleieren

bør ha en felles situasjonsforståelse og tålmodighet sammen med pasienten. Etter en god allianseutvikling forstår vi det slik at telefonbehandling fra sykepleiere også kan virke som et ledd i behandling eventuelt erstatte noe av behandling der tvangen er såpass vanskelig at pasienten ikke klarer å komme seg til klinikken, eller møte behandler ansikt til ansikt. Telefonterapi kan virke som en god erstatning på noen punkter da Hummelvoll (2008) beskriver at pasienten uansett vil ha vanskeligheter med å få selvinnsikt før eventuelle ritualer må gjøres. Samtaler bør derfor noen ganger skje etter at ritualene til pasientene er gjennomført. Allikevel er det å møte pasienten ansikt til ansikt grunnleggende.

5.3 Behandlingsmetoder med gode resultater

Poliklinisk behandling er mer effektivt enn behandling ved døgnavdeling ved sykehus. Resultatene av poliklinisk gruppebehandling i Söchting & Third (2011) sin studie viser en stor bedring fra før behandling til etter avsluttet behandling hos pasienter med tvangslidelse. Fem av syv deltakere fikk en reduksjon i tvangssymptomer fra moderat til mild grad, mens de to andre pasientene ikke opplevde noen endring. Målinger ett år etter behandling viste at noen av deltakere hadde blitt noe dårligere enn det de var rett etter endt behandling. Denne studien viser til gode resultater, men det er en liten studie hvor de ikke har behandlet pasienter med alvorlig tvangslidelse. Björgvinsson (2008) påstår i sin studie at en innleggelse på et sykehus med spesiell tilrettelegging og miljøterapi er den mest effektive behandlingsmåten for å lindre symptomer hos de fleste pasienter med alvorlig tvangslidelse. Sytti prosent av pasienten som fikk ti ukers døgnbehandling ved et sykehus oppfylte krav som kunne gi en betydelig forandring til det positive. Sammenlikner man resultatene til disse to studiene er bedringen nesten like stor i begge gruppene regner man i prosenter. Pasientgruppen derimot er veldig forskjellig på grunn av alvorlighetsgrad, og derfor blir det vanskelig å sammenligne resultatene. En annen ulempe med poliklinisk behandling er at ikke alle har et slik tilbud i nærheten. I artikkelen til Whiteside (2008) blir derfor pasientene som bor i distriktene tilbudt en fem dagers intensiv behandling ved en døgnavdeling som ble gjort i utformingen av et behandlingstilbud til pasienter som bor desentralt. Andre grunner til at pasienter velger eller blir tilbudt forskjellig behandlingsopplegg kan også være avhengig av hvilken alvorlighetsgrad sykdommen har. Söchting & Third (2011) behandler bare pasienter med mild til moderate symptomer i sin polikliniske virksomhet. Valg av behandling blir allikevel ikke bare påvirket av alvorlighetsgrad, men også pasientens autonomi spiller en stor

rolle for hvilken behandling som skal gis. Det er pasienten selv som til slutt bestemmer om han skal motta behandling eller ikke (Kristoffersen 2008). Det er derfor viktig at pasienten ønsker å motta behandling. Dette kan gjøres gjennom at behandlingen skaper og innfrir forventninger. Björgvinsson (2008) sin studie understreker et alternativ for de som ikke opplever bedring i sykdommen sin etter behandling poliklinisk. På denne måten får pasienten en individuelt tilpasset behandling. Dårligere pasienter som ikke får resultater av behandling poliklinisk får et behandlingstilbud av noen med høyere kompetanse, og med et bedre behandlingstilbud.

Whiteside (2008) sin intensivbehandling kan være en mellomstasjon mellom disse to slik som vi tolker det. Whiteside (2008) bekrefter også at responsprevensjon er den behandlingsformen som viser best resultat for unge, men at behandlingen vanligvis ikke er lett tilgjengelig i samfunnet. Behandlerne spiller derfor en viktig rolle i gjennomføringen av behandlingsopplegget uansett behandlingsnivå. Sykepleiere må i samråd med sine tverrfaglige kollegaer finne ut hva som skal prioriteres i behandlingen. Prioriteringene blir påvirket av hvilken behandling som skal gjennomføres, hvor behandlingen foregår, hvor mye tid som blir satt av og hvor motivert pasienten selv er. Tiden sykepleieren har med pasientkontakt varierer fra en poliklinisk avdeling til en døgnavdeling som vil avgjøre hvor raskt behandleren kan få pasienten til å opparbeide seg en god sense of coherence (SOC). Sykepleieren planlegger sitt arbeid etter hvor mye pasientkontakt man kommer til å ha og hvilke utfordringer som dukker opp. Ved et lengere sykehusopphold vil sykepleieren ha tettere kontakt med pasienten. "En sterk opplevelse av sammenheng i tilværelsen er en ressurse som gjør mennesket i stand til å mestre belastende livshendelser av ulike slag" (Kristoffersen 2008 s.43) Et lengere sykehusopphold kan derfor være mer fremmede for SOC enn et kortere opphold fordi tilværelsen på sykehuset vil bære preg av gode ressurser. Cirka sytti prosent av deltakerne opplever bedring i de tre artiklene som omhandler poliklinisk, intensiv og landtidsbehandling. Resultatene blir målt i form av Yale Brown Obsessive Compulsive scale eller en versjonen utformet for barn (CY-BOCS). Alle tre behandlingsstedene brukte ERP i behandling. Det er derfor vanskelig å konkludere med hvilken behandling som er best siden pasientene er individer som trenger forskjellig oppfølging og behandling.

5.4 Involvering av familie

Familie er en viktig faktor for at pasienten skal bli bedre. Familien kan være en viktig støttespiller under sykdom. I artikkelen til Whiteside, Brown & Abramowitz (2008) ble ungdommene og deres foreldre lært opp til å utføre eksponering uavhengig av terapeut. Foreldrene ble opplært til å se etter symptomer og bistå i behandlingen med responsprevensjon hjemme etter fem dagers intensiv behandling. Det positive med denne formen for oppfølging er at pasienten er hjemme i et kjent og trygt miljø samtidig som de fikk oppfølging via epost og telefon over en periode. På en annen side kan det være negativt at foreldrene ikke har helseutdanning og erfaring med tvang fra tidligere og kan påvirke hvordan eksponeringen ble utført. Er dette et like bra alternativ som å behandle ungdom i institusjon? Denne terapiformen krever mye av pårørende.

”Antagelig er familien bedre rustet til å gi støtte og omsorg på mer langvarig basis hvis de selv får støtte, og gis mulighet til avlasting en periode” (Hummelvoll 2010.s.588) Å ha barn i tenårene som er plaget av tvangslidelse kan by på utfordringer i forhold til hvordan familien takler dette på sikt. Sykdommen fører til opp og nedturer som påvirker pårørende og pasient. Dette kan føre til utfordringer for foreldre som skal følge opp pasienten hjemme. Når det gjelder studien til Söchting & Third (2011) var ikke foreldrene en del av gruppebehandlingen, mens i studien til Björgvinsson et al (2008) ble ungdommene lagt inn i på sykehus med en spesiell oppfølging der foreldrene ble tatt veldig godt vare på med en egen oppfølging. Vi forstår det på den måten at det må være individuelt om hvor mye pårørende skal bli inkludert i behandlingen. Ungdom er i en fase som Bøckmann & Kjellehold (2010) beskriver som “en tid preget av stor utvikling og forandring både fysisk, psykologisk og sosialt”. Ungdom har derfor ikke alltid de samme behovene for å snakke eller gi informasjon til sin foreldre, men kan foretrekke venner istedenfor. Det med gruppeterapi i Söchting & Third (2011) sin studie som er utviklet for ungdom som får behandling sammen forstår vi som en god behandling fordi dette kan virke positivt i forhold til å anerkjenne sykdommen sin sammen med jevnaldrede, og skape innsikt i sykdommen på denne måten. Prosessen kan virke mindre stressende, og man forstår at man ikke er alene om ha en tvangslidelse. Pårørende var ikke trekt inn i denne studien, men flere studier påpeker allikevel viktigheten av å inkludere dem. Pårørende vil ha erfaringer vi som sykepleiere behøver akkurat som at pårørende vil trenge informasjon fra sykepleieren.

Skal man oppnå SOC til pasienten, er det viktig at pårørende får den oppfølgingen de behøver. I følge Humellvoll (2010) kan pårørende utvikle negative utfall som kalles "*expressed emotion*" som oppstår når familien mangler kunnskap og forståelse av sykdommen som fører til sterk kritisk holdning med interpersonlige relasjoner. Dette vil ha stor innvirkning på behandlingen. Bates & Grönberg (2012) beskriver at pårørende nesten alltid vil være en del av behandlingen. Det er en stor belastning å leve sammen med noen som har tvangsproblemer. Sykepleieren skal derfor alltid inkludere pårørende selv om det kan bli individuelt hvor mye de skal trekkes inn i selve behandlingen. "En behandler som ikke trekker inn pårørende i analysen og behandlingen kan i verste fall risikere at behandlingsfremskrittet direkte motarbeides av konflikter og hensiktsmessig atferd i familien" (Bates & Grönberg 2012 s.231) Tilnærmer vi oss pårørende på en god måte vil dette også ha en effekt på hvordan vi tilnærmer oss pasienten senere. SOC kan derfor bli mye enklere å oppnå. For å ta vare på både pårørende og pasient er psykoedukasjon en god tilnærming. Malt (2012) beskriver at målsetningen for psykoedukasjon er å lære opp familien selv til å kunne mestre symptomer og vanskeligheter som er forbundet med sykdommen til den som er syk. Man får økt kompetanse som kan bedre kommunikasjon mellom familiene. Det vil bli mindre påkjenninger både for familie og pasient med mindre "*expressed emotion*"

5.5 Miljøterapi

I psykiatrien er det viktig med et godt terapeutisk miljø. Dette skal være et sted hvor omgivelsene og aktivitetene er tilrettelagt, og hvor aktivitetene blir utført slik at pasienten har mulighet for å bli bedre og oppleve noe positivt samtidig som man får en pause fra andre belastninger. Med god miljøterapi kan man få bedre insikt i egen tilstand, og oppnå nye ferdigheter som kan brukes i mestring av sin sykdom (Kragrup og Sletterød 2011) Miljøterapi er en betegnelse for en metode som dekker forskjellige former for psykiatrisk praksis . Studien til Björgvinsson et al (2008) understreker viktigheten av miljøterapi i sin studie. Aktiviteter kan være en del av miljøterapien som måltider, sosiale aktiviteter og trene på daglige gjøremål. Miljøterapi og sense of coherence vil derfor stå sentralt med å få innsikt ikke bare i en pasient-terapeut rolle, men en hel avdeling vil være tilpasset situasjonen man befinner seg i. Skal man for eksempel på do med vasketrang vil sykepleier kunne ha mulighet til å begrense vasking av hendene der og da. På den måten vil eksponering i følge Bates og Grönberg (2012) komme mer naturlig inn i det kliniske miljøet. Opplevelse av sammenheng

vil etter vår oppfatning kunne øke betraktelig dersom man har oppsyn 24 timer i døgnet. Man vil alltid bli påminnet om egen sykdom, og man vil alltid ha en mulighet for å gjøre noe med det. Når vi som sykepleiere ser hvordan pasienten fungerer i avdelingen vil det bli enklere å tilnærme oss på en god måte ut ifra hvordan pasienten uttrykker problemer med for eksempel symptomer eller bivirkninger på medisiner. I miljøterapi finnes det i tillegg flere ungdommer i samme situasjon som studien til Söchting og Third (2011) bekrefter vil få et godt klinisk utfall. Det er ofte sykepleierens oppgave å utforme miljøterapien i en avdeling. Sykepleieprosessen blir ofte brukt i utformingen av avdelingens miljøterapi som vil si at de har planlagt, vurdert hvilke resultater de vil ha, og evaluert utførelsen av terapien (Kragrup og Sletterød 2011). Tiltak sykepleieren kan utføre i miljøterapi er blant annet å sørge for at pasienten opplever det som positivt og behaglig å kommunisere med sykepleieren, og at sykepleieren holder samtalen i gang med å lese pasientens kroppsspråk, og tar hensyn til det pasienten uttrykker. "Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen" (Eide & Eide 2009 s.199) Nonverbal kommunikasjon kan spille en stor rolle for å bygge opp relasjon, skape motivasjon og stimulere bruken av ressurser på en best mulig måte. Det er et responderende språk som forteller noe om vår holdning til den andre pasienten, og kan spille en like stor betydning som det verbale. Nonverbal kommunikasjon kan spille stor rolle på hvilken måte vi skal tilnærme oss pasienten på. Ikke bare må sykepleier ha kunnskap i hvordan man skal opptre med nonverbal kommunikasjon som en profesjonell helsearbeider, men forstå at tvangsritualer også kan forstås som et "rop om hjelp" selv om pasienten ikke uttrykker dette verbalt. Sykepleier kan derfor forholde seg til nonverbal kommunikasjon fra pasienten som åpner opp for flere muligheter til tilnærming. Blant annet vil man kunne se når pasienten sliter med tvang på grunn av at det blir vanskelig å sitte stille da man helst vil vaske fingrene eller rydde det rotete bordet. Den økte spenningen og uroligheten kan åpne opp for blant annet vente med psykoedukasjonen eller eksponeringsterapien fordi sykepleier vet at pasienten er i en vanskelig fase som der og da heller vil kreve gode avslapningsteknikker kontra opplæring i egen sykdom. Det er ikke like enkelt å motta informasjon en vond periode kontra god periode. Sykepleieren må observere og samle både subjektive og objektive data og være med på å normalisere pasientens tilstand, uten å bagatilisere den.

5.6 Sykepleierens funksjon i behandling

Sykepleiere er viktige i behandlingen av ungdom med tvangslidelse. I følge Reasor & Farrell (2005) besitter sykepleiere trening, ferdigheter og muligheter til å behandle pasienter med psykoterapi. Den første sykepleieprosedyren som ble utført var å sette opp en behandlingsplan som gir pasienten informasjon om hvordan behandlingen vil foregå. I tillegg setter sykepleieren opp delmål og hovedmål som pasienten selv har vært med å sette opp etter ulike teorier som medisinske, psykoanalytiske, atferdsmessige, utviklende, personlige og familie. I følge Kristoffersen (2008) er hovedmål viktig for å beskrive det endelige resultatet pasienten skal oppnå i den aktuelle situasjonen. Delmål blir derfor ulike trappetrinn opp til hovedmålet som kan fungere som god motivasjon til hovedmålet. For å nå målene er det nødvendig med delmål som er bestemt sammen med pasienten og at disse er oppnåelig slik at pasienten får en mestrings og meningsfølelse. I tillegg er det viktig at pasienten også klarer å utføre delmålene for å komme til hovedmålet. En del av sykepleieprosessen til Reasor & Farrell (2005) innebærer at sykepleieren og pasienten sammen gjennomfører eksponering og responsprevensjon. Beverly, Lyon & Farrell (2003) har kommet frem til at sense of coherence (SOC) er en viktig teori i behandling med kognitiv atferdsterapi. Det er likheter med dette og det sykepleieren til Reasor & Farrell (2005) gjør i sin behandling. KAT sikter på å komme med strategier for å overkomme tvangen, og forholder seg mindre til hva som forårsaker sykdommen. Allikevel må sykepleieren innhente viktig data for å lage en god behandlingsplan som man kan jobbe videre ut ifra. I følge Skaug & Andersen (2008) sikter en sykepleiediagnose mot å beskrive pasientens aktuelle tilstand så nøyaktig som mulig. Videre beskriver Skaug & Andersen (2008) at flere velger å benytte sykepleiebehov istedet fordi sykepleietjenesten i utgangspunktet ikke skal være problemorientert. Med dette forstår vi at SOC og sykepleie har flere likhetstrekk. Dette kommer også igjen i Reasor & Farrell (2005) sin studie. Allikevel strider denne studien mot å ikke se så mye tilbake på problemer. Et eksempel kan være subject units of distress scale (SUDS) som blir utformet i samarbeid med pasienten og sykepleieren. Hensikten med denne skalaen er nettopp det å rangere hva man er mest redd for å utføre etterfulgt av å sette dette i en tabell fra null til hundre der hundre er preget av veldig mye angst.

Pasienten blir dermed bedt om å ha fokus på det som faktisk er et problem for så å bearbeide dette. SOC handler om å få en mening i sammenheng. Hvordan skal pasienten få en opplevelse av sammenheng om man ikke ser tilbake på hva som skaper sykdom? Kragrup & Slettrød (2011) sier at responshindring handler om å hindre reaksjoner som er uhensiktsmessige og som vedlikeholder problemet. Sykepleierens oppgave i forbindelse med pasientens øvelser er å støtte og legge til rette for at pasienten gjennomfører oppgaven. Sykepleieren kan trygge pasienten, veilede før og etter og forklare hva som er "normal" oppførsel. Leger og psykologer blir ofte omtalt som terapauter. Malt (2012) beskriver at det som oftest er en lege som står for behandling. Derfor forventer pasienten ofte at det er en lege som også skal gi oppfølging. Psykologer og psykiatere er hovedsakelig yrkesgruppene vi forbinder med behandlere innenfor kognitiv terapi (KAT). Dette er oppgaver sykepleieren i artikkelen til Reasor & Farrell (2005) utførte på egenhånd. Flere av de inkluderte studiene påpeker mer innovative metoder for selvhjelp. Selv om det kanskje blir mer selvhjelp fremover vil sykepleiere fortsatt ha en stor oppgave med å følge opp pasientene, og komme med råd. Den terapeutiske funksjonen vil uansett være å skaffe seg et generelt bilde av sykdomen hos pasienten. Dette vil si når og hvor hyppig forekommer tvangen, hvor intens er tvangen og hvor lenge varer ritualene. Videre kan sykepleieren finne ut av hva pasienten er redd skal skje om ikke ritualene blir utført. Hvilke ytre faktorer og indre tanker setter igang tvangen? Sykepleiere har en terapeutisk funksjon gjennom å arbeide aktivt å forstå pasientens situasjon, tanker og automatiske reaksjoner i alle psykiatriske avdelinger (Hummelvoll, 2010). I behandling får sykepleieren pasienten til å reflektere over om angsten utløser en reel eller inbilt fare. Man skal sammen finne ut av hva som utløser angsten, og hjelpe pasienten til å forstå at det å gjennomføre tvangen ikke gir mindre angst, men bare demper angsten der og da. Sykepleierens rolle utenfor psykoterapi forstår vi vil være ledd i behandling som å undervise pasienten om responsprevensjon, hva dette er og hvordan det foregår. Få pasienten til å skrive refleksjoner og utføre hjemmelekser. Man må vurdere om pasienten har hatt utbytte av behandling med medikamenter og eventuelle bivirkninger. Kragrup & Slettrød (2011) sier at en av sykepleierens oppgaver er administrasjon av medikamenter. Det er sykepleierens oppgave å sikre at riktig pasient får riktig medisin, riktig dose, i riktig administrasjonsform, til riktig tid og dokumenterer dette. Dette kan by på utfordringer og bli en tidkrevende prosess om pasienten med tvang egentlig ikke vil ta imot medisiner, eller må utføre ritualer som tar lang tid i forbindelse med dette.

I tillegg kan pasienten ha tanker om å måtte dele opp dosene sine. Sykepleieren kan også planlegge hjemmebesøk for å se om pasienten kan fungere i sitt daglige miljø og gi oppfølging etter endt behandling. I en avdeling er det kanskje lettere å oppnå opplevelse av mening i forhold til hjemmemiljøet. Spesielt i denne situasjonen vil sykepleiere kunne jobbe mer med SOC enn det legen kan. Sykepleiere som både psykoterapeuter eller å virke som et ledd i behandling vil derfor sannsynligvis forstå det har mye å komme med for å øke SOC.

5.7 Resultatenes betydning for sykepleie

Denne litteraturstudien kan belyse viktigheten av behandling for ungdom med tvangslidelser med forskjellig alvorlighetsgrad. Pasientrettighetsloven §2-1a lyder "rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste" mens §2-1b lyder "rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten" Denne litteraturstudien har inkludert forskjellig behandlingsmetode, men også hvor nødvendig det faktisk er med behandler tilstede. Den tvangspregede pasienten har rett til helsehjelp, denne oppgaven belyser at behandling som har blitt gitt med gode resultater både kan gis i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Spesielt nye og innovative metoder forstår vi kan hjelpe pasienten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Vi har også sammenlignet studien fra Norge Valderhaug, Götestam & Larsson (2004) med studien til Björgvinsson (2008) og ser at det kan bli behov for mer spesialisert sykehus når det gjelder tvangspregede ungdom også i Norge, da dette har gitt gode resultater i andre land. Sense of coherence (SOC) er en teori som kan hjelpe i behandling, og som vi mener kan være med uansett behandlingssted eller behandlingsnivå.

5.8 Videre forskning og nye problemstillinger

Både forebygging og behandling er viktige aspekter ved sykepleie til tvangspregede ungdom. Enten vi fungerer som psykoterapeuter selv eller fungerer som et ledd i behandling har studiene belyst hva som gir gode resultater. Å forhindre tilbakefall kan med tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging oppnås. Ungdom er en gruppe som har andre behov enn voksne, og ser på sykdom annerledes. Derfor har vi tolket det slik at med å vite hva som gir gode resultater for ungdom kan dette føre til effektiv behandling som igjen kan gi utslag på det forebyggende helsearbeidet. Det er viktig med en blanding av forebyggende og kurative tilnærminger. Mæland (2010) beskriver at det er vanskelig å sette behandling og forebygging opp mot hverandre, selv om det er mange som argumenterer for at forebygging bør prioriteres. Bare en liten del av helseressursene går med til forebygging. Derfor hadde det vært interessant å sett mer forskning på forebyggende arbeid i forhold til tvangslidelser. Spesielt til ungdom da det er denne gruppen som oftest får diagnosen. Samtidig hadde det vært interessant og sett mer forskning generelt på sykepleie og tvangslidelser. Mer forskning på SOC i forhold til tvangslidelser ser vi som nødvendig både i forhold til forebyggende arbeid, og som en teori man kan bruke i behandling. Vet man tidlig at tvangslidelse er et problem mener vi ut ifra studiene at telefonterapi og mindre terapeutisk kontakt kan fungere som en god tilnærming til forebyggende arbeid med bedre oppfølging. Selv om disse studiene ikke beskriver at de er helseforebyggende, men mer terapeutiske retter forebyggende arbeid seg i følge Mæland (2010) mot et bredt spekter av tiltak som retter seg mot samfunn, miljø, familie og enkeltindivider. Gamnes (2008) Beskriver at ungdom jevnlig har kontakt med skolehelsetjenesten gjennom rutinemessige helseundersøkelser. Skole er en stor del av miljøet til ungdommene, og helsesøster kan gi psykisk støtte til de som er usikre på seg selv. Ungdommer vil allikevel ofte skjule symptomer som gjør det vanskelig å oppdage tvangslidelsene. Allikevel er internettsider og teknologiske hjelpemidler mer utbredt idag enn før. Hvor mye man kan bruke dette i selve behandlingen er noe vi også vil se mer forskning på fremover.

6. Konklusjon

Problemstillingen "Hvilken sykepleietilnærming har vist gode resultater i behandling av ungdom med tvangslidelse?" kan ikke besvares helt. Allikevel får vi svar på at sense of coherence teori (SOC) i forhold til psykoterapi eller som et ledd i behandling vil virke positivt hos ungdom med tvangslidelse. Studien til Reasor & Farrell (2005) konkluderer med at sykepleiere kan virke som gode behandlere i forhold til kognitiv atferdsterapi (KAT) til tvangspregede pasienter. Studien til Beverly, Lyon & Farrell (2003) bekrefter at opplevelse av mening i forhold til KAT vil være en god teori. Vi får svar på at opplevelse av mening vil være en god sykepleietilnærming både direkte og indirekte. Grunnen til dette er at studien til Söchting & Third (2011) sammen med Turner et al (2009) sin studie som egentlig ikke har som formål å opplevelse av sammenheng indirekte vil bidra til sterkere opplevelse av mening. Selv med mindre terapautkontakt kan en selvhjelpsmanual eller en telefonbehandling øke begripelighet og mening fordi pasienten blir minnet på sykdom, og minnet på at det er noe man trenger behandling for. Studiene til Brown, Whiteside & Abromowitz (2008), Björgvinsson et al (2008) Söchting & Third (2011) øker opplevelse av mening selv om dette ikke er hovedformålet med studiene. De ulike behandlingsmetodene vil øke begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet på grunn av innholdet i behandlingen. Tvangslidelse har forskjellige symptomer og alvorlighetsgrad som gjør at ungdom vil trenge ulike behandlingsmetoder. Resultatene til Valderhaug, Gøtestam & Larsson (2004) viser til at KAT, familieintervensjoner og medikasjon blir foretrukket. KAT blir benyttet i alle inkluderte studier, og dette er den beste behandlingen for ungdom. Familieintervensjoner blir drøftet, og vi har kommet til at det varierer hvor mye familien skal bli inkludert i behandlingen.

7.0 Litteraturliste

- Antonovsky, A. og A. Sjøbu (2012) *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Bates, S., A. Grönberg og A. Sjøbu (2012) *Om og om og om igjen: kunnskapsbasert behandling av pasienter med tvangslidelser : en veileder for behandlere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berge, T. og A. Repål (2010) *Den indre samtalen: lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beverly, J. D. Lyon og S.P Farrell (2003) Augmenting Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder With Antonovsky's Sense of Coherence Theory. I: *Perspectives in Psychiatric Care*, 39(4), s. 163.
- Björgvinsson, T et al (2008) Treatment Outcome for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder in a Specialized Hospital Setting. I: *Journal of Psychiatric Practice*, 14(3), s. 137-145.
- Bjørk, I. T. og M. Solhaug (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Brinchmann, B. S. (2010) *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøckmann, K. og A. Kjellevold (2010) *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Databaser for statistikk for høgre utdanning (DBH) (2013) *Publiseringskanaler*. [online]. URL: <http://dbh.nsd.uib.no/> (17.04.2013)
- Eide, H. og T. Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Gamnes (2008) Kjærlighet, nærhet og seksualitet. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal, s. 39-78.

Hallberg, M. og A. L. Ørbeck (2009) Kognitiv terapi gir gode resultater. I: *Sykepleien*, 99(11), s. 46-49.

Helsebiblioteket (2007) *Obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangslidelse) – Sammendrag*. [Online] URL: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/obsessiv-kompulsiv-lidelse-tvangslidelse-sammendrag%3Bjsessionid%3D0> (16.04.2013)

Hummelvoll, J. K. og T. E. Dahl (2008) *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Håkonsen, K. M. (2010) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kragerup, J. og H. Sletterød (2011) *Psykiatrisk sykepleje: lærebog for sykeplejestuderende*. København: Munksgaard.

Kunnskapscenteret (2012) *Termliste for forskningsoppsummering*. [online]. kunnskapsbasert praksis URL: <http://www.kunnskapscenteret.no/Termliste#letter-t> (12.04.2013).

Lovell, K et al (2004) A pilot study of a self-help manual with minimal therapist contact in the treatment of obsessive-compulsive disorder. I: *Clinical Effectiveness in Nursing*, (8), s. 122-127.

Malt, U. F. (2012) *Lærebok i psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Mæland, J. G. (2010) *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlag.

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Polit, D. F. og C. T. Beck (2010) *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Reasor, J. og S. Farrell (2005) The Effectiveness of Advanced Practice Registered Nurses as Psychotherapists. I: *Archives of Psychiatric Nursing*, 19(2), s. 81-92.

Skaug, E. a. og I. Andersen (2008) Beslutningsprosesser i sykepleie. I: Kristoffersen, N., F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal, s. 184-213.

Skårderud, F et al (2010) *Psykiatriboken: sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Støren, I. (2010) *Bare søk: praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Söchting, I. og B. Third (2011) Behavioral Group Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescence: A Pilot Study. I: *International Journal of Group Psychotherapy*, 61(1), s. 84-97.

Turner C, Heyman. I., Futh A, Lovell K. (2009) A pilot study of telephone cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder in young people. I: *Behavioural and cognitive psychotherapies*, 37(4), s. 469-74.

Valderhaug, R., K. G. Gotestam og B. Larsson (2004) Clinicians' views on management of obsessive compulsive disorders in children and adolescents. I: *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2), s. 125-32.

Whiteside, S. P., A. M. Brown og J. S. Abramowitz (2008) Five-day intensive treatment for adolescent OCD: A case series. I: *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), s. 495–504.

8.0 Vedlegg 1 PICO-skjema

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/action HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Type pasient	Hvilke tiltak vurderes?	Hvilke alternativer finnes?	Hvilke utfall er interessante?	↑
Obsessive compulsive disorder (OCD) Mental illness Mental disorder Mental health Adolescent Juvenile youth Young-adults Obsessive Compulsive Hospitalized	Nurs* Measures Therapy Coping Intervention Psychiatric nursing Nurse-patient relation Mental health service Nursing care Caregiver	Difference between hospitalized and other treatment Difference between new and old treatment	Treatment Nursing measures Health promotion Health prevention Life quality Reduced anxiety	OR ↓
← AND →				