

BACHELOROPPGAVE 2016

PSYKOEDUKASJON OG FAMILIETERAPI HOS UNGE PASIENTER MED FØRSTEEPISODEPSYKOSE.

Hvordan kan sykepleiere bidra til økt kunnskap og mestring ved bruk av psykoedukasjon hos familien og pasienten med førsteepisodepsykose?

Forfattere: Line Hauan og Linda Aaseth

Dato: 16.05.16

1. SAMMENDRAG

Tittel:	Psykoedukasjon og familierapi for unge pasienter med første episode psykose	Dato : 16.05.16
	Hvordan kan sykepleiere bidra til økt kunnskap og mestring ved bruk av psykoedukasjon hos familien og pasienten med førsteepisodepsykose?	
Deltaker(e)/	Linda Aaseth og Line Hauan	
	Kandidatnummer:	
	Linda: 120862	Line: 120871
Veileder(e):	Lisbeth Kjelsrud Aas	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Psykose, førsteepisodepsykose, psykoedukasjon, tidlig intervensjon og flerfamiliegrupper.	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg:	Publiseringsavtale inngått: ja
54/14259	1	
<p>Innledning: Det kan være vanskelig å skille fra hverandre hva som er tidlige tegn på psykose, og hva som er normal adferd hos en tenåring. Mange adferds-forandringer hos tenåringer kan, i visse tilfeller, sammenlignes med de forandringer som skjer hos en pasient i tidlig fase av psykoseutvikling. Psykoedukativ familiebehandling er anbefalt i Nasjonale faglige retningslinjer.</p> <p>Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne ut om psykoedukasjon av pårørende og pasienter med førsteepisodepsykose er en effektiv behandling. Vi ønsker også å finne ut i hvilken grad forståelse, kunnskap og mestring blir påvirket hos pasienter og pårørende som mottar psykoedukativ behandling.</p> <p>Metode: Oppgaven er et litteraturstudie. Databaser som er benyttet er: Cinahl, PsychInfo OVID og Cochrane.</p> <p>Konklusjon: Psykoedukasjon for pasienter og deres familier gir økt kunnskap, forståelse og mestring. Reinnleggelsesraten er lavere for pasienter og familie som har deltatt i psykoedukativt familiearbeid eller flerfamiliegrupper.</p>		

2. ABSTRACT

Title:	Psychoeducation and family therapi for young pasients suffering first epsiode psychosis	Date : 16.05.16
How can nurses contribute to increased knowledge and coping by applying psychoeducation to the family and patient suffering first episode psychosis?		
Participants/	Linda Aaseth and Line Hauan	
	Student numbers	
	Linda: 120862	Line: 120871
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aas	
Employer:		
Keywords	Psychosis, first epsiode psychosis, psychoeducation, early intervention, multi family groups	
(3-5)		
Number of pages/words:	Number of appendices:	Availability (open/confidential):
54/14259	1	Yes
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Introduction: It may prove challenging to differentiate early signs of psychosis apart from ordinary behavior in an adolescent. Many behavioral changes in the adolescent can, in certain cases, be compared to the changes happening in a patient in the prodromal phase of psychosis development. Family psychoeducation is recommended in the national guidelines og treatmet of psyhosis.</p> <p>Purpose: The purpose of this bachelor thesis is to discuss if family psychoeducation aimed at patients with first episode psychosis is an effective method of treatment. We also want to determine how much understanding, knowledge and coping are influenced in patients and families who receive psychoeducational treatment.</p> <p>Method: The Bachelor thesis is a literature study. Databases used are: Cinahl, Psychinfo OVID and Cochrane</p> <p>Conclusion: Psychoeducation for patients and their family does increase knowledge, understanding and coping. The relapse rate is lower for patients who has, together with their family, participated in psychoeducative family groups or multi family groups.</p>		

Innhold

1.	SAMMENDRAG.....	2
2.	ABSTRACT	3
3.	INNLEDNING.....	5
3.1.	Sykepleiefaglig relevans.....	6
3.2.	Begrunnelse for valg av tema.....	6
3.3.	Forskningsområde	7
4.	BAKGRUNN	8
4.1.	Avgrensning	8
4.2.	Psykose	8
4.3.	Tidlig intervensjon ved psykose	10
4.4.	Psykoedukasjon og familiearbeid.....	12
4.5.	Kommunikasjon	14
4.6.	Sykepleie.....	15
4.7.	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	18
4.8.	Mestring.....	19
4.9.	Hensikt.....	20
4.10.	Problemstilling	20
5.	METODE.....	21
5.1.	Kvalitative og kvantitative studier	23
5.2.	Forskningsetikk	24
6.	RESULTAT.....	25
6.1.	Matrise:	25
6.2.	Sykepleiernes roller i arbeid med psykosepasienter	28
6.3.	Tidlig intervensjon ved psykoselidelse	28
6.4.	Læring om Expressed Emotion	29
6.5.	Pasienten og pårørendes oppfattelse av psykoedukativt arbeid	30
6.6.	Relasjoner og allianser i psykoedukativt arbeid.....	31
7.	DRØFTING	32
7.1.	Tidlig intervensjon	32
7.2.	Alliansebygging og psykoedukativt familiearbeid	33
7.3.	Betydningen av expressed emotion	35
7.4.	Sykepleiefokus i arbeid med psykosepasienter og deres familier	36
7.5.	Hva er sykepleierens rolle i relasjonfremmende arbeid?	38
7.6.	Sykepleierens rolle i psykoedukativt arbeid	39
7.7.	Stress og mestring	40
7.8.	Kritisk vurdering av valg tatt i oppgaven	44
8.	KONKLUSJON	46
9.	LITTERATURLISTE.....	48
10.	VEDLEGG 1	54
10.1.	Søkematrise	54

Antall ord: 14259

3. INNLEDNING

Det kan være vanskelig å skille fra hverandre hva som er tidlige tegn på psykose, og hva som er normal adferd hos en tenåring. Mange adferds-forandringer hos tenåringer kan, i visse tilfeller, sammenlignes med de forandringer som skjer hos en pasient i tidlig fase av psykoseutvikling. I følge Johannessen (2011) kan tidlig tegn til psykose blant annet være markert sosial isolasjon eller tilbaketrekking, svikt i personlig hygiene, markert mangel på initiativ, interesse eller energi, vag eller omstendelig tale og enkelte utvikler også underlige trosoppfatninger. For å kunne skille mellom normal tenåringsutvikling med tidlig tegn på psykose, bør man se etter drastisk funksjonsfall og som oftest betydelig isolasjon fra sosiale aktiviteter. Det som vanskeliggjør å komme raskt til med utredning og behandling, er at funksjonsfall og endring i atferd som oftest utvikles langsomt, og over måneder og år (Helsedirektoratet 2013). Ett tidlig tegn i seg selv bør ikke være urovekkende, men når flere oppstår samtidig og vedvarer over noe tid, bør man søke hjelp. Unge mennesker som sliter med mildere former for depresjon, angst, endret selvopplevelse, indre uro og hukommelsesvansker og søvnvansker, er personer man bør være ekstra oppmerksomme på, da de gjerne er sårbare for å utvikle psykose i senere sykdomsfaser. Ofte kalt Ultra High Risk (Helsedirektoratet 2013).

Det å bli rammet av en psykoselidelse kan være skremmende, både for pasienten selv og dens nærmeste pårørende. Dette er en situasjon pasienten og pårørende som regel må håndtere uten å vite hva de har å vente. I starten av sykdomsforløpet kan situasjonen være uhåndterlig, og en vet ikke hvor eller hvordan man skal gå fram for å få den hjelpen man trenger. Hvor, hvordan og når en skal henvende seg til hjelpeapparatet kan være mye å tenke på, og en vanskelig avgjørelse å ta både for pasienten selv, og dens nærmeste pårørende. Det å få en psykiatrisk lidelse, kan derfor være med på å gjøre en maktesløs og gi mye tankekjør for de involverte.

I følge Folkehelseinstituttet (2009) er forekomsten av psykoselidelse i livsløp 3,5 %.

Dette innebærer altså at det er en forekomst i populasjonen på 3,5 % psykoselidelse spredt over gjennomsnittlig alder på populasjonen. I studier med mindre populasjon enn folkehelsens populasjon (hele befolkningen) er forekomsten langt lavere – 0,4%.

Dette innebærer at det forekommer stor usikkerhet rundt reell andel forekomster av psykotiske lidelser.

I 1997-2000 ble det på Stavanger Universitetssykehus etablert en TIPS studie (Tidlig Intervensjon ved Psykose). Pasientgrunlaget for studien befant seg i Stavanger, Haugesund, Ullevål og Roskilde i Danmark. Hovedmålet var å finne ut om en kunne endre befolkningens adferd i å søke hjelp til pasienter med førstegangpsykose, og om dette kunne bidra til å forkorte tiden fra utbrudd til behandlingsstart, hvilket igjen ville medføre en lavere reinnleggelse (Fjell mfl. 2007). Utgangspunktet for studien var en forstudie hvor de hadde funnet ut at pasienter med ubehandlet førstegangpsykose hadde en gjennomsnittlig varighet på 104 uker. Når pasienten kommer tidlig til utredning og behandling, viser det seg at progresjonen er bedre (Karlsen 2015).

I Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer, *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013)*, viser hvordan pasient og familie skal få en forståelse av hva behandlingen innebærer. De fokuserer bl.a. på tidsaspekt, familiesamarbeid og psykoedukasjon som vesentlige faktorer i reduksjon av tilbakefall og sykehusinnleggelse for pasienter med førsteepisodepsykose.

3.1. Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier for pasienter og pårørende med førsteepisode psykose i spesialisthelsetjenesten, skal det være en helhetlig tilnærming. Sykepleierens rolle er å kommunisere med pasienten og pårørende slik at de får en økt kunnskap, forståelse og mestring av lidelsen. Samhandling og brukermedvirkning er en vesentlig del av sykepleierens arbeid. Psykoedukasjon er en behandlingsmetode i arbeidet med pårørende og pasienter med psykoselidelse.

3.2. Begrunnelse for valg av tema

I 2015 ble den første boken om alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom utgitt i Norge av Karlsen (2015). Det har likevel blitt forsket mye på dette temaet i Norge siden slutten av 1900-tallet, da TIPS prosjektet ble gjennomført, med hensikt å oppdage utvikling av psykose i et tidlig stadie (Karlsen 2015). Dette prosjektet har nå utviklet seg, og har startet opp flere steder i Norge. I forbindelse med at pasienter med psykosesyntomer/psykoselidelse

oppdages i ung alder, er også familien en stor del av pasientens liv. Etter å ha lest flere artikler og faglitteratur om temaet, ble fokuset å finne ut om behandlingsmåten psykoedukasjon i behandlingsforløpet kan være med å lindre pasientens lidelse, samt heve mestringsnivået og forebygge tilbakefall med økt sykdomskunnskap til både pasienten og pårørende.

3.3. Forskningsområde

Ved NTNU Gjøvik er det innenfor helse, omsorg og sykepleie to forskningsområder. Disse er: profesjonskompetanse, og kvalitet i sykepleie.

Oppgaven er knyttet opp mot kvalitet i sykepleie. Dette fordi god kvalitet i sykepleie har mye å si for å kunne skape god relasjon til pasienter, og fordi at kunnskap er viktig for å fremme god kvalitet på jobben som utføres, med tanke på å fremme mestring hos den syke og fremme kunnskap både for den syke og pårørende (NTNU Gjøvik 2016).

4. BAKGRUNN

4.1. Avgrensning

I oppgaven er hovedfokus pasienter som har vært innlagt og eller utredet i spesialisthelsetjenesten grunnet symptomer på førsteepisodepsykose. Det er i oppgaven ikke krav til at pasienten har fått diagnose Schizofreni, men at de har hatt psykotiske symptomer. Et av fokusområdene er pasienten og dens familie. Oppgaven er avgrenset til pasientgruppen ungdom og ung voksen. Pasientene som inkluderes i oppgaven er innlagt frivillig, og utskrevet uten tvunget psykisk helsevern. Pasienter med fokus på somatiske tilleggdiagnoser og rusutløst psykose ekskluderes. Rusutløst psykose er psykosesymptomer fremkalt umiddelbart som effekt av kjemiske substanser (Helsedirektoratet 2015). Dette ekskluderes fordi psykosen er selvpåført med bruk av illegale midler og derfor er det vanskelig å se de tidlige tegnene relatert til de pasientene med førsteepisodepsykose som er hovedfokus i oppgaven. Det er i hovedsak valgt å ta med artikler fra nyere dato, men har også valgt å ta med en artikkel fra 2002, siden denne inneholder sykepleiefaglig fokus, og passer godt til vår problemstilling. De valgte inklusjons- og eksklusjonskriteriene er gjort da de er relatert til tema, unge pasienter med førsteepisodepsykose og deres familie.

4.2. Psykose

Å være psykotisk kan i følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) beskrives som en realitetsbrist, som betyr at pasienten har et alvorlig psykisk sammenbrudd. Personen som er i en psykotisk tilstand *“oppfatter ikke lenger verden rundt seg, andre menneskers holdninger og sin egen rolle på samme måte som andre gjør”* (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick, 2010, s.303). Hovedsymptomene ved psykose er i hovedsak forvirring, sammenbrudd, tap av virkelighetssans, usikkerhet på hva som er virkelig eller ikke og/eller at pasienten prøver å lage egne forklaringer på uforklarlige opplevelsen (Johannessen 2011).

Tiden fra symptomene melder seg til de er en del av psykosen kaldt prodromalfasen. I denne fasen kan pasienten ha lengre eller kortere perioder med generelle psykiske vansker som for eksempel angst, uro, depresjon, søvnproblemer, tiltaksløshet, irritasjon og forbigående psykotiske symptomer (Karlsen 2015). Prodromalfasen har forskjellig varighet, og kan i følge Cullberg (2005) vare fra uker til år, samtidig som det kan sees brå forandring i funksjonsnivå. Pasienten kan også oppleve kortere eller lengre perioder hvor man mister grepet over

virkeligheten, og en får en svekkelse i den subjektive forståelsen (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010).

I følge Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010), er schizofreni også den alvorligste av psykoselidelsene, og kriteriene for å få diagnosen er at minst to av symptomene som vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tale, grovt disorganisert adferd og flat affekt, fattig språk, og apati må være til stede i minimum en måned.

Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) skiller mellom positive og negative symptomer ved psykoselidelse. Positive symptomer omtales som noe som kommer i tillegg til normalfunksjon, og negative symptomer er fravær av normalfunksjon.

Hørshellusinasjoner er den vanligste formen for positive symptomer, men pasienten kan også ha synshellusinasjoner, lukthallusinasjoner og/eller taktile hallusinasjoner (Karlsen 2015). I følge Cullberg (2005) er et eksempel på hørshellusinasjoner stemmer som snakker til en. Det kan være stemmer som beordrer og kritiserer, eller som oppfordrer personen til å gjøre ting den ikke skal. Hørshellusinasjoner kan også være lyder, summing og musikk. Synshellusinasjoner kan være skygger eller bilder, her både glimtvis eller mer langvarig. Det er ingen grenser for hva en kan se, og et eksempel kan være insekter som kryper på kroppen. Dersom pasienten opplever vrangforestillinger, er det vrangforestillinger om at verden / omgivelsene ikke samstemmer med virkeligheten. Pasienten kan her ofte bli fastlåst, og være overbevist om sine vrangforestillinger, samtidig som de mer eller mindre kan være bisarre. En kan også dele vrangforestillinger opp i paranoide vrangforestillinger, hvor pasienten for eksempel føler seg overvåket, eller tankekringkasting, hvor pasienten frykter eller er overbevist om at andre har direkte tilgang på tilgang på tankene sine (Johannesen 2011).

Negative symptomer innebærer at pasienten får redusert normal mental funksjon, og beskrives som fravær av egenskaper som vanligvis skal være til stede. Når pasienten opplever negative psykosesyntomer kan pasienten bli apatisk og oppleve manglende energi. Det kan da være vanskelig å starte opp med aktiviteter, og pasienten kan bli oppfattet som lat og får kritikk. Pasienten kan også få affektavflatning, hvilket vises i at pasienten har vansker med å forstå andres følelser, eller selv uttrykker liten grad av følelser (Karlsen 2015).

4.3. Tidlig intervensjon ved psykose

Helsedirektoratet (2013) har utarbeidet Nasjonale faglige retningslinjer, Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

Innholdet tar for seg beskrivelse av hvordan pasienter og pårørende skal få en forståelse av hva behandlingen innebærer. Retningslinjene tar blant annet for seg forebygging og tidlig oppdagelse, hvor det presiseres at det er *“svært viktig å tilrettelegge for at personer som utvikler, eller er i fare for å utvikle, en psykose, kommer raskt til utredning og behandling”* (Helsedirektoratet 2013, s.31). Det vises også til forskning på varigheten av ubehandlet psykose, som er tiden fra første symptom på sykdom til behandling gis - og at dette ofte er to til tre år (Helsedirektoratet 2013). McFarlane, Lynch og Melton (2012) påpeker at tidlig intervensjon kan være med på å hindre utvikling til full psykose ved å behandle symptomer som allerede er til stede. De påpeker også at ved å starte behandling tidlig, bidrar dette med å redusere varigheten av ubehandlet psykose for pasienter som har oppfylt kriteriene for en psykosed diagnose.

Det anbefales familiesamarbeid i behandlingen av pasienter med en psykoselidelse.

Bakgrunnen for denne anbefalingen er at flere studier har dokumentert at *“psykoedukativ (kunnskapsformidlende) familietilnærming fører til en betydelig reduksjon i antall tilbakefall, bedrer den sosiale fungeringen, reduserer varighet av antall sykehusinnleggelses for pasientene”* (Helsedirektoratet, 2013, s.60). I den kvalitative studien til Lester m.fl. (2011) presiseres det at pårørende er en viktig støttespiller i behandlingen. De inngår både som emosjonelt støttende, som samtalepartnere med pasienten, men også i å hjelpe pasienten med praktiske gjøremål.

Regionalt kompetansesenter for tidlig intervensjon ved psykose (TIPS Sør-Øst) har som hovedformål å oppdage alvorlig psykisk lidelse så tidlig som mulig, samtidig som det skal hindre og lindre menneskelig nød. Med tidlig intervensjon ved psykose (TIPS), menes tidlig oppdagelse og behandling av mulig psykose og/eller psykoserisiko. Dette er en stor utfordring for psykisk helsevern, da de må komme inn og hjelpe pasientene tidlig i sykdomsforløpet (TIPS Sør Øst 2016). I følge TIPS er målsetningen å oppdage/ fange opp personer som står i fare for, eller som har etablert en, førsteepisodepsykose, herunder å

forhindre eller utsette psykose eller nye psykosegjennombrudd. Dersom psykose likevel utvikles, er TIPS sitt mål å gjøre varigheten av ubehandlet psykose så kort som mulig. Pasienter med psykosesymptomer skal raskest mulig inn til utredning og eventuelt behandling dersom det er reell mistanke om lidelse. Helsedirektoratet skriver at *”Det er svært viktig å tilrettelegge for at personer som utvikler, eller er i fare for å utvikle en psykose, kommer raskt til utredning og behandling”* (Helsedirektoratet 2013). Lester m.fl. (2011) beskriver i studien at del av hensikten med tidlig intervensjon er å så tidlig som mulig aktivt engasjere pasient og familie i behandling, og å opprettholde samme engasjement i løpet av behandlingen.

Inn til TIPS er det lavterskel for å henvise til forvern, samtidig som det er lavterskel for å ta inn pasienter til videre utredning. Det TIPS-teamet i hovedsak ønsker å utrede, er om pasienten har en psykoselignende opplevelse som ikke er behandlingstrengende, noe som kommer frem dersom pasienten ikke opplever tilstanden som plagsom og ikke fører til vesentlig funksjonssvikt.

I arbeidet med pasienter og dens familie, er det mange hensyn og ta, og det er det viktig og overholde gjeldende lover. Psykiatriske pasienter er en sårbar gruppe, hvor kommunikasjonsmetoder og forklaring er særskilt viktig. Lovteksten understreker menneskets rett til at opplysninger om sykdom og kropp ikke skal gis videre fra helsepersonellet. Det er for helsepersonell heller ikke lov å prøve å få tak i helseopplysninger om pasienter, med mindre det skal benyttes i behandlingen. (Lov om helsepersonell, §21 og §21a). I de tilfeller der pasienter samtykker, eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og behandling som ytes. I de tilfeller, hos pasienter over 16 år, der pasienten åpenbart ikke kan ivareta sine interesser har både pasient og pårørende rett til informasjon. (Pasient- og brukerrettighetsloven §3-3) Som behandlere bør vi informere pasient om deres rett til at helseinformasjonen ikke deles, men samtidig belyse at vi ved å involvere familien kan bidra til en raskere remisjon og redusere sjansen for tilbakefall. Psykisk helsevernloven (1999) og taushetsplikt tas ikke inn i oppgaven da lovverk ikke er fokusområde i oppgaven.

4.4. Psykoedukasjon og familiearbeid

Psykoedukativ behandling er et pedagogisk tilbud som gis til pårørende for å øke de pårørendes kunnskap om pasientens sykdom (Hummelvoll 2014). Det kan defineres som:

“Systematisk psykoedukative intervensjoner kan bestå av informasjon om sykdomsformer, gi realistiske forventninger om prognose og bedring, påpeke betydningen av kommunikasjon, redusere familiemedlemmers skyldfølelser, formidle kunnskap om medikasjon, samt hjelpe til å lære tidlig å fange opp pasientens signaler om behov for hjelp” (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010 s.177).

Francis Bacons (1561-1626) var en engelsk filosof som i sin tid uttrykte at *kunnskap er makt*, og dette er en grunnleggende motivering for pedagogisk arbeid i psykisk helsearbeid, både overfor pasienter, pårørende, profesjonelle og befolkning ellers. Med dette menes at pasienters og familiemedlemmers viten om faktiske forhold med tanke på en sykdom / lidelse, kan være med på å øke, fremme forståelse og mestre symptomer og ubehag. Det kan gjøre det lettere å være den syke, ikke minst med tanke på tabubelagte emner, men også gammel tro / overtro. Kunnskap vil derfor ha mye å si med tanke på empowerment-perspektiv (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). Psykoedukasjon er et lite utdrag fra den generelle kunnskapsinformasjonen til å spesifikt omtale arbeid som er terapeutisk rettet mot pasienten og dens familier.

Helse Sør/Øst bruker i dag flere forskjellige psykiatriske behandlingsformer som i sammenheng går ut på psykoedukative grupper med mentalisering som hovedfokus. Psykoedukative grupper ovenfor pasientens og dens familie kan bidra til å fremme behandlerens kunnskaper, samt felles forståelse av de terapeutiske modellene og teoriene som det jobbes etter.

Pasienter med psykose tåler mindre stressbelastning og pårørende er en viktig del av pasientens liv. *“Familien trenger derfor opplæring, informasjon, kommunikasjonsferdigheter og emosjonell støtte for å kunne være til hjelp for pasienten under aktive psykotiske faser og under rehabilitering” (Hummelvoll 2014 s. 368).*

I det psykoedukative familiarbeidet benyttes begrepet expressed emotions, som ble etablert av George Brown på slutten av 1960 tallet. Det har siden den gang vært et viktig uttrykk innen arbeidet med psykosepasienter (Karlsen 2015). Expressed emotions (uttrykte følelser) *”beskriver følelser og holdninger som preger familiemedlemmene til schizofrene pasienter”* (Hummelvoll 2014 s. 369). Begrepet er også tatt inn i behandling rettet mot familier til pasienter med psykoseproblematikk.

McFarlane, Lynch og Melton (2012) påpeker i sin studie at expressed emotions har som mål å påvirke familiens nivå av kritikk, positive bemerkninger, varme, fiendtlighet og emosjonelt overengasjement. Det har vært flere studier av dette tidligere, hvor det konkluderes med at høyt nivå av expressed emotions er forbundet med økt tilbakefall av symptomer og forverring av lidelsen.

Målet med å lære familiemedlemmene bruk av expressed emotions, er at de kjenner igjen sine egne nivåer av uttrykte følelser. Dette påvirker pasienten og sees i forhold til funksjonsnivå. Begrepet deles inn i høy og lav expressed emotions. Med høy expressed emotions foreligger det høy grad av fiendtlighet, kritikk og emosjonell overinvolvering. Lav expressed emotions kjennetegnes med lave verdier av det samme (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). I den psykoedukative tilnærmingen er det i følge Cullberg (2005) allerede lansert utdanningspakker som lærer familiene å endre sin adferd fra høy til lav expressed emotions. Karlsen (2015) påpeker at i nyere forskning vises det at graden av expressed emotions endrer seg i takt med sykdomsutviklingen og er mer situasjonsbetinget enn tidligere antatt.

Sårbarhet-stress-modellen er en grunnleggende tankemodell i forståelse av psykisk lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). Denne modellen tar for seg at:

”de fleste psykiske lidelser skapes av en kombinasjon av foreliggende sårbarhet på den ene siden, og på den andre side stress som når et nivå som overstiger det personen makter å hanske med (på engelsk: coping), slik at vedkommendes vanlige psykiske likevekt, bryter sammen” (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010 s. 222-223).

Dette innebærer at mennesker reagerer ulikt på belastninger de er utsatt for gjennom livet. Hva som ansees som sårbarhet og hva som ansees som stress varierer altså med hvor vi er i livet og hva vi fokuserer på. Antonovsky (2013) sier at forståelsen av helsefremmende faktorer og forståelsen av dem har skapt et nytt ord, salutogenese, kunnskapen om hva som fremmer helse og motvirker sykdom.

4.5. Kommunikasjon

Kommunikasjon er et stort område, men er et helt avgjørende område å ha kjennskap til og kunnskap om for oss som helsearbeidere, for å kunne fungere på en god måte i samspill med pasienter og pårørende (Håkonsen 2009).

Begrepet kommunikasjon kan defineres som en utveksling mellom to eller flere parter. Det er alltid minst to parter i et kommunikasjonsforhold, og de kommuniserer med hverandre via ulike typer tegn og signaler (Eide og Eide 2010).

En annen definisjon som kanskje er noe bedre: *“Kommunikasjon er en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og budskapet sitt, og der de tolker den andre”* (Håkonsen 2009 s. 218).

Kommunikasjon kan være både verbal og non-verbal. Verbal kommunikasjon benytter ord, skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon er også kommunikasjon via kroppsspråk og ansiktsuttrykk. Kommunikasjon uten ord kan omfatte lyder som for eksempel gråt og stønning. Non-verbal kommunikasjon kan følge den verbale kommunikasjon som bevegelse av armer for å beskrive noe, samtidig som man snakker, men den foregår også når partene tier ved blant annet øyebevegelser og ansiktsuttrykk (Travelbee 1999).

“Trå varsomt over terskelen når du rører ved et sårt rom i et stengt sinn” (Arntzen, Øksnevad og Grønnestad 2000)

Pasienter som er psykotiske har falt ut av opplevelsen av en forståelsesmessig selvfølghet i forholdet til andre mennesker. Det vil si at de har en annen oppfatning av hva som skjer rundt seg enn andre. Dette fører til at det vil kreve mer av de som skal kommunisere med

disse syke pasientene, og det krever også kunnskap om sykdommen. Dette er igjen, veldig viktig for å kunne klare og forstå å kommunisere med disse pasientene, og for å kunne skape trygghet og gode relasjoner (Skårderud 2010).

For å få til en god kommunikasjon med psykotiske pasienter, er den filosofiske tenkningen til Kierkegaard en god veileder. Den omhandler at en skal snakke med pasienten som fra subjekt til subjekt, hvor saken er subjektet, og ikke til et objekt (Skjervheim 1996). Med dette menes at en snakker med pasienten, ikke til pasienten hvor sykepleieren ikke er informant, men mer en samtalepartner.

Lester m.fl. (2011) konkretiserer dette med å beskrive måten helsepersonell bør nærme seg pasienten. I artikkelen er pasientgruppen unge førsteepisodepsykosepasienter og det understrekes at ved å møte disse pasientene i et miljø der disse følte seg trygge ga god effekt. Videre viste artikkelen at pasienter og pårørende ga positive tilbakemeldinger på helsepersonell som viste dedikert interesse for pasienten og pasientens situasjon.

Kommunikasjon er som tidligere nevnt verbal og nonverbal. Tonefall har mye å si, men også hvordan man fremstår når man snakker. Ord betyr sjelden bare en ting. Avhengig av signaler man gir, blir betydningen av meningen oppfattet på forskjellige måter. Med dette menes at ulike mottakere tolker budskap ulikt, men også at samme mottaker kan tolke samme budskap ulikt (Eide og Eide 2010).

Empati er evnen til å sette seg inn i hvordan andre mennesker har det, og forstå andres reaksjoner og følelser (Eide og Eide 2010). For å kunne gjøre godt helsefaglig arbeid er empati en forutsetning, spesielt for profesjonell og hjelpende kommunikasjon. Det skilles gjerne mellom to typer empati: affektiv - som er følelsesrettet - å leve seg inn i hvordan andre har det, og kognitiv - å leve seg inn i hvordan det er å være den andre, hvordan den tenker og oppfatter sin egen rolle og situasjon. For å kunne få et helhetlig bilde, må man ta i bruk begge (Eide og Eide 2010).

4.6. Sykepleie

“Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med

sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene“ (Travelbee 1999 s. 29).

Sykepleiens fokus er å ivareta pasienten, mennesket og menneskets helsestilstand, det vil si at pasienten helsetilstand, livskvalitet og mestring er de viktigste mål i denne sammenheng. For å kunne hjelpe med disse målene må man som sykepleier kunne sette seg inn i og forstå pasientens situasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

Sykepleierens funksjon og ansvarsområde er:

- *Helsefremming og forebygging.*
- *Behandling.*
- *Lindring.*
- *Rehabilitering og habilitering.*
- *Undervisning og veiledning.*
- *Organisering, administrasjon og ledelse.*
- *Fagutvikling, kvalitetssikring og sykepleie.*

(Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011 s. 17)

Ovennevnte funksjoner er rettet mot pasient og pårørende, samt også mot kollegaer og studenter.

Hummelvoll (2014) skriver at det er vesentlig at man som sykepleier makter å variere mellom avstand, nærhet, støtte og utfordring, noe som er spesielt viktig i arbeidet med psykiatriske pasienter. Dette sykepleier-pasient-fellesskapet kan være og er en viktig faktor for bedring. Det skapes allianse, som er avhengig av gjensidig åpenhet og tillit. Dette igjen vil kunne være motivasjon for pasienten til å se sin egen situasjon og eventuelt også etter hvert muligheter (Hummelvoll 2014).

Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) skriver om mentaliseringsbasert terapi som går på å forstå seg selv og andre, som igjen handler om samspill og relasjonsbygging. Det handler om å undre seg aktivt, være nysgjerrig og å prøve å forstå mer, samt forstå at det ikke alltid er mulig å forstå andre og seg selv fullt ut.

I arbeidet med pasienter med psykoselidelse, er egostyrkende sykepleie og holdninger viktig. Formålet med denne behandlingen er å styrke pasientens ego, da egofunksjonen har blitt midlertidig eller varig svekket grunnet sykdommen. Det vil blant annet si at pasienten har problemer med å makte hverdagens utfordringer, ha dårlig selvoppfatning og dårlig relasjon til andre (Strand 2009). Egostøttende sykepleie vil si å styrke egoet til den enkelte, som innebærer å gi støtte og passe utfordring til den enkelte pasient (Hummelvoll 2014). I arbeidet med egostyrkende sykepleie, har det blitt utarbeidet tolv prinsipper, disse er:

- *kontinuitet og regelmessighet.*
- *nærhet og avstand.*
- *fysisk omsorg.*
- *grensesetting.*
- *skjerming.*
- *containing-funksjon.*
- *realitetsorientering.*
- *praktiske gjøremål og samhandlinger.*
- *verbalisering.*
- *pedagogisk tilnærming.*
- *krav og mål.*
- *trening i å se valgmuligheter og å foreta valg.*

(Strand 2009 s. 76-77).

I de internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleie heter det at man skal yte sykepleie uavhengig av hudfarge, alder, kultur, trosoppfatning, funksjonshemming, sykdom, kjønn, seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning etnisk bakgrunn eller sosial status (ICN 2012). Det heter i de norske yrkesetiske retningslinjer også at grunnlaget for sykepleie skal være respekten for det enkelte menneske iboende liv og verdighet (Kristoffersen 2011) og (NSF 2001). I studien til Lester m.fl. (2011) understrekes det viktigheten av hvordan sykepleieren møter den unge pasienten. Et vesentlig poeng er at pasienten og sykepleieren møtes i ikke stigmatiserende miljøer, på pasientens hjemmebane. Sykepleierens rolle i et slik møte blir beskrevet som en deltakende, varm og dedikert innsats med fokus på den unges livssituasjon og væremåte. Brukermedvirkning er en viktig faktor å tenke på for sykepleiere

(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2001). For å kunne gi god kvalitet på jobben som sykepleier, er man avhengig av å ha med brukerens og pårørendes erfaringer og synspunkter. Det er viktig at pasienten selv blir involvert i beslutninger om eget liv og helse. Dette fordi det er større sjanse for forbedringsresultater, og bedre funksjon i hverdagen (Kveseth og Mikkelsen 2011).

4.7. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

Det er mange teorier å velge i, og de har gjerne en felles hensikt, et felles mål om å synliggjøre en sykepleiers funksjon. Disse teoriene kan for oss være et verktøy i det daglige for de handlinger man gjør i yrket som sykepleier. I denne oppgaven velges Joyce Travelbees (1926-1973) sykepleieteori. Hun legger vekt på den mellommenneskelige prosessen i sykepleie der kommunikasjon, samspill og relasjon mellom sykepleier og pasient er i fokus. Hun definerer sykepleie som *"en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"* (Kristoffersen 2011 s. 216). Travelbee var meget opptatt av utvikling av relasjoner mellom pasient og sykepleier og hevder at sykepleie er en mellommenneskelig prosess der hvor sykepleieren hjelper med å forebygge, mestre og eller finne mening ved lidelse eller sykdom (Kristoffersen 2011). Begreper som empati og uttrykket terapeutisk bruk av seg selv, har en viktig plass i Travelbees sykepleietenkning.

Sykepleieperspektivet i behandling av pasienter med førsteepisodepsykose inkluderer både pasienten og pasientens familie, noe Travelbee i sin definisjon har fokus på. I psykiatrien har kommunikasjon og relasjon stor betydning, *"Travelbee definerer kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskap"* (Kristoffersen 2011 s. 221). Hennes fokus er at sykepleieren må kunne forstå hva pasienten kommuniserer og deretter bruke denne informasjonen i behandlingen, dette sammen med at kommunikasjon er en gjensidig prosess. Travelbee (1999) omtaler kommunikasjon som noe som kontinuerlig foregår mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjonen kan foregå verbalt og nonverbalt. I begge tilfeller er overføring av et budskap det essensielle i relasjonen (Travelbee 1999). I behandlingsprosessen av pasienten er det sykepleieren som sitter med den terapeutiske kunnskapen og har ansvar for å bruke dette i møtet med pasienten.

4.8. Mestring

Antonovsky er opptatt av begrepet opplevelse av sammenheng, eller sense of coherence på engelsk. Dette knytter han opp mot menneskets evne til å mestre stress, og de stressfaktorene som en blir utsatt for i dagliglivet. Denne tenkningen innebærer også den salutogenetiske modellen. Ut fra sin tenkning, relatert til helse, stress og mestring, har han funnet sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og helse (Antonovsky 2012).

Begrepet opplevelse av sammenheng består av tre begrep, som er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet omtales som forståelsen av indre og ytre faktorer og graden av stimuli. Håndterbarhet fokuserer på hvilken grad en forstår de ressurser som er til rådighet for å mestre de krav som stilles, og meningsfullhet er relatert til å være involvert og oppleve livet forståelig følelsesmessig (Antonovsky 2012).

Ordet mestring brukes i dagligtale synonymt med uttrykk som å klare og å få til noe. Livet er mestring om man tenker slik at man utvikler seg, tilpasser seg og utvikler nye ferdigheter. Mestring dreier seg også om hvordan mennesker møter utfordrende situasjoner i livet, noe som kan være belastende og vanskelig å takle (Reitan 2011).

Mestring kan i følge Håkonsen (2009) deles inn i to områder: Problemfokustert mestring og følelsesmessig fokusert mestring. Ved problemfokustert mestring prøver det enkelte individ å avslutte en eller løse vanskeligheter som er forbundet ved en aktuell situasjon.

Følelsesmessig fokusert mestring er at individet fokuserer på den følelsesmessige biten ved en situasjon og prøver å redusere belastningen stressnivået eller eliminere de vanskelige følelsene helt uten å forandre situasjonen. Begge disse to formene er i bruk ved mestring i dagliglivet (Håkonsen 2009).

En viktig faktor for å kunne kjenne på mestring er motivasjonen til den enkelte pasient. Dette er igjen grunnlaget for å kunne ta kontroll over eget liv (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). Dette kalles empowerment eller brukarmedvirkning på fagspråket. Det handler om at pasienten selv skal kunne finne motivasjon til å kontrollere eget liv med tanke på å sette seg nye mål og ta del i egen behandling (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010).

4.9. Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut om psykoedukasjon av pårørende og pasienter med førsteepisodepsykose er en effektiv behandling. Vi ønsker også å finne ut i hvilken grad forståelse, kunnskap og mestring blir påvirket hos pasienter og pårørende som mottar psykoedukativ behandling. Hvilken effekt denne behandlingen har, herunder bruk av expressed emotions, samt tilbakefallstendens hos pasientene.

4.10. Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til økt kunnskap og mestring ved bruk av psykoedukasjon hos familien og pasienten med førsteepisodepsykose?

5. METODE

Bacheloroppgaven skal besvares som en litteraturstudie, noe som innebærer at den skal bygge på litteratur som allerede eksisterer i form av bøker og andre skriftlige kilder (Aveyard 2014). Når man gjør et litteraturstudie, søker man ofte svar på et spørsmål man lurer på. Dette er uansett om man skal gjøre et større studie eller om man bare skal gjøre et lite studie for seg selv. Å gjøre slike studier er mulig bare hvis litteraturen man søker i er sammenfattet og sees på i sammenheng med annen informasjon (Aveyard 2014). Forsberg og Wengstrøm (2013) definerer et systematisk litteraturstudie med at man først har et tydelig og godt formulert spørsmål som besvares systematisk gjennom å søke, velge, vurdere og sammenfatte relevant forskning som kan gi svar på spørsmålet. Man må finne gode måter å søke på i aktuelle databaser og kilder, samt finne relevante og aktuelle søkeord. Det som finnes vurderes kritisk og dokumenteres. På denne måten vil man få mulighet til å finne svar på det man lurer på (Polit og Beck 2010).

Aveyard (2014) skriver at fordelen med et litteraturstudie som metode, er at man får vite hva som er tilgjengelig om valgte tema, samtidig som man kan finne nyere forskning. Det kan også gi en pekepinn på om man har gjort riktig valg av problemstilling, eller om man skal velge å gjøre om problemstillingen slik at den faktisk samsvarer med funn i studiene.

De svake sidene ved litteraturstudier er at det finnes mye forskning slik at det kan være vanskelig å finne de beste artiklene. I tillegg til at det ofte tidkrevende og utfordrende å finne de rette søkeord for å finne aktuelle artikler (Bjørk og Solhaug 2008). Det er viktig å finne et tema det er skrevet og forsket mye om. Dette føles reelt for oppgaven med tanke på problemstilling som omhandler psykoedukasjon for de med førsteepisodepsykose.

For å finne relevante artikler og fagstoff til oppgaven ble det i hovedsak søkt i biblioteket ved hjelp av NTNU sine databaser. Ettersom oppgaven omhandler psykisk helsevern og psykisk lidelse, ble i hovedsak databaser knyttet opp mot psykiatri benyttet. De databasene som ble mest anvendt var Cinahl og PsycINFO OVID. Andre databaser som Cochrane ble også søkt i, med funn av de samme artiklene som ble ansett som relevante. Det ble også valgt å søke på fagartikler og navn på forfattere som var blitt anbefalt av fagpersoner i fagmiljøet. Artikkelen til Bertelsen m.fl. (2008) er av flere forskere ansett som et fundament i forskningen på tidlig intervensjon av unge pasienter med psykoselidelser. Denne artikkelen ble ikke funnet med

angitte søkeord, men via gjennomgang av andre artikler og referanselister. Artikkelen ble deretter funnet via artikkelens navn i google scholar.

I første omgang valgte vi å søke på ordene psychosis, first episode psychosis, family intervention, psychoeducation, early intervention og multiple family group. Her fant vi flere artikler som ble lest igjennom og gransket, men de manglet noe sykepleiefaglig relevans. Vi gikk derfor inn igjen og søkte på nytt med de samme søkeordene i kombinasjon med nurses (nursing intervention), treatment, care givers og evaluation og fant deretter flere artikler som vi valgte å bruke. Søkematriksen ligger som vedlegg 1.

Polit og Beck (2010) skriver om hvordan man bør gjennomgå disse artiklene, og at ved å lese abstrakte vil det kunne gi oss en pekepinn om hva artikkelen handlet om og hvor relevant den var for valgte problemstilling. Artiklene ble lest raskt igjennom, spesielt med tanke på det abstrakte og konklusjon. Dette igjen, gjorde at det ble funnet artikler som ble forkastet og som var relevante.

Artiklene ble sjekket for at de hadde IMRaD-struktur. Dette er den mest vanlige måten å organisere en artikkel på (Polit og Beck 2010). IMRaD- struktur vil si at artikkelen har en kjent struktur slik at den lett kan gjøres kjent for fagfolk og andre som vil kan ha interesse for den (Støren 2013). Artikkelen er bygd opp på følgende grunnleggende spørsmål:

Innledning - hva var grunnen for at undersøkelsen ble utført.

Metode: Hvordan utførte man undersøkelsen, altså hvordan fikk man inn datasamling?

Resultat: Hva fant forskeren?

Diskusjon: Hva betyr funnene som ble gjort, og hvordan kan man underbygge de og begrunne de (Støren 2013).

I tillegg til dette inneholder den også abstract og en avslutning/konklusjon.

Artiklene ble sjekket om de hadde IMRaD struktur, og om de var fagfelleurdert til nivå 1 eller 2. Det er viktig på påpeke at det er tidsskriftet de er gitt ut i som er fagfelleurdert, ikke artikkelen.

I oppgaven er det valgt å bruke seks vitenskapelige artikler i resultatdelen, samtidig som det ble brukt en vitenskapsartikkel og en fagartikkel i bakgrunnen, som også er tatt med i drøfting. Fagartikkelen er ikke fagfelleurdert og har ikke IMRaD struktur. Den ble valgt fordi

den viser at det finnes forskning som gjorde oss undrende over tema, og som vi følte vil gi oss et dypere innblikk i tema før vi dykket inn i de beste artiklene.

I tillegg tok vi en sjekk av artiklene i NSD, databasen for statistikk om høgre utdanning. NSD har ansvaret for registret over autoriserte publiseringskanaler. Ved å sjekke om tidsskriftet artikkelen er utgitt i er fagfelleurdert, vil vi få en pekepinn om hvor god artikkelen er.

Vanlige vitenskapelige publiseringskanaler har nivå 1, mens de som har høyest internasjonal prestisje har nivå 2. (NSD 2015).

5.1. Kvalitative og kvantitative studier

I oppgaven er det brukt kvalitative og kvantitative artikler, en review, samt en fagartikkel.

Noen av artiklene er randomiserte studier (RCT). Det vil si studier som er sammensatt av tilfeldige valgte informanter (Støren 2010). Randomiserte studier, er det som er kjent for å best kunne svare på spørsmål om for eksempel hvilken behandling som er best.

Randomiserte studier har ofte best verdi når det gjelder å underbygge fakta (Forsberg og Wengstrøm 2013).

En av artiklene har også et fenomenologisk og et hermeneutisk design. Det vil si at analysemetoden støtter seg til å beskrive og forklare det som skjer, og på hvilken måte det skjer. Det finnes tre ulike metoder innenfor fenomenologien og det er det beskrivende, det tolkende og det siste en sammenfatning av disse to. Altså en tolker det som skjer ut fra menneskers erfaring (Forsberg og Wengstrøm 2013). Forsberg og Wengstrøm (2013), sier også noe om at hermeneutisk metode, vil si å finne en sammenheng og mening i det mennesker gjør.

Kvalitativt studie vil si at man ønsker å finne ut noe om personers liv og erfaringer, og er noe som utvikles gjennom prosjektet/studiet. Altså veien blir til mens man går. Man må finne riktig informasjon, bestemme seg for fra hvem (eks, pårørende eller pasient eller begge?) og hvordan datasamlingen skal kartlegges, og hvor lenge man skal la prosjektet/studie skal pågå (Polit og Beck 2010).

Kvantitativ studie vil si at den er laget som en teori eller et begrep, for å finne ut om det er sant eller ikke. Det er altså noe man ser for seg før studien begynner (Polit og Beck 2010).

Svakheten med kvalitative artikler er at det er et færre antall informanter som er deltagende, mens styrken er at det er basert på erfaringen disse har gjort seg. Fordelen med

de kvantitative studiene er at det er mange informanter som deltar i studien, men disse igjen er gjort med antatte funn eller noe man ser for seg før studien begynner (Polit og Beck 2010).

5.2. Forskningsetikk

Polit og Beck (2010) påpeker at det å delta i studier skal gi fordeler for den som er deltager og at det ikke skal være en ulempe å stille opp for forskningen. Man skal unngå, forebygge og minimalisere eventuell skade i studien av mennesker. Det innebærer unødvendig risiko eller ubekvemhet, som blant annet følelsesmessig stress, tap av sosial støtte og økonomisk risiko.

Noe annet viktig er respekten for det deltagende mennesket, og at når studien er ferdig så skal det foreligge et resultat. Det er også viktig at informanten selv skal kunne bestemme når han vil avslutte, og at studien ellers fullføres slik at det blir en avslutning med et resultat (Polit og Beck 2010). Det har vært viktig å se på dette med forskningsetikk med tanke på at det i oppgaven omhandler pasienter med alvorlig psykisk lidelse og deres pårørende. Som Polit og Beck (2010) antyder, skal ikke det å delta i studier ha negative konsekvenser for involverte parter.

6. RESULTAT

Opgavens resultater presenteres i form av en matrise, deretter kommer en sammenfatning av oppgavens temaer.

6.1. Matrise:

Referanse	Problemstilling, hensikt, forskningsspørsmål	Metode	Resultat / Diskusjon	Kildekritikk og relevans
<p>Nilsen, L. m.fl. (2014)</p> <p>Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study</p> <p>Issues in Mental Health Nursing</p> <p>Norge</p>	<p>Undersøke pasientens og familiens opplevelse av de ulike elementene i psykoedukativ familie-intervensjon.</p>	<p>Kvalitativ utforskende studie</p> <p>Dybdeintervjuer med 12 pasienter og 14 familiemedlemmer.</p>	<p>Det ble funnet 6 hovedtema som både pasienter og familiemedlemmer identifiserte som viktige i familieintervensjonen: allianse, støtte, angst og spenning, kunnskap og læring, tid samt struktur.</p>	<p>Relevans: Studien belyser pasientens og familiens subjektive opplevelse av det psykoedukative arbeidet</p> <p>Styrker: -Vitenskapelig nivå 1 -Norsk studie</p> <p>Svakheter: -Liten populasjon, kan ikke betegnes som representativt.</p>
<p>Calvo, A. m.fl. (2014)</p> <p>Intervention for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial</p> <p>Journal of the American Academy of Child and</p>	<p>Vurdere effekten av psykoedukativ gruppeintervensjon for ungdom med førsteepisodepsykose og deres familie.</p>	<p>9 måneders randomisert studie med 55 ungdom med tidlig utløst psykose</p> <p>En eller begge foreldrene deltok</p> <p>Gruppen ble delt i to, Gruppe 1: 27 pasienter som ble opplært i strukturerte psykoedukative problemløsningsmetoder. Gruppe 2: 28 pasienter ble gitt ikke-strukturert gruppeterapi.</p>	<p>Målinger før og etter intervensjonen viser at 15% av pasienten med psykoedukativ problemløsningsmetoder hadde tilbakefall, mens 39% av de med ikke strukturert gruppeterapi hadde tilbakefall hvor de hadde vært innom akuttmottak.</p>	<p>Relevans: Undersøkelse hvor to behandlingsmetoder ble sammenlignet. Dette gir en høy komparativ verdi.</p> <p>Styrker: -Vitenskapelig nivå 2 -Gir ny kunnskap (få tilsvarende studier)</p>

Adolescent Psychiatry USA				Svakheter: -Noe kort varighet av studien -Relativt liten populasjon undersøkt.
Bertelsen, M m.fl. (2008) Five-Year Follow-up of Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention verses Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness JAMA Psychiatry Danmark	Studien skulle kontrollere to hypoteser: 1: om intensiv psykoedukativ behandling av første gangs psykoser ga et bedre klinisk resultat etter to og fem år enn standard behandling. 2: om tilsvarende behandlingsforløp som i 1 ga en bedret sosial tilpassing hos pasientene.	5 års studie med 547 pasienter Sammenlignelse av tidlig intensiv intervensjon med standardintervensjon. Singel blind, randomisert, kontrollert klinisk undersøkelse.	Selv om pasienter som mottok intensiv psykoedukativ behandling viste bedre kliniske data etter to år, vedvarte ikke de kliniske bedringene etter fem år. Den sosiale bedringen vedvarte etter fem år. Pasientene som mottok intensiv behandling synes således å ha en bedret livskvalitet også 5 år etter behandlingen.	Relevans: Langsiktighet. Måler forskjell mellom intensiv psykoedukativ og standardbehandling. Styrker: Stor populasjon. -Vitenskapelig nivå 2 Svakheter: -Går for lite i dybden hva gjelder beskrivelse av metode for flerfamiliegrupper.
Morse, M. og Procter, N. (2011) Exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis Journal of Clinical Nursing Australia	Hensikten med studien var å undersøke effekten av tidlig intervensjon ved psykose, og hvilke roller og arbeidsmetoder den psykiatriske sykepleieren bør benytte.	Artikkelen er basert på en studie av at 986 artikler ble lest, hvorav 7 ble valgt som grunnlag for artikkelen. De bestod av litteraturstudier (2 stk) og randomiserte kontrollstudier (5 stk). Litteratursøk basert på søk i utvalgte databaser. Søket begrenses til tidsperioden 1988-2009	Den potensielle gevinsten tidlig intervensjon har for pasienter som opplever første gangs psykose, deres pårørende og samfunnet, er så stor at sykepleierens innsats er svært viktig. Det tilsynelatende stigma som følger en psykose kan gjøre det vanskeligere for pasienter å søke og motta forebyggende helsehjelp, i forhold til befolkningen generelt. Denne utfordringen gjør at bidrag fra sykepleieren for å øke eksisterende kunnskap og kapasitet i helsevesenet anses som verdifull og viktig.	Relevans -Beskriver av sykepleieren i tre roller: som tilgjengeliggjører, som lærer og som leder. Styrker: -Vitenskapelig nivå 2 -Utgangspunkt i fem anerkjente studier Svakheter: -Rewiew

<p>Norheim, I., Nilsen, L. og Biong, S. (2015)</p> <p>Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelse: Hvilke erfaringer har deltakerne?</p> <p>Tidsskrift for Norsk Psykologforening</p> <p>Norge</p>	<p>“Hvordan beskriver personer med en psykoselidelse og deres familiemedlem- mer sine erfaringer med å delta i en flerfamiliegruppe, og hvordan kan disse erfaringene tolkes?”</p>	<p>Kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk design for studien. Datainnsamlingen ble utført ved bruk av en semistrukturert intervjuguide</p> <p>Deltakelse i studien skulle ha deltatt i en flerfamiliegruppe i Helse Sør-Øst etter manual av McFarlane, og gitt informert og skriftlig samtykke. Deltageren representerte tre forskjellige flerfamiliegrupper. Tre kvinner deltok i studien (19-26år), og fem av deres familiemedlemmer hvor det var to foreldrepar og en mor.</p>	<p>Alle deltagerne opplevde økt forståelse og kunnskap, hvor det var spesielt viktig for familiemedlemmene å få forståelse for lidelsen og hovedpersonens situasjon. Hovedpersonene opplevde utrygghet den første tiden. Etter en tid fikk deltagerne en god erfaring ved å møte andre i samme situasjon.</p> <p>Den strukturelle analysen beskrev følgende fire hovedtemaer</p> <ul style="list-style-type: none"> -Økt forståelse -Fra utrygg til trygg -Relasjoner -Bedring 	<p>Relevans:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alle deltagerne hadde tidligere deltatt i en flerfamiliegruppe <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vitenskapelig nivå 1 -Deltagelse av både pasient og deres familie -Norsk studie <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kun kvinnelige deltagere -Få deltagere
<p>Mullen, A., Murray, L. og Happell, B. (2002)</p> <p>Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding</p> <p>International Journal of Mental Health Nursing</p> <p>Australia</p>	<p>Evaluering av flerfamiliegruppe relatert til familier av pasienter med førsteepisodepsykose</p>	<p>Kvalitativ studie med spørreskjema</p> <p>Deltagerne som svarte på spørreskjemaene ble trukket fra to separate programmer innenfor en 6 måneders periode</p> <p>Alle deltok frivillig</p>	<p>Deltagernes oppfattelse av egen kunnskap økte signifikant fra før og etter deltagelse i flerfamiliegruppen</p> <p>Evalueringen viser den positive effekten sykepleierens rolle har i gruppearbeidet med familieintervensjon</p>	<p>Relevans:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sykepleiefaglig fokus <p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Vitenskapelig nivå 1 <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Utgitt i 2002, derfor litt gammel

6.2. Sykepleiernes roller i arbeid med psykosepasienter

I artikkelen av Morse og Procter (2011) beskrives sykepleieren i tre roller: som tilgjengeliggjører, som lærer og som leder. I den første rollen understrekes at behandlingsplanen er av stor viktighet, og at sykepleien i stor grad går ut på å fasilitere på tvers av ulike behandlingsmåter og tilbud. Det understrekes også at pasienten må hjelpes på en slik måte at han eller hun ikke kommer på kant med samfunnet for øvrig, men kan være en aktivt deltakende samfunnsborger. I rollen som lærer eller underviser fokuserer artikkelen på viktigheten med å bistå pasienten, og pårørende, i å forstå hvordan sykdommen arter seg, og å hjelpe pasient med å tilegne seg og forbedre generelle ferdigheter. Sykepleieren bør ha som mål å danne vedvarende allianser med pasienten for å være dennes "skjold og verge", men også rettlede og støtte når stormen blåser som verst. I rollen som leder beskriver artikkelen hvordan en sykepleier bør bistå pasienten med å danne relasjoner mellom helsevesenet, pasienten, pasientgrupper, familien og andre pårørende i den hensikt å styrke samarbeid og øke sykdomskunnskapen hos alle parter. Som en klinisk "leder" bør det være sykepleierens forsett å skape og vedlikeholde partnerskap mellom de ulike gruppene. Disse rollebeskrivelsene utfylles av Mullen, Murray og Happell (2002) som også understreker sykepleierens rolle som svært viktig i både oppsett og evaluering av behandlingsarbeidet vedrørende familieintervensjon og psykoedukasjon. Også her anses sykepleieren som både en fasilitator og gjennomfører av behandlingsmålene, og vil i mange tilfeller være kontinuitetsbæreren i det langsiktige arbeidet sammen med pasient og familie. Et tilleggsfokus er også den pedagogiske og didaktiske viktigheten av sykepleierens arbeid, som et tillegg til verdien familien oppnår ved å møte andre i samme situasjon. Videre viser de til at familieintervensjoner har som tilleggseffekt at familien får bedret hverdag. Artikkelen beskriver en skisse for å utvikle, fasilitere og evaluere et program for flerfamiliegrupper utført av sykepleier.

6.3. Tidlig intervensjon ved psykoselidelse

I artikkelen av Bertelsen m.fl. (2008) vises det at tidlig intens intervensjon hos pasienter med førsteepisodepsykose gir en signifikant lavere tilbakefallsprosent sammenlignet med standardbehandling. Den intense tidlige intervensjonen bestod av tre hovedpunkter; aktivt oppsøkende arbeid, familierapeutiske metoder og sosial ferdighetsterapi. Forbedringen

hva gjelder re-inleggelse vises også i artikkelen til Mullen, Murray og Happell (2002) der det henvises til forskning som etablerer at familieintervensjon hos personer med schizofreni spekter diagnoser, herunder første episode psykoser, er positiv hva gjelder tilbakefallsreduksjon og færre innleggelse på psykiatrisk post. Arbeidet i artikkelen beskriver sykepleiers rolle i gjennomføring av psykoedukativ familiearbeid hos yngre pasienter med førsteepisodepsykoser. De går langt i å understreke viktigheten med å komme tidlig i gang med arbeidet.

6.4. Læring om Expressed Emotion

I artikkelen til Nilsen m.fl. (2014) blir kontroll av spenning og åpenhet i gruppene og mellom deltakerne beskrevet som viktig. For å kunne oppnå gode, tillitsfulle relasjoner deltakerne i mellom var det nødvendig å klare å håndtere uttrykte følelser. Lavt nivå på Expressed Emotions, lav fiendtlighet, og myk håndtering av kritiske kommentarer er viktig for å bedre bedringsprosessen. Åpenhet og attributering (å knytte hendelser eller følelser til noe) er derfor viktige faktorer i å skape et miljø for vekst og utvikling for pasienter som opplever førsteepisodepsykose. På samme måte beskriver Norheim, Nilsen og Biong (2015) at metodene for psykoedukative intervensjoner er bygget på kunnskap om at høyere tilbakefallsrisiko hos pasienter som ble utskrevet, og som kom tilbake til hjemmemiljøer der det var et høyt nivå av stress, expressed emotions og negativ konfliktfylt samhandling. Behandlere av pasienter med førsteepisodepsykoser er derfor anbefalt å være bevisste på å bistå i at pasienten skal oppleve lave nivåer med expressed emotions, både når behandling skjer i grupper - men også i pasientens daglige miljø.

Som et eksempel på hvordan en familierelasjon ble endret gjennom gruppearbeidet var uttalelsen fra en mor; "Tidligere skrek jeg til min datter (pasienten) at hun skulle komme seg opp og i dusjen. Nå vurderer jeg tilstanden hennes basert på dagsformen". Her ser vi at en person i nær relasjon reduserer sine uttrykte følelser, i den hensikt å ikke forverre datterens situasjon.

6.5. Pasienten og pårørendes oppfattelse av psykoedukativt arbeid

I artikkelen til Calvo m.fl. (2014) beskrives det at gruppen som mottok psykoedukativ terapi var særlig fokusert på problem-løsningsstrategier for å håndtere utfordringer som psykosepasienter særlig opplever. Deltakerne lært å håndtere kriser for å forhindre tilbakefall. Kontrollgruppen mottok et standard ustrukturert behandlingstilbud.

Resultatene fra studien viser at pasientene som mottok psykoedukativ terapi hadde redusert antall besøk / innleggelser på akuttpost i forhold til kontroll-gruppen.

Den psykoedukative terapigruppen viste også en lavere forekomst av negative symptomer enn kontrollgruppen. På samme måte var antallet innleggelser lavere for den psykoedukativ terapigruppen enn for kontrollgruppen.

Disse funnene reflekteres i artikkelen til Bertelsen m.fl. (2008) der det vises til at selv om de kortvarige effektene av psykoedukativt arbeid gir en bedret livssituasjon for de med førsteepisodepsykose, varer ikke effekten utover 5 år.

Det er dog gode effekter i den første 2 års perioden etter avsluttet behandling. Videre beskrives det at aktivt oppsøkende arbeidet består i en intensiv, team-orientert modell der behandlere oppsøker og behandler pasientens basert på hans eller hennes premisser. Den familierapeutiske metoden som ble benyttet var psykoedukasjon og McFarlanes manual. Den sosiale ferdighetsterapien ble gitt til pasienter med behov for dette. Den bestod av trening fokusert på mestring, håndtering av symptomer og problemløsningsteknikker.

Norheim, Nilsen og Biong (2015) konkluderte med at både pasienten og familien hadde behov for felles forståelse og økt kunnskap om pasientens lidelse. Dette ble ervervet gjennom utveksling av erfaringer i fellesskap med andre i samme situasjon. Slik kan vi fastslå at gjennom å benytte et psykoedukative metoder vil det kunne oppnås potensiale for bedring både for pasienten og økt trygghet for pasientens pårørende. I Mullen, Murray og Happell (2002) skrives det i artikkelen at idet første møte mellom pasienter og familier gjennomføres et foreslått program for opplæring og alliansebygging mellom deltakerne og helsearbeiderne. Pausene mellom øktene er svært viktige i familienes relasjonsbygging. Mye tillit bygges her. Det bør i pausene være tilstede helsepersonell / gruppeledere som kan bistå med svar på spørsmål.

6.6. Relasjoner og allianser i psykoedukativt arbeid

Nilsen m.fl. (2014) sier at en god relasjon er en forutsetning for et fungerende samarbeid mellom pasient og behandler, tilsvarende som at relasjonen mellom behandleren og deltakerne i gruppen fungerer godt. En god relasjon bistår i å bidra til at pasienter velger å fortsette behandlingen. Gruppeledere / behandlere må kjenne igjen nivåer av stress og bekymring hos deltakerne slik at de kan tilpasse intervensjonsstart, gruppeoppsett samt pasientens nivå av psykotiske symptomer. Allianse beskrives i artikkelen som en pågående prosess i løpet av intervensjonen - der tillit, åpenhet og konfidensialitet er grunnlaget for samarbeidet mellom behandler og pasient, men også mellom pasient og familien.

Gruppeledere som i den første fasen av behandlingen ble beskrevet som åpne og ærlige, som delte fra sine egne livserfaringer og som var støttende men som også evnet å uttrykke uenighet ble ansett som mer troverdig enn behandlere som ikke fikk denne beskrivelsen. Det vises til at den terapeutiske alliansen består av tre gjensidig avhengige faktorer: Enighet om de terapeutiske målene, samstemmighet om metoder og teknikker, samt en emosjonell kobling karakterisert av varme, gjensidig tillit og konfidensialitet. De to første faktorene ble av deltakerne sett på som viktigst i den første fasen av intervensjonen, men den siste faktoren er viktig for at samtlige deltakere i intervensjonen skal kunne være åpne og ærlige. For å finne ut om pasienter bør delta i enkelt- eller flerfamiliegrupper bør avgjøres i samarbeid mellom behandler og pasient i alliansefasen.

I artikkelen til Norheim, Nilsen og Biong (2015) ble familiene tilbudt tre samtaler med gruppeleder uten pasienten, dette for å få muligheten til å snakke om egne erfaringer. Gruppelederen hadde også individuelle samtaler med pasienten for å skape trygghet og bli kjent. Gruppemøtene hadde strukturerte rammer og var forutsigbare for at deltagerne. Gode relasjoner i forkant ble beskrevet som en forutsetning for det videre alliansearbeidet med deltagerne.

7. DRØFTING

I dette kapittelet drøftes bakgrunns litteratur mot funn i artikler og egne erfaringer og vurderinger.

7.1. Tidlig intervensjon

Tidlig intervensjon ved psykoselidelse har som tidligere nevnt blitt forsket mye på det siste tiåret, samtidig som flere av de store helseforetakene i Norge har etablert egne TIPS-enheter som spesifikt jobber med unge pasienter med førsteepisodepsykose og tidlig oppdagelse av sykdommen Karlsen (2015). Nasjonale Faglige Retningslinjer (2013) er blitt utarbeidet etter forskning og innspill fra fagpersoner i fagfeltet.

Samsvarer disse retningslinjene med funn i forskningsartiklene? Retningslinjene harmonerer i stor grad med arbeidet beskrevet av Mullen, Murray og Happell (2002). Her vises det til sykepleierens rolle i å sette opp og gjennomføre psykoedukativt familiegrupperarbeid hos pasienter med førsteepisodepsykose. Det oppfattes slik at det er viktig at sykepleiere kjenner til de retningslinjer som er utarbeidet. Bertelsen m.fl. (2008) viser i sin studie til at pasienter som mottar tidlig intens behandling etter førsteepisodepsykose, har en lavere tilbakefallrisiko, sammenlignet med de som mottar standardisert behandling. Dette tolkes slik at pasienter tilhørende et TIPS-område, tilbys en mer optimalisert behandling. Det ble gjort tilsvarende funn i artikkelen til McFarlane, Lynch og Melton (2012), der de viser til at pasienter som mottar behandling tidlig i sykdomsutviklingen, enten de er i høyrisiko gruppen eller rett etter psykoseutbrudd er mer mottakelige for behandling, og har en bedre prognose enn pasienter som mottar senere behandling.

McFarlane, Lynch og Melton (2012) hevder også at tidlig intervensjon ikke bare kan hindre konvertering fra høyrisiko til psykotisk diagnose, men også redusere allerede tilstedeværende symptomer. Den kan i tillegg bedre familiens vanskeligheter ved å øke familiemedlemmenes trygghet. Varighet av uoppdaget psykose kan også reduseres og dermed de påfølgende problemene langvarig uoppdaget psykose medfører hos pasient og familie. Metodeverket som bør benyttes hevdes å ikke finnes som en ferdig løsning, men flere elementer beskrives som viktige for å kunne nå målene om at psykosen skal ha en så liten negativ effekt for pasienten og samfunnet for øvrig. Disse elementene beskrives, og det

vises til at oppsettet TIPS benytter er god. Hos Lester m.fl. (2011) beskrives det at tidlig intervensjon i følge offisielle britiske retningslinjer skal iverksettes for unge pasienter. Begrunnelsen for dette er anerkjennelsen av at slik intervensjon er den beste for pasientene, og anses å være den mest kost-effektive måten for samfunnet. Slik vi ser det, samsvarer de Nasjonale faglige retningslinjer med de offisielle britiske retningslinjene, noe som sier oss at det jobbes likt med tidlig intervensjon nasjonalt og internasjonalt.

7.2. Alliansebygging og psykoedukativt familiearbeid

For pasienter med psykoselidelse kan pårørende være en ressurs i den grad pasienten ønsker involvering. I følge Helsedirektoratet (2008) skal helsevesenet tilpasse informasjon ut i fra pårørendes behov og forutsetning. Det må imidlertid presiseres at taushetsplikten må følges etter gjeldende lover.

Hvordan kan da pårørende være en ressurs i psykoedukativt arbeid?

De nasjonale faglige retningslinjer (2013) anbefaler at nær familie bør involveres i behandlingen til pasienten så tidlig som mulig. Slik involvering anbefales utført i form av psykoedukativt familiearbeid fordi både pasient og familie lever i en sjokk-artet tilstand kort tid etter mottak av diagnosen. Slik arbeid vil bistå pasient og familie å forstå sykdommen og sykdomsutviklingen, og således være til hjelp for å ivareta sin egen situasjon. Målsetningen med psykoedukativt familiearbeid er å forebygge tilbakefall med å øke mestringsgraden, redusere symptomer, samtidig som en skal øke livskvaliteten til pasientene. Det å tilby psykoedukativ familierapi vil dermed være med å støtte pasienten med å gi dem kunnskapsbasert undervisning (Karlsen 2015). Utføring av psykoedukativt familiearbeid blir anbefalt å følge modellen til McFarlane m.fl. (2012) som baserer seg på Andersons modell fra 1986, videreutviklet av McFarlane m.fl. i 1991 - dette i følge Nilsen m.fl. (2014). Gjennomføring av det kunnskapsbaserte familiearbeidet, beskrives i detalj hos TIPS Sør-Øst (2013). Den består i hovedsak av tre faser som er, innledende samtaler, alliansebyggende samtaler og problemløsningsamtaler. Samme hovedstruktur blir beskrevet av Mullen, Murray og Happell (2002). Funn i denne artikkelen viser til resultater om at både familiemedlemmene og pasientene etter gjennomført psykoedukativt arbeid gir gode tilbakemeldinger og føler større trygghet. Dette funnet samsvarer med funnene til Norheim, Nilsen og Biong (2015). Ut fra disse funnene er det tydelig at familien har en

vesentlig betydning i arbeidet med unge pasienter med psykoselidelse, og at god strukturert arbeid er med på å skape allianser og trygghet i behandlingen.

McFarlanes modell ble brukt i det strukturerte arbeidet til Calvo m.fl. (2014), som viser at pasientene som hadde deltatt i den strukturerte psykoedukative familieintervensjonen hadde lavere tilbakefall og reinnleggelser enn pasientene som mottok et ikke strukturert, ikke psykoedukativ behandling.

I følge Karlsen (2015) utføres psykoedukativt familiearbeid av kvalifisert helsepersonell, med fokus på hele familien og gir undervisning om psykoselidelsen og behandling. Lindvåg og Fjell (2006) påpeker at psykoedukasjon, også kalt kunnskapsbaserte metoder, er et behandlingstilbud som inkluderer pasienten og familiens behov for kunnskap og opplæring. Det presiseres her at samarbeidet starter med alliansebygging tilpasset den enkelte familien.

Mens Calvo m.fl. (2014) viser til at pasienter og familier får det psykoedukative arbeidet presentert med et hovedfokus på problemløsningsstrategier for å håndtere utfordringer som psykosepasienter opplever, viser Norheim, Nilsen og Biong til et arbeid der kunnskap om psykose og intra- og interfamilære relasjoner blir tillagt mest vekt. Ut fra dette ser vi at psykoedukativt familiearbeid kan utføres på forskjellige måter. Norheim, Nilsen og Biong (2015) vektla videre i sin studie at tilrettelegging og alliansebygging med den enkelte deltageren var viktig for å skape god grupperelasjon. Det ble der utført enkeltsamtaler med hver av deltagerne, slik at de alle kunne komme med egne tanker og behov. Lindvåg og Fjell (2006) presiserer imidlertid at familier i tidlig fase av sykdommen vil være i en krise. Det å møte familien med forståelse vil senere ha en positiv virkning på samarbeidet videre. Dette kan sidestilles med funnene til Nilsen m.fl. (2014) hvor gode relasjoner er en forutsetning mellom pasient, familien og deltagerne for å oppnå god gruppedynamikk.

Det viser seg imidlertid i studien til Bertelsen m.fl. (2008) at psykoedukativt arbeid har en kortvarig effekt. Dersom pasienten ikke mottok oppfølging etter psykoedukativ opplæring, vedvarte ikke effekten utover fem år. I Lester m.fl. (2011) sin kvalitative studie vises det til at de unge pasientene responderte positivt på en alderstilpasset sykepleie, og at helsearbeidere som viste en dedikert og sannferdig interesse i pasientene oppnådde gode allianser.

7.3. Betydningen av expressed emotion

I følge Karlsen (2015) har Rutter og Brown (1996) utarbeidet begrepet Expressed Emotions for å belyse kriterier for heldig og uheldige kommunikasjonsmåter og holdninger innad i familien. De delte klassifiseringen inn i to kategorier, høy og lav. Høy Expressed Emotions innebærer at familien har høy grad av fiendtlighet, kritikk og fiendtlighet i hjemmet, mens lav expressed emotions innebærer lav grad av kritikk, involvering, samt varme og positive bemerkninger. Karlsen (2015) trekker fram McFarlane og Cook's studie fra 2007 som viser at familier til pasient med Ultra High Risk har en lavere expressed emotions innad i familien enn de som har pårørende med debutert schizofreni. Studien viser imidlertid at familien ikke er årsak til økt expressed emotions, men responsen de har fått i etterkant av psykoseutviklingen. Dette viste at graden av expressed emotions økte i grad med psykoseutviklingen.

Kan da tidlig intervensjon og økt kunnskap hos pasient og pårørende være med å holde graden av expressed emotions nede?

McFarlane, Lynch og Melton (2012) skriver at høy expressed emotions og dens innvirkning på tilbakefall hos pasienter med psykose, flere ganger har blitt undersøkt i løpet av de siste tiår, og at det i alle konkluderer med at høyt nivå av expressed emotions fører til forverring og tilbakefall av symptomer. Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) trekker fram Caugh og Leff studie fra 1976, hvor det allerede den gangen ble poengtert at tilbakefallsandelen var mindre i de hjem hvor det var lav expressed emotions. Det har også senere blitt gjort flere studier som påpeker de samme resultatene. Dette støttes av artikkelen til Norheim, Nilsen og Biong (2015) som viste at økt forståelse for pasientens situasjon medførte at det ble roligere i hjemmet. Nilsen m.fl. (2014) påpeker også at lavt nivå av expressed emotions, lav fiendtlighet og myk håndtering kritikk viste seg å være viktig for bedringsprosessen. Disse studiene bekrefter viktigheten av læring for hvordan uttrykke følelser overfor pasienter med psykoselidelse.

Bruk av lav expressed emotions overfor pasienter med psykoselidelse, kan i praksis kobles opp mot stress- sårbarhetsmodellen. Ifølge Calvo m.fl. (2014) vil miljømessige faktorer, her familieforhold, spille en viktig rolle i påvirkning av sykdomsforløpet til pasienten. Dette i

henhold til stress- sårbarhetsmodellen, der å redusere angst og å øke familiens evne til å reagere konstruktivt på pasientens oppførsel vil gi reduserte reinnleggelsesrater. Dette vil i praksis si at ved å lære familiene å håndtere expressed emotions riktig i forhold til pasienten, får pasienten bedret prognose. Dette forstår vi slik at ved å lære pasienten og pårørende om hva som trigger stressnivået, kan en ved å holde nivået av expressed emotions nede, og dermed forebygge at psykoseepisoder utløses.

I Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng, sees det en parallell der pasientens opplevelse av sammenheng kan knyttes til dens evne å håndtere begripelighet.

Pasienter som skårer høyt på begripelighet vil har et lavere stressnivå, siden de har større evne til å forutse de stimuli de utsettes for i sitt indre eller ytre miljø. Dette kan forklares med at pasienten klarer å sette uforutsett stimuli i en sammenheng og forstå sammenhengen (Antonovsky 2013).

7.4. Sykepleiefokus i arbeid med psykosepasienter og deres familier

Kristoffersen og Nortvedt (2011) påpeker at et godt mellommenneskelig forhold er vesentlig for å kunne utøve god sykepleie. Det er viktig å kunne skape gode relasjoner mellom pasient og pårørende basert på faglig kunnskap, men også på de enkeltes verdier.

De yrkesetiske retningslinjer (2001) for sykepleiere understreker at man skal behandle alle mennesker med respekt og verdighet uansett alder, hudfarge, utseende, religion eller politisk ståsted. Med dette menes at alle har rett til å få hjelp, støtte og behandling. Med andre ord, så plikter man som sykepleier å hjelpe, og for å kunne yte god sykepleie trenger man å øke kunnskap om pasientens lidelse, samt sette seg inn i hvordan dette påvirker miljøet rundt pasienten, derav pårørende (Kristoffersen 2011). Det er viktig at sykepleierens omsorg for pasienten er basert på forståelse og empati. For å få til det er man som sykepleier nødt til å skaffe seg informasjon om hvordan pasienten opplever sin situasjon, hva det betyr for pasienten og hvorfor situasjon har oppstått (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Likevel er også yrkesetiske retningslinjer av generell karakter og fungerer bare som en base eller veiledning for hva sykepleiere skal gjøre i bestemte situasjoner. Det vil igjen si at man stadig må bruke individuell tilpasning og skjønn i alle situasjoner (Kristoffersen og Nortvedt 2011).

Hvordan skape tillit mellom sykepleier, pasient og pårørende?

Hummelvoll (2014) skriver at det å gi pasienten en primærsykepleier som har ansvar med tanke på koordinering og oppfølging av sykepleien er et viktig element for å skape tillit. Videre påpekes det at å gi pasient støtte og passe utfordring for å kunne bistå pasienten til klarere oppfatning av seg selv, opplevelse av personlig integritet, samt forbedre relasjoner til andre og makte hverdagens oppgaver er en viktig sykepleieroppgave. Det er viktig å vektlegge samarbeid, meningsfulle aktiviteter for den enkelte, samt undervisning og veiledning relatert til egenomsorg (Hummelvoll 2014).

Skårderud, Haugsgjerd og Stänick (2010) skriver også at man som sykepleier har samtaler som blir samtaler mellom subjekter, og at man derfor ikke vil få samtaler som arter seg likt. Det vil igjen si, at selv om man har diverse verktøy man kan bruke i samtale med psykisk syke pasienter, så er det ikke alltid disse lar seg bruke.

Samtale med psykisk syke kan være utfordrende fordi det handler om følelser som er ute av kontroll, og man kan lett bli misforstått og feiltolket og det kan i verste fall skapes konflikter og tillitsbrudd (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010).

Det vil si at man som sykepleier må huske at utfordringer aldri kan løses uten at man vet om pasientens opplevelse. Dette tolker vi slik at det handler om å bry seg, og at man må se individet som unik, og være interessert i det konkrete tilfellet.

Artikkelen til Mullen, Murray og Hapell (2002) understreker hvor viktig sykepleieren er for pasienten og dens familie. Å tilføre kunnskap til pasienter og pårørende samt gi god informasjon er en vesentlig del av arbeidet. Dessuten er å kunne imøtekomme en gruppe med pasienter og pårørende på riktig måte og dekke akkurat deres behov for informasjon og kunnskap vesentlig. I tillegg sier artikkelen at man må legge inn pauser, slik at man kan få snakket sammen utenom gruppene. På denne måten blir det stimulert til mellommenneskelig samhandling og en del private spørsmål kan bli stilt. Dette innebærer spørsmål som ikke kommer til å bli stilt i felles fora. Den psykoedukative modellen som er beskrevet i denne artikkelen er tilsvarende og støttes av modellen til McFarlane, en av de mest brukte metoder innenfor arbeid med pasienter og pårørende. Artikkelen viser også at

det å diskutere psykisk helse med sykepleiere ble enklere etter at de hadde vært i gruppesamlinger. Dette bekreftes av teorien til Antonovsky hvor han har fokus på å gi økt begripelighet og håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet ser vi her som pasientens evne til å omsette informasjon til noe som gir mening for seg selv. Pasienten opplever mestring av informasjonen - og kan sette informasjonen inn i sin egen kontekst.

Håndterbarheten beskriver pasientens evne til å benytte informasjonen til praktisk handling, at en ikke blir offer for tilfeldighetene, men kontrollerer situasjoner som oppstår, og informasjon som mottas. Meningsfullhet er det siste elementet og beskriver pasientens evne til å verdsette hendelser og opplevelser inn i sin egen oppfattelse - man søker forståelse og mening i det som skjer (Antonovsky 2012)

McFarlane, Lynch og Melton (2012) påpeker at sykepleieren som skal informere familien om en psykoselidelse, eller fare for utvikling, må gå frem med forsiktighet i kommunikasjonen. Erfaringer tilsier at familie og pårørende rask kommer inn i en defensiv modus, der fornektelse av lidelsen til familiemedlemmet finner sted. En slik modus gjør det vanskeligere å danne allianse for å kunne planlegge og utføre god psykoedukasjon med familien som grunnstein i arbeide med pasienten.

7.5. Hva er sykepleierens rolle i relasjonfremmende arbeid?

I følge Kristoffersen og Nortvedt (2011) er relasjonen mellom sykepleier og pasient et "hjelpforhold". Man er altså ikke sykepleier for en pasient fordi at man har spesiell god kjemi. Sykepleier - pasient relasjonen må holdes på et profesjonelt nivå. Dette innebærer at man må kunne være medmenneskelig på en faglig god måte (Kristoffersen og Nortvedt 2011). Sykepleieren kan og skal ikke være uerstattelig for pasienten. Likevel vil kanskje dette være en utfordring for nettopp de psykisk syke med tanke på å bli trygge på en sykepleier. Imidlertid ser vi at i en grupperelasjon er det viktig med kontinuitet og trygghet, og at det er "kjente" som er gruppeleder/sykepleier. Ut i fra artikkelen til Nilsen m. fl. (2013) kan det forstås at viktigheten av et godt forhold mellom gruppeleder/sykepleier var avgjørende for å forebygge tilbakefall. Gruppelederne må hele tiden sette seg inn i den enkelte pasients situasjon og vurdere de ulike behovene til pasienten og dens pårørende.

Dette samsvarer med artikkelen til Nilsen m.fl. (2013) som påpeker at en god relasjon mellom pasient og behandler/sykepleier og eventuelt, også mellom gruppedeltakerne er en

forutsetning for å kunne få til et velfungerende samarbeid. Med andre ord, det å ha en god relasjon er med å gi økt motivasjon for å fortsette anbefalt behandling for eksempel i form av gruppeterapi og psykoedukasjon. Dette støttes også av Hummelvoll (2014) som sier at det er en sykepleiers plikt å sørge for at pasientens integritet respekteres og at rettigheter blir ivaretatt. På denne måten kan man som sykepleier fremme empowerment, slik at pasienten selv involveres med å definere problemet, og finne mål for egen behandling. Dette er viktig for motivasjon til å ta fatt i, og få et meningsfylt liv, selv med en lidelse (Hummelvoll 2014).

7.6. Sykepleierens rolle i psykoedukativt arbeid

Artikkelen til Morse og Procter (2011) beskriver sykepleierens tre roller. Det ene er som lærer og går ut på å undervise, samt bistå pasienten og pårørende til å forstå hvordan sykdommen arter seg og for å hjelpe pasienten til å lære seg nye ting, samt utvikle ferdigheter. Den neste rollen, lederrollen, som en sykepleier har, går ut på å hjelpe pasienten med å danne relasjoner mellom helsevesen, familien, pårørende og andre instanser pasienten møter i hverdagen. Dette for å styrke samarbeidet og øke kunnskapen til alle parter. Den siste rollen som artikkelen sier noe om, er det som går ut på å gjøre en behandlingsplan så gjennomførbare som mulig, hvor sykepleieren bidrar på tvers av de ulike behandlingsmåter og tilbud som finnes. Slik vi ser det er det viktig å sette opp en individuell behandlingsplan sammen med pasienten, der dette er gjennomførbart.

Travelbee (1999) er opptatt av det medmenneskelige perspektivet, og forteller at sykepleie er en prosess, at sykepleiesituasjoner er hendelser basert på erfaring og at det er endringer ut fra hva man opplever - altså at det endrer seg og er i stadig utvikling. Med andre ord så betyr det at sykepleieprosessen er påvirket av hva som skjer i samspillet mellom pasient og sykepleier. På denne måten jobber sykepleieren med å skape endringer, samt å jobbe målrettet, på en omtenssom og riktig måte ut fra den enkeltes situasjon (Travelbee 1999). I artikkelen til Mullen, Murray, og Happell (2002), sier Fadden (1997) at det ikke alltid har vært like lett å fremme forståelse og gi kunnskap om sykdommen til pasienter og deres familie. Dette fordi det ikke har vært brukt sykepleiere i den form for intervensjon. Det har vært noe problemer med å få betalt for eventuelt overtid, og det har vært manglende støtte fra tjenesteledere. Videre sier artikkelen til Mullen, Murray og Happell (2002) at det er viktig

at sykepleiere er involvert i tidlig intervensjon og har ansvar for grupper av pasienter og pårørende, da programmet i denne artikkelen viser at kunnskapsnivået ble økt og forståelsen på psykiske lidelser og behandling av disse ble også økt.

7.7. Stress og mestring

Hvordan kan man som sykepleier bistå pasienten og dens familie til økt mestring?

Reitan (2010) sier at i noen tilfeller finnes det ikke løsninger på problemer, men det finnes mestrings-muligheter. Med andre ord, det er mulig problemet ikke kan løses men det finnes muligheter til å finne gode måter å leve med det på.

I følge Antonovsky (2013), er det avgjørende for om mennesket mestrer de utfordringer livet gir, at mennesket opplever en sammenheng i det som skjer, hvilket fører til at man forstår situasjonen, og har tro på at det finnes løsninger. I tillegg må man kunne finne meningen i å finne løsninger (Reitan 2010). Menneskers helse og mestringsevne omfattes både av indre og ytre ressurser. Det vil si hva de har i seg selv, for å kunne mestre noe, men også hva som kan påvirkes av en ytre faktor for eksempel en sykepleier.

Ifølge Travelbee (1999) er det å hjelpe til med å finne mening med det den enkelte opplever, er en viktig sykepleieoppgave, og kan i den sammenheng bidra til økt mestring. Det handler om å lære seg å leve med en lidelse og trekke erfaringer ut av lidelse/sykdom.

Det er imidlertid ikke lett å kunne "lære fra seg" å finne mening, om man ikke selv tror på dette. Så slik vi ser det er det viktig for sykepleiere å selv finne mening med å hjelpe mennesker til forstå, eller tenne et håp, for å kunne fullt ut klare å jobbe sammen med pasienten for å finne mening. Det igjen kan forstås slik at, like viktig som å være med å helbrede lidelse- er å finne mening med situasjonen (Travelbee 1999).

I følge artikkelen til Norheim, Nilsen og Biong (2015) så synes pårørende det var fint å komme sammen i gruppen og at dette skapte økt forståelse og kunnskap. Dette var igjen veldig viktig for pårørende, for at de skulle få forståelse for lidelsen til pasienten, men pasientene opplevde utrygghet den første tiden, men at dette ble endret til trygghet etterhvert. Stress og sårbarhetsmodellen sier noe om at man som menneske blir preget av den sårbarheten man har med seg på ene siden og påvirkning av stress på den andre siden

(Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). Det vil altså si at man kan oppleve at man blir utsatt for så mye stress, at man når et nivå som gjør at den psykiske likevekt kan bryte sammen. Stress er altså en faktor over som kan true den psykiske likevekten, mens sårbarhet varierer ut fra hva man blir utsatt for (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010).

Å skaffe seg informasjon om pasienten er vesentlig og viktig. Å invitere pasienten til å snakke om seg selv og hvordan han ser på seg selv og sin situasjon innebærer at man kan prøve å skape trygghet og skape relasjon mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen 2011). Man må være varsom slik at man ikke krenker eller trenger seg for tett inn på pasienten. Kartleggingen er som nevnt viktig for å danne en god relasjon som igjen avspeiler trygghet og tillit. Som Reitan (2010) skriver er det viktig at sykepleieren har kommunitative ferdigheter og stiller åpne spørsmål. Dette bekreftes også av Kristoffersen (2011) som framholder viktigheten av at sykepleier tar initiativ til samtaler og inviterer til at det kan stilles spørsmål.

Slik vi forstår det, er det derfor viktig at sykepleier har kunnskap om pasientens lidelse, og har interesse for viktigheten av kommunikasjon - dette igjen vil kunne skape trygghet og gi god relasjon. Benner og Wrubel (2002) sier at den aller største trussel mot mestringssevne er å kjenne meningsløshet, derfor er vel en sykepleieres viktigste oppgave å trygge og ivareta pasienten og dens pårørende. Dette støttes også i artikkelen av Morse og Procter (2011). Det kan forstås slik at sykepleieren har en viktig rolle i å bistå pasienten, og å være en lærer og gi kunnskap og informasjon for på den måten ivareta og trygge pasienten og dens familie og på denne måten gi et godt mestringsgrunnlag. Slik vi ser det, er brukermedvirkning viktig for at pasienten skal kunne kjenne på mestringsgrunnlag. Det er viktig at brukerne/pasientene ses på som subjekter og ikke objekter for intervensjoner medisinsk sett. det vil si at de får mulighet til å ta mer makt i eget liv ut fra hvor hver enkelt står og hvilke hjelpefunksjoner de trenger og har mulighet til å få, og om de ønsker å ta disse i bruk (Skårderud, Haugsgjerd og Stänick 2010). Slik vi oppfatter/tolker det, er det spesielt viktig i psykiatrien å få pasienten med på ting ut fra eget ønske, og spille på lag, for derfor lettere å kunne hjelpe pasienten til å føle mestringsgrunnlag i egen hverdag. Med andre ord, skape gode relasjoner som bygger på trygghet og tillit.

Strand (2009) fokusere på viktigheten med løsninger og muligheter fremfor å fokusere på problemer, konflikter og mangler, altså å ta fatt der pasienten er pr. dags dato vil gi pasienten bedre ressurser og bedre mestring, enn å ta fatt på det han ikke mestrer. Det er derfor viktig for de som skal arbeide med pasienter med psykose og kjenne til egostyrkende sykepleie. Som tidligere nevnt, er egostyrkende sykepleie viktig for pasienter med psykose. Dette fordi pasienter med psykose er egosvake og trenger økt egostyrke (Strand 2009).

Hummelvoll (2014) sier at de viktigste forstyrrelsene til en pasient med psykose er: persepsjonsforstyrrelse som da går på tolkning og sanseintrykk, affektforstyrrelse som går på det med følelser, motivasjonsforstyrrelser, det vil si for eksempel å få regresjon, tilbaketrekning med mer, samt tankeforstyrrelser, altså at det kan være vanskelig å "tenke klart", og det går på tankens form, og innhold. Dette støttes også av artikkelen til Morse og Procter (2011) som tidligere nevnt sier noe om at sykepleierens innsats er viktig både når det gjelder å gjøre informasjon tilgjengelig, veilede pasienter og pårørende i grupper, samt også være leder og "vise vei" innenfor de valg som tas i løpet av sykdomsforløp. Altså hjelpe pasienten med å styrke egoet og også styrke pårørendes kunnskap om lidelse, slik at det skal bli lettere for pasienten.

Hvor viktig er kommunikasjon for pasienten med psykose og dens pårørende?

Ifølge Hummelvoll (2014) er kommunikasjon mer enn å overføre meninger eller informasjon fra en person til en annen. Det kan forstås med å skape en samhandling/samspill mellom involverte parter. Med det menes det at å skape felles forståelse skjer i et samspill mellom mennesker som igjen skaper relasjon. Virkemidlet for å skape denne relasjonen er kommunikasjon (Hummelvoll 2014). Dette støttes av den filosofiske tenkningen til Kirkegaard, da han er opptatt av at den man snakker med er et likesinnet subjekt, og ikke et objekt, en gjenstand, og er del i kommunikasjonsprosessen (Skjervheim 1996). Dette forstår vi slik at i kommunikasjon mellom pasient og behandler bør særlig behandler være opptatt av hvordan relasjonen påvirkes. Å oppnå en likeverdig kommunikasjon og relasjon er en fordel fremfor autorativ kommunikasjon siden den terapeutiske relasjonen er avhengig av at deltakerne kjenner hverandres nåværende situasjon, og kan forholde seg til denne for å nå

felles mål. Hvordan man formidler kunnskap verbalt er en ting, men også hvordan man formidler det, og fokus er den non-verbale kommunikasjon med for eksempel kropps-språk.

I artikkelen til Morse og Procter (2011) påpekes det at gevinsten er stor ved tidlig intervensjon og at sykepleierne har en viktig rolle med tanke på å gi informasjon og økt kunnskap. Dette samsvarer også med artikkelen til Norheim, Nilsen og Biong (2015), som også tar opp viktigheten av å få kunnskap om lidelse for å forstå pasientens situasjon. Den sier også noe om at pasientene opplevde utrygghet den første tiden, men at man etter en stund opplevde litt mer trygghet, samt det å få relasjoner til andre i samme situasjon hadde en betydning. Dette kan forstås slik at det er viktig at man som sykepleier er oppmerksom på at pårørende og pasient selvfølgelig har forskjellige behov som må dekkes.

Slik vi ser det, så er psykoedukasjon i grupper en form for egostyrkende sykepleie som kan dekkes inn under prinsippene kontinuitet og regelmessighet, verbalisering, praktiske gjøremål og samhandling, pedagogisk tilnærming og trening i å se valgmuligheter og å foreta valg (Strand 2009).

Eide og Eide (2010), skriver om at kommunikasjon er rettet mot pasienten og skal være hjelpende, og dette er det pasienten og pårørende som er "dommer" over. Det vil si at det er de som til slutt vurderer om kommunikasjon har vært bra eller dårlig.

Eide og Eide (2010) sier noe om at det er flere måter å kommunisere på og at det kan være en ide å skape læringsarenaer for forskjellige typer kommunikasjon. Eide og Eide (2010) fremhever studiene til Hill og O'Brien (1999) og Green og Burleson (2003) som sier at systematisk kommunikasjonstrening gjør at man kan bli bedre i å stille spørsmål, respondere på pasienters bekymringer, samt uttrykke empati. Det å utvikle seg med tanke på kommunikasjon er også opp til hver enkelt, hvor mye man gir seg tid til å reflektere over situasjoner man erfarer. Slik vi forstår dette er kommunikasjon noe det bør satses mer på i forskjellige læringsarenaer, og at dette ikke alltid blir like mye prioritert.

Noe helt annet som blir påpekt av Reitan (2011) er at sykepleiere har erfaringsbasert kunnskap. Dette oppfattes stort sett som riktig og god kunnskap, rett å slett fordi sykepleiere innehar en makt da alt en sykepleier gjør, stort sett blir sett på som at det er til det beste for pasienten. Dette igjen kan skape problemer fordi sykepleiere da kan bli oppfattet som noen som aldri gjør feil.

Man også tenke på den etiske biten av det å være med i en studie. Det heter seg som nevnt at det ikke skal være til belastning eller hinder å delta i en studie (Polit og Beck 2010), men hvem er det som tar disse vurderingene? Er det de som er ansvarlig for studien eller er det pasienten selv med pårørende som får uttale seg underveis? Det kan virke som at pasienter er godt fulgt opp underveis i studier og at de har faktisk mulighet til å uttale seg, og eventuelt trekke seg om det blir for belastende for de, samtidig så kan man jo spørre seg om det er enkelt å trekke seg når man først har sagt ja. Klarer man som forsker å hensynta/tenke på alt av etiske spørsmål som dukker opp i en studie? det som er viktig å tenke på som forsker er at selv om pasienten samtykker så er det sårbare grupper mennesker.

7.8. Kritisk vurdering av valg tatt i oppgaven

Oppgaven er skrevet med utgangspunkt i de gitte retningslinjer fra NTNU. Det ble startet tidlig med søk. I overgang 2015/2016 ble det sammenslåing mellom HIG og NTNU, noe som gjorde det litt utfordrende dag databaser man startet å søke i, ikke lenger var tilgjengelig. Dette gjorde at noen av våre funn ikke lenger var å finne. Det var tidlig tenkt ut en problemstilling man ønsket å finne svar på, og vi føler dette er utført, selv om ordlyd er noe endret underveis.

Det ble startet med mye sekundærlitteratur, men disse skapte nok nysgjerrighet til å tilstrebe å finne primærlitteratur, det vil si, det ble funnet mye om for eksempel Antonovsky i mange bøker, men valgte til slutt å bruke boken som er skrevet av Antonovsky selv og oversatt til norsk. Dette for å få egne synspunkt.

Noen av artiklene som er valgt er av utenlandsk opprinnelse og skrevet på engelsk. Dette har vært utfordrende da det å oversette riktig har vært vesentlig viktig for å få med seg innholdet. Hvis man skal sitere andre er det også viktig å være nøye slik at ting blir riktig sitert (Dalland 2007). Vi valgte i tillegg å konsentrere oss om forskning gjort de siste 6 år, dette for å få frem nyere forskning. I oppgaven er det valgt forskjellige typer artikler, både kvalitative og kvantitative. Dette for å få frem en bredde i studier, og det sees at når det gjelder denne oppgaven er funnene like med tanke på om det er kvalitativ studie eller kvantitativ. Den kvalitative forskningen er mest relevant for oppgaven. Det som er med

kvalitativ forskning er at det gjerne er få mennesker i studien, men den er til gjengjeld basert på hvordan ting oppleves av deltagerne. Etter oppstart av oppgaven, ser man at det er mye forskning på spesifikt schizofreni, men det ble valgt å søke på psykose i sin helhet. Vi ønsket å finne noe norsk forskningsmateriale, og føler at vi fant artikler som var gode nok for vår oppgave. Når det gjelder lovverket har vi valgt å begrense dette, da vårt fokus ikke skulle være på det. Vi fant også ut at flere av artiklene hadde henvist til McFarlanes modell, samtidig som McFarlane nevnt i referanselisten, noe som gjorde at vi valgte å tro at dette er en forfatter med tyngde, og som vi har lest mye om. Dette igjen har resultert i at vi også har valgt å ta med oss en artikkel av han inn i bakgrunn og drøftingen i oppgaven.

8. KONKLUSJON

Våre funn viser at pasienter og pårørende som er med i familiegrupper eller flerfamiliegrupper har lavere tilbakefallsrater hva gjelder re-innleggelse av pasienten. Nasjonale faglige retningslinjer (2013) anbefaler psykoedukativ familiearbeid ovenfor pasienten og dens familie. Ut fra funnene i artikkelene, ser man at dette har stor betydning for deltakerne. Tidlig intervensjon hos unge pasienter med førsteepisodepsykose er også viktig for å redusere pasientens tilbakefallstendens og progresjon av lidelsen. Når pasienter diagnostiseres med en psykoselidelse, kommer det fram i studiene at familien er viktig del i pasientens liv og behandling. Dette gjenspeiler seg i at unge pasienter ofte er avhengig av nære familierelasjoner i hverdagen. At de får tilbud om psykoedukativ behandling, viser seg å være positivt på flere områder. Flere av studiene poengterer der hvor pårørende får mulighet til å møte andre pårørende i samme situasjon, hvor de kan dele erfaringer, bekymringer og sorger og gleder, gir gode resultater og tilbakemeldinger. Uttalelser fra de pårørende viser at det er en lettelse å komme i kontakt med andre, samtidig som de erfarer at de ikke er alene.

Å gi de pårørende økt kunnskap om pasientens lidelse, samtidig som de får informasjon og veiledning om hvordan de skal uttrykke følelser ovenfor pasienten, viser at pasienten får færre tilbakefall og reinnleggelser. En høyere nivå av expressed emotions i hjemmet viser seg å være sterkt forbundet med forverring og tilbakefall av symptomer. Foreldrene som gjennom psykoedukativ familiegrupper lærte å håndtere pasienten på en forståelsesfull måte ved hjelp av å kontrollere og redusere expressed emotions i hjemmet opplevde en bedret situasjon for pasienten og familien. Det viser seg imidlertid i følge Bertelsen m.fl. (2008) at dersom en ikke fortsetter med psykoedukativ familiebehandling, øker expressed emotions, og en ser en økning i tilbakefall hos pasienten. Kommunikasjon har en vesentlig betydning i sykepleie-pasient-relasjon. Det sees at kommunikasjon til psykosepasienter kan være utfordrende med tanke på sykdommen. En må hele tiden tenke på hvor i sykdomsforløpet pasienten er, og tilpasse kommunikasjonen deretter.

Når man gir pasienter og pårørende økt kunnskap om sykdommen og sykdomforløp, økes mestringsnivået til både pasienten og familie. Sykepleieren spiller en vesentlig rolle i det

psykoedukative arbeidet hos pasient og pårørende. Sykepleieren er primær i dannelsen av allianser og det kommer fram at det må være lavt nivå av expressed emotions og kontinuitet i behandlingen for at gruppedeltagerne skal kunne skape tillit og bygge allianser. Det sees at de pårørende blir raskt trygge i gruppeprosessen, men at pasienten trenger lengre tid for å finne tryggheten og tør å åpne seg og delta i gruppen.

For den psykotiske pasienten er struktur og forutsigbarhet i behandlingen vesentlig for å gi trygge og faste rammer. Det viser seg at fordi pasienten er i en utsatt posisjon, må behandlerne være kjent med stress og sårbarhetsmodellen, og vite at pasienten har en lav toleranse for stress. Struktur og forutsigbarhet vil derfor være til hjelp for pasientene. Behandleren må planlegge dette nivået i forkant av møtet med pasienten.

Som behandlere er det viktig å innse at vi ikke alltid kan behandle pasienten til full remisjon, og at vi i slike tilfeller må hjelpe pasienten å mestre den livssituasjonen han eller hun befinner seg i. Den største trusselen til mestringsevnen er meningsløshet. For mange vil dette manifestere seg som at pasienten ikke klarer å finne mål de kan jobbe mot. Behandlers innsats vil i slike tilfeller være av sterk betydning. Kommunikasjon mellom behandler og pasient må sies å være av svært høy viktighet. Særlig gjelder dette for pasienter som opplever psykose, da deres verdensanskuelse kan være annerledes enn behandlerens. Kommunikasjon mellom partene må alltid foregå som mellom likeverdige subjekter. Behandler må kommunisere, verbalt og non-verbalt, på en måte som inngir trygghet og tillitt hos pasienten.

Ut fra funnene konklusjonen for øvrig konkluderes det med følgende:

Det generelle helsevesenet må møte unge pasienter med førsteepisodepsykose med tidlig og intensiv intervensjon gitt som psykoedukativt arbeid i familien eller i familiegrupper. Sykepleierens oppgave i arbeid med pasienter med psykoselidelse viser seg å følge Antonovskys teori om opplevelse og sammenheng: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Med disse verdiene må arbeidet med pasienten utføres med respekt og høy grad av kommunikasjon.

9. LITTERATURLISTE

Antonovsky, A. (2013) *Helsens mysterium : den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Arntzen, B., Grønnestad, T., & Øxnevad, A. L. (2006). *Familiearbeid ved psykoser*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in health and sosial care*. England: Open University Press.

Benner, P. og Wrubel, J. (2002) *Omsorgens betydning i sygepleje*. Stress og mestring ved sundhed og sygdom. København: Munksgaard.

Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Øhlenschläger, J., le Quach, P., Christensen, T.Ø., Kvarup, G., Jørgensen, P. og Nordentoft, M. (2008) 'Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness', *Archives of General Psychiatry*, 65(7), s. 762-771.

Bjørk, I.T og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i sykepleie en ressursbok*. Oslo: Akribe AS.

Calvo, A., Moreno, M., Ruiz-Sancho, A., Rapado-Castro, M., Moreno, C. Sánchez-Gutiérrez, T. Arango, C. og Mayoral M. (2014) 'Intervention for Adolescents With Early-Onset Psychosis and Their Families: A Randomized Controlled Trial', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), s. 688-696.

Cullberg, J. (2005) *Psykoser - et intergrert perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjell, A., Thorsen, B.G.R., Friis, S., Johannessen, J.O., Larsen, T.K., Lie, K., Lyse H-G., Melle, I., Simonsen, E., Smeby, AA.N., Øxnevad, A.L., McFarlane W.R., Vaglum, P. og McGlashan, T. (2007) 'Multifamily Group Treatment in a Program for Patients With First-Episode Psychosis: Experiences From the TIPS Project' *Psychiatric services*, 58(2), s. 171-173.

Folkehelseinstituttet - *Psykisk lidelse i Norge: Et folkehelseperspektiv* (2009): Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf> (Hentet 16.04.2016).

Forsberg, C og Y. Wengstrøm (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Lettland 2013.

Helsedirektoratet (2008) *Pårørende - en ressurs*. Oslo: Andvord Grafisk AS.

Helsedirektoratet (2013) *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hummelvoll, J.K. (2014) *HELT- ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Håkonsen, K.M. (2009) *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

International council of nurses (2012). *Code of ethics for nurses*. <http://www.icn.ch/who-we-are/code-of-ethics-for-nurses/> (Hentet: 15.04.16)

Johannessen, J.O. (2011) *Hva er psykose? : introduksjon om psykotiske lidelser for omsorgspersoner, familie og venner*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Karlsen, K. (2015) *Alvorlige psykiske lidelser hos barn og ungdom : psykoser og psykoselignende tilstander*. Oslo:Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, A.E (2011) Om sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal akademisk s. 16-30.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, F. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt F. og E.A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal akademisk s. 84-125.

Kristoffersen, N.J. (2011) Stress og mestring. I: Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. og E.A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie, b.3*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 133-196.

Kristoffersen, N.J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E.A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 207-280.

Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, F. (2011) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, b.1*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 83-133.

Kvalitet i sykepleie (u.å.) Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/hos/forskning-sykepleie> (Hentet: 12.02.16).

Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2011) Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I: Knutstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS. s. 309-345.

Lester, H., Marshall, M., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., Khan N. og Birchwood, M. (2011) 'Views of Young People in Early Intervention Services for First-Episode Psychosis in England', *Psychiatric Services*, 62(8), s. 882-887.

Lindvåg, A.J. og Fjell, A (2006) Psykoedukativ behandling ved psykose. I: Rund, B.R. (red) *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.

Lovdata (2016) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighets#KAPITTEL_3 (Hentet: 16.04.2016).

Lovdata (2016) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5 (Hentet: 16.04.2016).

McFarlane, W.R., Lynch, S. og Melton, R.P. (2012) 'Family Psychoeducation in Clinical High Risk and First- Episode Psychosis', *Regional Research Institute for Human Services Publications*, 2(2), s. 182-194.

Morse, M. og Procter, N. (2011) 'Exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis', *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), s. 2702-2711.

Mullen, A., Murray, L. og Happell, B. (2002) 'Multiple family group interventions in first episode psychosis: Enhancing knowledge and understanding', *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), s. 225-232.

Nilsen, L., Frich, Jan C. Friis, S. og Røssberg J. I. (2014) 'Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study', *Issues in Mental Health Nursing*, 35(1) s.58-68.

Norheim, I., Nilsen, L. og Biong, S. (2015) 'Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne?', *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(3), s. 198-206.

Norsk sykepleierforbund 2001. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra : https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Hentet: 15.04.16).

NSD, databasen for statistikk om høgre utdanning Publiseringskanaler (2016) Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTidsskriftInfo?id=447615&bibsys=0> NTNU Gjøvik (Hentet: 13.02.16).

Polit D.F. og Beck C.T (2010) *Nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. USA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reitan, A.M. (2011) Mestring. I: Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS, s. 74-107.

Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (2010) *Kreftsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.

Skjervheim, H. (1996) *Deltakar og tilskodar - og andre essays*. Oslo: H. Aschehoug & Co.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. (2010) *Psykatriboken, sinn, kropp og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Sosial og helsedirektoratet (2015) *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, L. (2009) *Fra kaos mot samling, mestring og helhet : psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Støren, I. (2013) *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm AS.

TIPS Sør Øst (2013) *Kunnskapsbasert familiearbeid ved psykose*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.

TIPS Sør Øst (u.å) Tidlig intervensjon ved psykotisk lidelse - Tidlig intervensjon - Tips Sør-Øst
Tilgjengelig fra: <http://www.tips-kompetansesenter.no/default.aspx?pagelId=2> (Hentet:
15.04.2016).

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

10. VEDLEGG 1

10.1. Søkematrise

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Psychosis 2. Family intervention	Psykinfo (Ovid), søkte med advanced search Keyword	3: 1 and 2	1: 48267 2: 2167 3: 215 Dato: 05.11.15
1: Early-onset psychosis 2: Family intervention	Psykinfo (Ovid), søkte med advanced search Keyword	1 and 2	1: 97 2: 2387 3: 4 Dato: 08.04.16
1: Nurses 2: Early intervention 4: Treatment	Psykinfo (Ovid), søkte med advanced search Keyword	1 and 2 3 and 4	1: 18941 2: 8699 3: 35 4: 10 Dato: 23.02.16
1: Psychoeducation 2: Family intervention 3: Psychosis	Psykinfo (Ovid), søkte med advanced search Keyword	1 and 2 and 3	52 Dato: 23.02.16
1: Psychoeducation 2: Psychosis	Cinahl	1 and 2	1: 2026 2: 6234 3: 30 Dato: 08.04.16
1: Psychosis 2: Multiple family group	Cinahl	1 and 2	1: 6234 2: 41 3: 1 Dato: 08.04.16