Bacheloroppgave

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

Ingrid Nybakke
Line Therese Orvang Lillejordet

Psykogene, ikke-epileptiske anfall; Hvordan utøve sykepleie til pasienter med PNES diagnose?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tore Karlsen
Mai 2020

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

Ingrid Nybakke
Line Therese Orvang Lillejordet

Psykogene, ikke-epileptiske anfall; Hvordan utøve sykepleie til pasienter med PNES diagnose?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tore Karlsen
Mai 2020

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

NTNU
Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Psykogene ikke epileptiske anfall: Hvordan utøve sykepleie til pasienter med PNES diagnose?	Dato :	26/05.20
Forfattere:	Ingrid Nybakke		
	Line Therese Orvang Lillejordet		
Veileder(e):	Tore Karlsen		
Stikkord/nøkkel ord	PNES, sykepleie, kognitiv atferdsterapi, psykogene ikke epileptiske anfall, psykoedukasjon		
Antall sider/ord: 40/9936	Antall vedlegg: 0		

Introduksjon:
Pasienter med PNES - psykogene ikke epileptiske anfall føler seg ikke sett av helsevesenet. De opplever å ikke bli trodd, får ikke hjelpen de trenger, føler seg misoppfattet, blir satt på feil medikamenter og blir ofte først feildiagnostisert. Å leve med psykisk lidelse medfører negative opplevelser for pasienten og kan føre til nedsatt funksjonsevne og dårlig livskvalitet.

Hensikt:
Hensikten med oppgaven er å belyse temaet PNES. Samt øke kompetansen om tiltak og hvordan man kan utøve sykepleie til PNES pasienter, for å øke livskvalitet, mestringsfølelse og føre til anfallsreduskjon.

Metode:
Oppgaven er en systematisk litteraturstudie med strukturerte søk i databasene PubMed, Medline og Cinahl. Vi har også tatt i bruk artikler vi har fått tilgang til gjennom å kontakte Hilde Nordahl Karterud som jobber på SSE. Det er analysert, vurdert og identifisert funn i 5 artikler av både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Resultat:
Resultatene viser at de som lever med PNES også har større mulighet til å ha tilleggs utfordringer som angst, depresjon og nedsatt livskvalitet. Kognitiv atferdsterapi ser ut til å ha god effekt på både anfallene, som reduseres og det øker livskvaliteten fordi symptomene på angst og depresjon minsker. Sykepleiers holdninger og hvordan de kommuniserer med pasienten er viktig. Det kommer også frem at kunnskap og individuell kartlegging av pasienten gjør en forskjell.

Konklusjon:
Viktigheten av å kommunisere diagnosen på en "riktig" måte viser seg å være virkningsfull.
Ved at sykepleieren har tilegnet seg nok kunnskap og lærdom om PNES, kan sykepleieren veilede og undervise pasienten på en god og empatisk måte, dette øker livskvalitet og mestring hos pasienten, som igjen kan føre til reduksjon av anfall, og bedre livskvalitet hos pasienten.

ABSTRACT

Title:	Psychogenic non epileptic seizures: How to practice nursing for patients with PNES diagnosis?	Date :	26.05.20
Authors:	Ingrid Nybakke		
	Line Therese Orvang Lillejordet		
Supervisor(s)	Tore Karlsen		
Keywords	PNES, nursing, Cognitive Behavioral Therapy, psychogenic nonepileptic seizures, psychotherapy		
Number of pages/words: 40/9936	Number of appendix: 0		

Introduction:
Patients with PNES - psychogenic non epileptic seizures do not feel seen by the health care system. They experience not being believed, not getting the help they need, feeling misunderstood, being put on the wrong medication and often being misdiagnosed first. Living with mental illness causes negative experiences for the patient and can lead to impaired functioning and poor quality of life.

Purpose:
The purpose of the thesis is to elucidate the theme of PNES. As well as increasing competence on measures and how to practice nursing for PNES patients, to increase quality of life, sense of coping and reduce seizures.

Method:
The thesis is a systematic literature study with structured searches in the databases PubMed, Medline and Cinahl. We have also used articles we have accessed through contacting Hilde Nordahl Karterud who works at SSE. Five articles of both quantitative and qualitative research have been analyzed, evaluated and identified.

Result:
The results show that those living with PNES are also more likely to have additional diagnoses such as anxiety, depression and reduced quality of life. Cognitive behavioral therapy seems to have a good effect on both seizures, which is reduced and it improves quality of life because the symptoms of anxiety and depression decrease. Nurse attitudes and how they communicate with the patient are important. It also emerges that knowledge and individual mapping of the patient makes a difference.

Conclusion:
The importance of communicating the diagnosis in a "correct" way proves to be effective.
By acquiring enough knowledge and lessons about the PNES, the nurse can guide and teach the patient in a good and empathetic way, increasing the quality of life and coping with the patient, which in turn can lead to a reduction in seizures and a better quality of life for the patient.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning 6

2.0 Bakgrunn 7

2.1 Psykisk helse 7

2.2 Dissosiativ lidelse 8

2.3 Psykogene ikke- epileptiske anfall 9

2.3.1 Forekomst 9

2.3.2 Årsaker 9

2.3.3 Å leve med PNES 10

2.3.4 Utforming av anfall 10

2.4 Sykepleieteoretiker Aaron Antonovsky 11

2.5 Å utøve sykepleie 12

2.6 Hensikt med oppgaven 13

2.7 Problemstilling 13

3.0 Metode 13

3.1 Litteraturstudie som metode 14

3.2 Søkeprosess og innhenting av litteratur 14

2.3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier 14

3.2.2 Utvalg av artikler 15

3.2.3 Kvalitative og kvantitative studier 16

3.2.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet 17

4.0 Resultatpresentasjon 17

4.1Fremstilling av artikler 18

4.1.1 Artikkel 1 18

4.1.2 Artikkel 2 19

4.1.3 Artikkel 3 20

4.1.4 Artikkel 4 21

4.1.5 Artikkel 5 22
4.2 Oppsummering av resultater 23
4.2.1 Psykoedukasjon/kognitiv atferdsterapi 23
4.2.2 Anfallskontroll/bedring 24
4.2.3 Individuell kartlegging 24
4.2.4 Sykepleie 25
5.0 Drøfting 26
5.1 Kunnskap i et empowerment perspektiv 26
5.2 Kommunikasjon 29
5.3 Anfallskontroll = mestring og økt livskvalitet 30
5.4 Metodediskusjon 32
6.0 Konklusjon 34
7.0 Litteraturliste 36

¨ Når jeg fikk PNES diagnosen tok det ikke lang tid før jeg innså at helsepersonellet selv ikke hadde forståelse, erfaring og kunnskap om PNES. Jeg var en kasteball i systemet mellom ulike institusjoner. Ambulansen satte meg av på legevakt. Legevakt ville ha meg inn på A-hus, og når jeg kom inn på A-hus ble jeg bare sendt hjem igjen. Det var tydeligvis ikke enkelt å finne en plass som ville ta meg inn nettopp fordi jeg hadde anfall som utartet veldig fysisk og tok lang tid, samt krevde tilsyn og mye beskyttelse. Det ble sendt flere søknader, men alle ble besvart med avslag.

Det at helsepersonell selv ikke har kunnskap, førte dessverre til at jeg som ny diagnostisert hadde mine tvil på om dette faktisk var en reell diagnose. Jeg begynte faktisk å tvile på om jeg selv bare fant på anfall. Skyldfølelse etter hvert anfall hadde jeg også. Heldigvis har jeg i etterkant forstått og lært at anfallene er ikke noe jeg kan noe for, det er ikke frivillig! Det at jeg får med meg et kompendium fra sykehuset når jeg skrives ut og får beskjed om at jeg selv er ansvarlig for å reise til fastlegen og informere om diagnosen/tilstanden, gav meg en følelse av at fagpersoner fraskrev seg ansvar for diagnosen og at de egentlig ikke brydde seg særlig om meg, og at interessen for å få meg inn til behandling ikke var tilstede. Det hele toppet seg når jeg var hos fastlegen for å levere dette kompendiet og får anfall i gangen deres. Fastlegen får beskjed av ambulansepersonell om å holde meg fast fordi de fryktet at jeg var utilregnelig, så de hindret kroppen min fra å få bevegelsesutslagene som den hadde behov for, og 2 uker senere får jeg regning i posten med purring. Begrunnelsen for purringen var: Anfall i gangen på fastlegekontoret. Jeg måtte betale for anfallet mitt.¨

Sitat fra jente (21år) med PNES diagnose

1.0 Innledning

I denne oppgaven brukes betegnelsen ¨PNES¨ som står for ¨Psychogenic non-epileptic seizures¨, på norsk: Ikke epileptiske anfall. Dette gjøres fordi Lund *et al*. (2009) trekker frem at betegnelsen PNES foretrekkes i internasjonal litteratur, er mest dekkende og det mest nøyaktige begrepet. Hysteri Epilepsi, hysteriske anfall, pseudo epileptiske anfall, funksjonelle anfall er alle eksempler på hva anfallene blir kalt. Det finnes ingen internasjonal enighet i hva man skal kalle anfallene.

Pasienter med PNES faller ofte ¨mellom to stoler¨ i dagens helsevesen. Diagnosen settes av nevrologer, mens behandling og oppfølging skjer i psykisk helsevern. Det er lite kompetanse om feltet i psykiatrien, og mange pasienter får ikke videre behandling etter stilt diagnose fordi det ikke er observert tegn til psykopatologiske forhod (Lund *et al.*, 2009). Psykisk helse og psykisk lidelse er komplisert. Ydmykhet er nødvendig, og det er mye vi ikke fatter når det kommer til psykiske lidelser, det kan sees på som en gåtefull lidelse (Skårderud, Haugsgjerd og Stäicke, 2013).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på grunnlaget for at utøvelse av sykepleie skal bygge på det enkelte menneskes liv og verdighet. De hevder at sykepleierens fire grunnleggende ansvarsområder er å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Noe som er relevant for denne bacheloroppgaven, er det den sier om å drive forskning og å formidle forskningsresultater som viser forbindelseslinjene mellom kontinuerlig læring, og praksis kompetanse er et hovedelement i mellom sykepleierne og sykepleiepraksis. Sykepleie skal også bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Erfaringer gjort i praksis og arbeid ved siden av sykepleierutdanningen har gjort at vi har møtt mange PNES pasienter med en diffus og misforstått sykehistorie. På medisinsk sengepost stilte helsepersonell seg uviten til hvordan man skulle behandle og opptre under anfallene, og så på anfallene som noe som skulle behandles medikamentelt. På grunnlag av dette har vi valgt PNES som tema da vi mener at det er viktig å belyse og bedre kvaliteten av informasjonen om PNES, og se nøyere på hva sykepleier kan gjøre i sin rolle for å ivareta PNES pasientene.

2.0 Bakgrunn

2.1 Psykisk helse

Verdens Helseorganisasjon (Sitert i Andersen, 2018) definerer helse som“ en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte”. “Begrepet helse har sitt utspring i ideen om at et sunt levesett ganger mennesket” (Kim, 2016, s. 150). Helsetjenesten har gjennom sitt samfunnsmandat et mål om å opprettholde og fremme helse, ved å opplyse om og bidra til et sunt levesett, ved å forebygge helsesvikt og ved å bidra med hjelp og støtte til å gjenoppbygge og opprettholde helse hos befolkningen (Kim, 2016).

Psykisk helse handler om vårt forhold til oss selv, til våre nærmeste og til samfunnet vi er en del av, dette er det usynlige spekteret av oss mennesker som vi ikke ser med det blotte øyet. Grunnet dette har det vært uklare definisjoner om hva psykisk helse er og begrepet er stadig i utvikling. Andersen (2018) definerer psykisk helse som «En opplevelse av å ha det bra, mestre vanlige belastninger i livet, mulighet til å virkeliggjøre sine talenter, delta og bidra i samfunnet, finne glede i aktiviteter og arbeid beskriver psykisk helse. Det kreves en kompleks gjennomgang av psykiske og fysiske faktorer for å forstå hva psykisk helse egentlig innebærer.

Skårderud, Haugsgjerd og Stäicke beskriver psykisk lidelse som

> ¨Vi kan møte verden og menneskene på trygge måter og med trygge tilknytninger som gjør at vår genetiske sårbarheter aldri blir til noe mer enn mulige disposisjoner. Eller vi kan møte livet i form av utrygge tilknyttninger, omsorgsvikt eller traumer, som gjør at disposisjoner blir til sykdom og lidelse ¨.
> (Skårderud, Haugsgjerd og Stäicke, s28, 2013)

Det er estimert at mellom 30 og 50 prosent vil oppleve en psykisk lidelse i løpet av livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Kroniske smerter og psykiske lidelser er årsaken til at 10% av befolkningen mottar uføretrygd (Holter og Grov, 2016). Flere forhold påvirker psyken og noen mennesker er mer utsatt enn andre. Økende folketall er en av faktorene som fører til at psykiske lidelser øker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Psykiske lidelser

er en samlebetegnelse på sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Personer med psykiske lidelser kan ha nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og dårligere livskvalitet. En psykisk lidelse er omfattende og inkluderer mange tilstander, og årsakene er ofte sammensatte. Angstlidelser inkludert fobier, rusmisbruk og depresjon utgjør den største gruppen psykiske lidelser. Kjønnsfordelingen av psykiske lidelser er like stor, men det er kjønnsforskjeller innenfor diagnosene. Kvinner sliter ofte mer med angst, depresjon og psykosomatiske lidelser, mens menn har diagnoser relatert til alkohol, stoffmisbruk og personlighetsforstyrrelser. Behandlingen og diagnoseringen av psykiske lidelser skjer i primærhelsetjenesten, mens mer alvorlige tilstander behandles i spesialisthelsetjenesten. Det er leger og psykologer som er ansvarlige for diagnosering av psykiske lidelser i Norge. Diagnoser stilles og vurderes i stor grad på grunnlag av pasientens opplevelse av plager og atferdsmønster, da det er mangel på biologiske prøver som kan gi sikre diagnoser (Malt og Aslaksen, 2019).

2.2 Dissosiativ lidelse

Det å dissosiere vil si å frakoble seg følelsene fra kroppen og tankene. En dissosiativ lidelse er en tilstand som kjennetegner manglende integrasjon av minner om fortiden, identitetsbevissthet og umiddelbare sansefornemmelser, og tap av kontroll over kroppsbevegelser (Næss, 2020). Det som kjennetegner dissosiative lidelser er at pasienten opplever et funksjonstap, man mister kontroll over ellers viljestyrte organer, samtidig har man en forekomst av følelsesmessig konflikt eller udekte følelsesmessige behov. Når en traumatisk livshendelse er den utløsende årsaken ved dissosiativ lidelse, kan lidelsen ha en tendens til å bedres i løpet av relativ kort tid. Ved lammelser og følelsesløshet, knyttet til vanskeligheter i forhold til andre mennesker eller uløselige problemer, kan lidelsen utvikle seg til å bli mer kronisk. Dissosiative lidelser kan deles inn i 7 undergrupper, alt ettersom hvilke symptomer som er mest fremtredende. Blandingsformer, med flere symptomer fra de forskjellige gruppene forekommer også. De 7 undergruppene klassifiseres i: amnesi, fugue, stupor, transe og besettelse tilstander, motoriske forstyrrelser, krampetilstander, følelsesløshet og sanseutfall (Snoek og Engedal, 2006).

2.3 Psykogene ikke- epileptiske anfall

PNES defineres som anfall av epilepsi lignende karakter som ikke har hjerneorganisk aktivitet som slår ut på EEG (Lund *et al*., 2009). Pasienter som har PNES - diagnosen er en heterogen gruppe (Norsk epilepsiforbund, 2014). Heterogen betyr uensartet eller ulikeartet (Persvold, 2019). Det finnes ikke en egen diagnose i ICD-10 (International Classification of Disorders) for PNES. Tilstanden kan plasseres under F44 Dissosiative lidelse, F45 Somatiseringslidelser eller R 56 hvis det ikke foreligger en klar bakgrunn for anfallene. (Norsk Epilepsiforbund, 2014). Derfor er det nedenfor brukt betegnelsen ¨Dissosiative lidelse¨ og ¨PNES¨, avhengig av hvilken kilde som er brukt.

2.3.1 Forekomst

Det finnes ingen pålitelig informasjon om forekomsten av PNES i befolkningen, men det antas å være 2-33 pr. 100 000 innbyggere (Norsk Epilepsiforbund, 2014). PNES er den vanligste formen for dissosiative lidelser (Norsk Helseinformatikk AS, 2018). Majoriteten av pasientgruppen er kvinner, så mye som 75-80%, kan opptre i alle aldre, men det debuterer vanligvis i tenårene eller 20 årene (Lund *et al.*, 2009). Mange faller ut av skole og arbeidsliv. 95% av alle pasienter med PNES diagnose har en psykisk lidelse i tillegg (Tuft *et al*., 2015).

2.3.2 Årsaker

Det antas at anfallene er forårsaket av psykiske prosesser (Lund *et al.*, 2009). Det er ikke en enkel årsaksforklaring på hvorfor pasienter får PNES anfall. Det er et samspill mellom psykologiske og sosiale faktorer (Norsk Epilepsiforbund, 2014). Lidelsen rammer ofte plutselig, og den blir klassifisert som en psykisk sykdom som trolig utløses av belastende livshendelser, konflikter som virker uløselige eller ødelagte relasjoner til andre mennesker. De fleste eksperter på dissosiative lidelser er enige om at sykdommen skyldes et samspill mellom sosiale, psykologiske og somatiske faktorer (Norsk Helseinformatikk AS, 2018). For andre er anfallene et symptom på en mer sammensatt og kompleks psykisk lidelse, ofte med bakgrunn i en traumatisk livshendelse eller vanskelig livssituasjon. Anfallene kan også utløses av akutt stress hos personer som ikke har hatt noen psykiske lidelser tidligere (Norsk Epilepsiforbund, 2014).

2.3.3 Å leve med PNES

Symptomene som oppstår ved PNES anfall gjør at pasientene blir oppfattet som somatisk syke, og at de blir henvist videre til nevrolog (Lund *et al.*, 2009). Mange PNES pasienter har levd med en epilepsidiagnose og brukt antiepileptiske medisiner i mange år (Tuft *et al.*, 2015). Pasienter med PNES har like stor rett på å bli tatt på alvor og bli vist respekt i samme grad som de med epileptiske anfall. Det vil kunne påvirke det videre forløpet om ikke pasienter med en nyoppdaget PNES diagnose ikke blir møtt på en klar og empatisk måte. Sinne, benekting, mistro og forvirring er ikke uvanlig reaksjoner når pasienter får en slik diagnose (Lund *et al.*, 2009). Ved dissosiativ lidelse må man ofte klare seg uten støtte man trenger av de rundt, det er vanskelig å kjempe mot en sykdom som få forstår, og dette legger en demper på livskvaliteten til pasienten. For å bli kvitt dissosiasjon kreves en stor mengde med egeninnsats (Norsk Helseinformatikk AS, 2018).

2.3.4 Utforming av anfall

PNES anfall oppstår på grunn av ufrivillige eller underbevisste prosesser (Lund *et al.*,2009). Epileptiske anfall og PNES anfall kan ha veldig lik utforming, det er en differensialdiagnose ved epilepsi (Tuft *et al*., 2015). Anfallene kan arte seg på flere måter. Lammelser, tap av hørsel, syn og stemme, svelgvansker, hukommelsestap, tap av følelse og vansker med å gå (Norsk Helseinformatikk AS, 2018). PNES anfall kan ligne på alle typer epileptiske anfall, anfallene varierer i lengde, bevissthetsnivå og utforming. Det man ofte kan se forskjell på er at krampene ved et PNES anfall er ikke synkrone (asynkrone) og ikke symmetriske, eller sidelike. Intensiteten av krampene varierer også i løpet av anfallet. PNES anfall starter ofte gradvis og kan ha lengre varighet enn epileptiske anfall. Ved begge typer anfall er det vanlig med sinustakykardi, mens cyanose kun er vanlig ved epileptiske anfall. Urin avgang og fekal inkontinens kan også forekomme ved epileptiske anfall, men ikke ved PNES anfall. Det finnes noen kliniske trekk som kan skille anfallene, men man kan likevel ikke stole kun på symptomer og tegn, da det er så varierende fra anfall til anfall (Lund *et al.*, 2009). Hos en person med dissosiativ krampelidelse vil anfallene fremkalles ubevisst og handlingene som kommer av anfallet vil ikke være viljestyrte. Anfall og symptomer er reelle og legger like stor begrensning på pasienten, som det et epileptisk anfall gjør, da de som oftest har større tendens til å oppstå i upassende situasjoner (Norsk Helseinformatikk AS, 2018).

Det kan være vanskelig å få stilt PNES- diagnosen. PNES anfall kan ligne på andre tilstander, og symptomer kan sammenlignes som ved syncope, hjertesykdom, migrene, raserianfall eller tics (Karterud, 2014). For å stille diagnosen må det gjøres en anfallsregistrering på et laboratorium med EEG registrering. Det som skiller PNES anfall og epilepsi er fravær på aktiviteten på EEG registrering ved PNES anfall (Lund *et al.*, 2009).

2.4 Sykepleieteoretiker Aaron Antonovsky

Salutogenese betyr opphav til helse og Antonovsky (2014) mener det innebærer at mennesker har ulik grad av helse. Han betrakter helse som en glideskala eller et kontinuum, der vi kan tenke oss at helsen er en linje, i den ene ytterkanten er helse og andre ytterkanten er uhelse. Som mennesker beveger vi oss hele tiden mellom linjene (Jacobsen, 2016). ¨En salutogen tankegang er ikke bare en forutsetning for, men tvinger oss til, å jobbe for å utforme og fremme en teori om mestring¨ (Antonovsky, 2014, s36).

Svaret på salutogenese utarbeidet Antonovsky i sin teori om opplevelse av sammenheng forkortet til OAS. OAS består av tre komponenter som er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2014). Komponentene står i et dynamisk forhold til hverandre og alle tre må være tilstede for at mennesket skal oppleve sammenheng (Jacobsen, 2016). Begripelighet handler om i hvilke grad menneske opplever den stimulien de utsettes for i det indre og ytre miljø. At stimulien oppfattes som kognitivt forståelig, sammenhengende, strukturert og som klar informasjon i stedet for at den oppfattes som støy, kaotisk, uorganisert, tilfeldig, uventet og uforståelig. Den andre komponenten er håndterbarhet, det handler om i hvilke grad det er tilstrekkelig med ressurser til rådighet til å kunne takle kravene mennesker blir stilt ovenfor. Mennesket vil da ikke føle seg som et offer for omstendighetene eller at livet har behandlet en urettferdig (Antonovsky, 2014). Den siste komponenten er meningsfullhet er den viktigste komponenten (Jacobsen, 2016). Det handler om at mennesket skal være involvert i sin egen skjebne, hva som er viktig for dem og hva som gir mening for den enkelte mennesket (Antonovsky, 2014).

2.5 Å utøve sykepleie

I sykepleierens funksjons og ansvarsområder som er beskrevet i rammeplanen for sykepleierutdanning (2008) er det 7 grunnleggende funksjonsområder. Blant disse grunnleggende funksjonene er det behandlende aspektet med, det omhandler å fjerne eller eliminere problemer. Sykepleieren skal kompensere for pasientens funksjonssvikt og tilpasse utøvelsen ut i fra den individuelle pasienten. Sykepleierens undervisende og veiledende funksjon omhandler pasientenes behov for kunnskap og forståelse for og ivareta egen helse. Under veiledning og undervisning gir sykepleieren også støtte til pasienter og pårørende (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2011).
Sykepleieren må favne hele bilde av situasjonen for å kunne sette i gang tiltak for den enkelte personen. For noen er sykdommen, skaden eller plagen liten og forbigående, mens for andre har det større innvirkning på livet på lang sikt, som følelse av tap, sorg og nedsatt evne til å klare hverdagen. Sykepleieren må ta hensyn til hva som er viktig for vedkommende for å kunne hjelpe (Grov, 2016).

I helsepersonelloven §4 (1999) stilles det krav om at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i krav med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. I dette tilfelle er det nødvendig at sykepleier tilegner seg kunnskap om diagnosen PNES. I regjeringens rammeplan for utdanning av sykepleiere sies det at:

> Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom innvirker på mennesket og sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Kontinuitet i pleien og observasjon av pasienten er sentralt i sykepleieutøvelsen. Evnen til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing. Dette oppøves i møte med pasientene og danner grunnlag for sykepleiehandlinger som pleie, omsorg, behandling, lindring, forebygging, rehabilitering/habilitering og hjelp til en verdig død.
> (Kunnskapsdepartementet, 2008, s.6)

De siste årene har det skjedd en økning i åpenhet om psykiske plager og lidelser, dette mye fordi kjente personer har stått frem og vist hvordan det er å leve med psykisk sykdom. Norge er et av de landene som har kommet lengst når det gjelder å bekjempe tabu rundt psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Reaksjoner på sykdom og helsesvikt er mange (Grov, 2016). De psykososiale behov er grunnleggende for hvordan vi har det, hvordan vi opplever tilværelsen vår og hvordan vi lever. Psyko betyr sjel, og sosial er forholdet vårt med andre mennesker. De psykososiale behovene er beskrevet i Maslows behovspyramide. Den består av fem nivåer der første nivå handler om grunnleggende fysiologiske behov som mat, drikke, søvn osv. Andre trinn handler om trygghet og behovet for sikkerhet, stabilitet og orden. Tredje nivå omfatter sosiale behov, som fellesskap, kjærlighet, vennskap og opplevelsen av å bli akseptert. Fjerde nivå dreier seg om behovet for å bli akseptert, selvrespekt, selvtillit. Å vektlegge psykososiale behov er nødvendig for at pasienten skal ha det bra og oppnå god helse, som sykepleier er det mye man kan gjøre for å ivareta behovene (Eriksen, 2015). Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2011) skriver at i sykepleiepraksis må funksjonen være en integrert helhet. Det handler om at som sykepleier må en iverksette tiltak ut i fra tid, sted og situasjon. Ut ifra det vil tiltakene være forebyggende, behandlende eller lindrende. Det bestemmes ut i fra hensikten sykepleier har med å utføre dem.

2.6 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne studien er å belyse PNES som tema og se nøyere på hvordan utøve god sykepleie til pasienter med PNES diagnose.

2.7 Problemstilling

Hvordan utøve sykepleie til pasienter med PNES diagnose?

3.0 Metode

Litteraturstudiet vil først bli beskrevet som metode. Deretter beskriver vi søkeprosessen og innhenting av litteratur, tabell med inklusjons,- og eksklusjonskriterier inngår her. Utvalg av artiklene inneholder IMRAD-struktur og vi legger ved tilhørende søkematrise. Kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode presenteres, deretter en gjennomgang av kildekritikk. Til slutt litt om hvordan vi var i kontakt med Hilde Nordahl Karterud som har skrevet en doktoravhandling med tema PNES.

3.1 Litteraturstudie som metode

Aveyard (2014, s. 2) sin definisjon av litteraturstudiet er "In short, a literature review is the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic".
Ved å gjøre et litteraturstudie finner man en problemstilling, deretter prøver man å finne svaret på problemstillingen ved å søke etter og analysere relevant litteratur på en måte satt i system (Aveyard, 2014). Ved å hente data fra eksisterende teori, fagkunnskap og forskning får man en litterær oppgave. Det man er ute etter å finne svar på, vil påvirke hvilken data man leter etter (Dalland, 2017). I denne bacheloroppgaven er det gjort et strukturert litteratursøk innen temaet ¨Psychogenic non-epileptic seizures¨ (PNES).

3.2 Søkeprosess og innhenting av litteratur

På bakgrunn av tidligere erfaringer fra arbeid ved siden av sykepleierutdanningen og i praksis valgte vi tidlig i forløpet å ha PNES som tema. Det er et lite tema og bekymring om å ikke finne nok litteratur var tilstede. Vi satte tidlig i gang med strukturert søkeprosess etter vitenskapelige artikler i ulike databaser. Dette for å gjøre oss kjent med litteraturen som finnes innen vårt tema. Vi så tidlig i søkeprosessen at det kunne bli vanskelig å finne nok relevant litteratur bare i lærebøkene/søkingen. Vi ble tipset av fagelig leder ved Røysumtunet rehabiliteringssenter for folk med epilepsi av å kontakte Hilde Nordahl Karterud som jobber på SSE (Statens senter for epilepsi). Hun har skrevet en doktoravhandling om PNES, det er en studie som belyser pasientenes sykdomsbilder og erfaringer med diagnosen PNES. Vi sendte henne en mail og fikk tilgang til doktoravhandlingen hennes, samt noen andre artikler som hennes kollegaer har skrevet. Disse artiklene er brukt i bakgrunnskapittelet og drøftingen i oppgaven. Det har også blitt brukt bøker fra pensumlisten for sykepleierutdanningen som er relevante for temaet. Vi opplever at bøker som blir brukt som pensum ved høyere utdanning er troverdige kilder. I tillegg har vi tenkt å ta i bruk andre bøker, retningslinjer, statistikk og lovverk som er konkret rettet mot vårt valg av tema og problemstilling.

2.3.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Ved bruk av inklusjon og eksklusjonskriterier tydeliggjøres og avgrenses litteratursøket. Det gjør søket mer hensiktsmessig (Thidemann, 2015). Nedenfor i tabell 1.0 ser du hvordan vi har valgt å bruke dette i vårt søk.

Tabell 1.0 - Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler med IMRAD struktur	Artikler uten IMRAD struktur
Publisert i tidsskrift med vitenskapelig nivå 1 eller 2	Ikke fagfellevurdert
Artikler skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk	Artikler skrevet på andre språk enn nevnt
PNES	Epilepsi
Artikler som er publisert etter 2005	Artikler som er publisert før 2005

3.2.2 Utvalg av artikler

For å finne de vitenskapelige artiklene vi skal bruke, kommer vi til å søke i databaser vi har tilgang til gjennom skolen og søketjenesten Oria. Vi kommer til å benytte oss av databasene PubMed, Medline og Cinahl som er gode databaser vi har gjort oss kjent med som studenter de siste årene, for å finne vitenskapelige artikler til bacheloroppgaven vår. Pubmed er gratisversjonen av Medline, en database innen blant annet sykepleie som inneholder artikler fra 1946 og frem til i dag (Helsebiblioteket, u.å.a). Cinahl oppdateres hver måned og inneholder referanser til artikler i rundt 3000 engelskspråklige tidsskrifter, blant annet innenfor sykepleie og er relevant om man er på jakt etter kvalitativ forskning (Helsebiblioteket, 2013).

I databasene gjennomførte vi strukturerte søk hvor vi kombinerte ulike søkeord med hverandre. Siden PNES blir betegnet forskjellig rundt om i verden, prøvdes forskjellige betegnelser som blant annet Non-Epileptic Attacks, NEAs, pseudoepileptic seizures, psychogenic seizures og conversion seizure. For å finne relevante artikler brukte vi kombinasjonene AND og OR med passende søkeord. Vi valgte ut artikler ved å lese overskriftene, deretter sammendraget som ga oss innsikt i om artikkelen var passende for vårt tema og problemstilling. Søkeord som vi har brukt vil bli presentert i tabell nr. 2.0

Tabell 2.0 - Vitenskapelige artikler - Søkematrise

Artikler	Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall Treff
Artikkel nr.1	1. PNES 2. Psychogenic nonepileptic seizures 3. Psychotherapy 4. 5.	CHINAL	 1 OR 2 3 AND 4	141 141 174 834 206 Antall treff: 18
Artikkel nr. 2	1. PNES 2. Cognitive Behavioral Therapy 3.	Pubmed	 1 AND 2	 774 42235 Antall treff: 24
Artikkel 3	1. Psychogenic nonepileptic seizures 2. Cognitive Behavioral Therapy 3.	MEDLINE	 1 AND 2	551 26287 Antall treff: 16
Artikkel 4	I litteraturliste til Karterud, H. (2017) *A troublesome diagnosis! Perceptions of illness and self in adolescents and adults with psychogenic, non-epileptic seizures (PNES).*			
Artikkel 5	I litteraturliste til Karterud, H. (2017) *A troublesome diagnosis! Perceptions of illness and self in adolescents and adults with psychogenic, non-epileptic seizures (PNES).*			

3.2.3 Kvalitative og kvantitative studier

Denne litteraturstudien er bygget på en kvalitativ, en randomisert kontrollert studie og tre kvantitative studier som er gjort i tidsrommet 2005 - 2020. Kvalitative metoder fanger opp opplevelser og meninger, som ikke lar seg måle eller tallfeste. Den går i dybden, får frem det som er spesielt og avvikende, er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer med

ustrukturerte observasjoner. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få frem sammenheng, helhet og på å formidle forståelse. Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter. Disse gir en mulighet til å finne ut prosentandeler eller foreta andre regneoperasjoner. Kvantitative metoder er presise, går i bredden, får frem det som er felles, er en systematisk og strukturert datainnsamling som tar sikte på å formidle forklaringer (Dalland, 2017). En av studiene vi har valgt å bruke i oppgaven er en randomisert, kontrollert studie går ut på at man deler inn deltakerne tilfeldig i to eller flere grupper, der behandlingen man ønsker å få mer kunnskap om, blir sammenlignet med en kontrollbehandling, behandling som er kjent fra tidligere (Norsk Helseinformatikk AS, 2018).

3.2.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet

Kildekritikk sier noe om oppgavens troverdighet og faglighet, det må derfor begrunnes hvorfor en type litteratur er brukt og hvordan utvalget er gjort. Kildekritikk består av to sider; selve litteratursøkingen og å gjøre rede for anvendt litteratur. Kilden må også vurderes i forhold til relevans for oppgaven (Dalland og Tryggstad, 2017). For å se om artiklene våre er vitenskapelige har vi sørget for at de er oppbygd etter IMRAD struktur. Alle artiklene vi har brukt følger IMRAD struktur, bokstavene står for Introduction, Methods, Results and Discussion. Innen medisin og helsefag er IMRAD strukturen på vitenskapelige artikler den rådende oppbyggingen (Lerdal, 2019). Primærstudier er forskningsartikler som presenterer studier for første gang. Den formidler ny kunnskap og forskning og er den opprinnelige utgaven av teksten. Sekundærstudier benytter data fra primærstudier og der data fra disse reanalyseres (Dalland og Tryggstad, 2017). I dette litteraturstudiet har vi tatt i bruk flest primærstudier, men har også inkuldert sekundærstudie.

4.0 Resultatpresentasjon

I denne delen av oppgaven presenteres resultater av artiklene vi har funnet som er presentert i tabell 3.0. Av analysen fremkom det fellestrekk som er beskrevet under fire hovedtema som er relatert til problemstillingen: psykoedukasjon/kognitiv atferdsterapi, anfallskontroll/bedring, individuell kartlegging og Sykepleie.

4.1Fremstilling av artikler

4.1.1 Artikkel 1

Tabell 3.0 Systematisk analyse av artiklene

Artikkel nr. 1	Mayor. R *et al*. (2013) *¨A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures¨* Seizure European Journal of Epilepsi Doi: https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.06.008
Hensikt	Beskrive/belyse potensiell psykoedukasjon intervensjon til pasienter som har nylig fått diagnosen PNES og undersøke muligheten for at helsepersonell med lite erfaring med psykologisk terapi kan være behandlende.
Metode	En kvantitativ studie der to sykepleiere og en assistent psykolog med minimal erfaring i psykologisk terapi fikk opplæring PNES og psykoedukasjon. Pasienter ble rekruttert fra tre britiske nevrologi senter. 20 deltakere deltok. Kriterie for å være med i studien var en nyoppstått PNES diagnose.
Resultat og diskusjon	Oppfølgning informasjon ble mottatt av 13 av 20 pasienter. I oppfølgingen kom det frem at 4/13 av pasientene opplevde fullstendig anfallskontroll og var anfallsfrie. 3/13 rapportere om 50% reduksjon i anfallsfrekvens. Studien har en del begrensninger, den største er at det er en liten studie med få deltagere. Studien er en mulighetsstudie og mangel på statistikk gjør at resultatene ikke kan generaliseres. Likevel sier de noe om at i fremtiden vil det kunne være gunstig å prøve den samme type utdanning intervensjon på en større gruppe pasienter med PNES diagnose. Til tross for begrensningene viser denne studien at det er mulig å tilby en enkel psykoedukasjons intervesjon av helsepersonell med lite erfaring, og det faktum at pasienter ser ut til å være i stand til å oppnå fullstendig anfallskontoll med mer enn formidlingen av diagnosen alene.
Relevans for oppgaven	Denne studien sier noe om at sykepleiere har behandlende rolle av PNES. Det er en liten studie med få deltagere, men relevant i forhold til de metodene som ble brukt.

4.1.2 Artikkel 2

Artikkel nr. 2	LaFrance,W. *et al*. (2014) ¨*Multicenter Pilot Treatment Trial for Psychogenic Nonepileptic Seizures*¨ JAMA Psychiatry Doi:101001/jamapsychiatry.2014.817
Hensikt	Evaluere PNES behandling, hva fungerer best? Psykoterapi, antidepressiva i form av sentralin, en kombinasjon av disse eller ingen forandring i dagens behandlingen.
Metode	Studien er en randomisert klinisk studie, utført av Rhode Island Hospital, Stanford University og University of CinCinnati, der 34 deltakere mellom 18 og 65 år deltok. De hadde 81 potensielle deltakere, men omtrent halvparten ønsket ikke å delta i studien. Noen havnet også utenfor inklusjonskriteriene, ved at de ikke hadde registrert anfall siste måneden før rekrutteringen. Alle deltakerne har en EEG-bekreftet diagnose av PNES, der epilepsi er utelukket. Deltakerne måtte ha hatt minst 1 anfall i måneden før rekruttering og de ble randomisert inn i 4 forskjellige grupper, hvor hver gruppe skulle prøve forskjellige behandlingsmetoder. Gruppe nr.1 ble behandlet med psykoterapi, gruppe nr. 2 ble behandlet med med det antidepressiva, SSRI legemidlet sentralin. Gruppe nr. 3 ble behandlet med en kombinasjon av psykoterapi og sentralin, mens gruppe nr. 4 gjorde ingen forandringer fra behandlingen de allerede fikk. Deltakerne ble fulgt opp over 16 uker, og data ble samlet inn hver uke.
Resultat og diskusjon	Gruppe 1 behandlet med psykoterapi, hadde en reduksjon på 51,4 % mindre månedlige anfall. Gruppe 3 behandlet med psykoterapi og sentralin, hadde en reduksjon på 59,3% månedlige anfall. Gruppe 2 som ble behandlet med senralin opplevde 26,5% færre månedlige anfall, mens gruppen som ikke endret på behandlingen sin ikke opplevde noen form for anfallsreduksjon.
Relevans for oppgaven	Denne studien viser at psykoterapi er en bra måte å behandle PNES-pasienter med. Det har vært en nedgang i antall anfall etter oppstart med psykoterapi.

4.1.3 Artikkel 3

Artikkel nr. 3	LaFrance, W. *et al.* (2009) *¨Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures¨* Epilepsy & Behavior Doi: https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.02.016
Hensikt	Hensikten med studien er at behandlingsforsøk for PNES er få, til tross for lidelsens høye utbredelse og funksjonshemning. Studien ønsket å evaluere effekten av kognitiv atferdsterapi på PNES anfall.
Metode	Studien er en kvantitativ klinisk studie gjort i Rhode Island Hospital mellom 2002 og 2007. For å kunne delta måtte man ha fått PNES diagnosen med EEG registrering. Pasienter som hadde epilepsi og PNES ble ekskludert. Andre eksklusjonskriterier inkluderte tilstedeværelse av nåværende psykose, nåværende suicidalitet og psykisk utviklingshemning. Deltakere som oppfylte inklusjon / eksklusjonskriterier var mellom 16 og 95 år. Den kognitive atferdsterapien inneholdt 12 økter, en time i uka. Øktene omhandlet 12 forskjellige temaer. Etter gjennomføringen ble deltakerne via telefonsamtale spurt om anfall, behandling og psykososiale forhold. Oppfølgingen skjedde 4,8 og 12 måneder etter datoen for påmelding.
Resultat og diskusjon	16 av de 21 deltakerne rapporterte om 50% reduksjon i anfallsfrekvens, og 11 av de 17 kompletterne rapporterte ingen anfall per uke ved deres siste økt. Behandling med kognitiv atferdsterapi for PNES ser ut til å være en gunstig tilnærming for å hjelpe pasienter med PNES med å redusere anfallene og også forbedre symptomer på depresjon og angst og forbedre livskvalitet og psykososial funksjon. CBT for PNES kan være et klinisk tilgjengelig, tidsbegrenset, kostnadseffektivt inngrep som reduserer antall PNES og også forbedrer komorbide psykiatriske symptomer og psykososial funksjon, inkludert funksjonshemming, livskvalitet og familiefunksjon.
Relevans for oppgaven	Artikkelen har fokus på kognitiv adferdsterapi til pasienter med PNES, og tar for seg 12 temaer som de mener kan føre til anfallsreduksjon.

4.1.4 Artikkel 4

Artikkel nr. 4	Karterud. H, Risør. M og Haavet, O. (2015) *¨The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocialapproach: A qualitative study among adolescents and young adultswith NES (non-epileptic seizures)¨* Seizure Doi: https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.006
Hensikt	Hensikten med studien er å undersøke virkningen av å bruke en biopsykososial tilnærming for å forklare diagnosen PNES. Målet var å styrke pasientenes forståelse og evne til å takle PNES diagnosen.
Metode	En kvalitativ studie der 11 ungdommer med PNES mellom 14 og 24 år deltok på studien. Pasientene ble innlagt på sykehus over en periode? De ble intervjuet ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene varte i gjennomsnitt 65 minutter. Intervjuene ble tatt opp og skrevet ned. De ble i ettertid systematisk analysert. Studien beskriver også hva som ble jobbet med under oppholdet på sykehus, og delte det inn i tre faser som inneholdt å bygge tillit og bli kjent med pasienten, konsultasjon med nevrolog, sykepleier, pasient og familie, der det ble gitt informasjon om PNES i flere forskjellige aspekter og til slutt tilbud om oppfølging hjemme med nevrolog og sykepleier.
Resultat og diskusjon	Analysen av intervjuene kom frem til tre områder som gikk igjen hos pasientene. Noen deltakere identifiserte sammenhenger mellom deres personlige historie og anfall og ble anfallsfrie. Andre fant at de forklarende modellene ga personlig mening, men ikke ble anfallsfrie, mens noen få fortsatte å tvile på om PNES var riktig diagnose.
Relevans for oppgaven	Denne studien er relevant for oppgaven da den sier noe om pasientperspektivet og pasienters erfaring med å få en PNES diagnose.

4.1.5 Artikkel 5

Artikkel nr. 5	Kuyk, J *et al*. (2008) ¨*Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures:An outcome study*¨ Seizure Doi:https://doi.org/10.1016/j.seizure.2008.02.006
Hensikt	Hensikten med denne studien er å evaluere effekten av et ukontrollert, prospektivt døgn behandlingsprogram for PNES-pasienter.
Metode	Beskrevet som en utfallsstudie i artikkelen, noe som tilsier at det er en kvantitativ studie. PNES-pasientene som deltok i denne studien ble innlagt på SEINs psykoterapeutiske behandlingsenhet fra juni 2002 til desember 2004. Flesteparten av de hadde nyoppdaget diagnose. 26 pasienter ble inkludert i studien, mens 4 av disse ble ekskludert grunnet at de både hadde PNES anfall og epileptiske anfall. Alle pasientene ble diagnostisert ved EEG-registrering, og ved behandlingsstart og ved utskrivning ble ble psykologisk data samlet og anfallsfrekvens observert. Etter 6 måneder ble nye data og observasjoner gjort på 16 av de 22 pasienten som var med i studien, resten ønsket ikke fullføre.
Resultat og diskusjon	Pasientene som ble lagt inn måtte først få tid til å venne seg til tanken om at diagnosen gikk fra å være neurologisk til å bli psykologisk. Etter diagnosefasen ble en tverrfaglig behandling basert på kognitive atferdsprinsipper lagt frem. Behandlingen ble rettet mot en kognitiv omstilling, traumebehandling, stimulus differensiering, mestringsevne og stressmestring. Dette foregikk i både individuell og gruppeterapi timer. De samlede resultatene av studien antyder at PNES-pasientene tjente på behandlingen ved at positive effekter ble opprettholdt og styrket. 6 mnd etter utskrivelsen hadde 80% av pasientene en anfallsreduksjon på over 50%, og halvparten av dem igjen var helt anfallsfrie. En del begrensninger i denne studien også, da det er lavt antall deltagere.
Relevans for oppgaven	Nok en studie som underbygger at psykoedukasjon og kognitiv terapi en en god behandlingsmåte for PNES-pasienter.

4.2 Oppsummering av resultater

4.2.1 Psykoedukasjon/kognitiv atferdsterapi

I Mayor *et al.* (2013) sin studie brukte de en psykopedagogisk intervensjon som kombinerer informasjonsformidling som er tenkt til å endre pasienters oppfatning av egen sykdom og atferd. De fire øktene som ble gjennomført omhandlet forskjellige temaer. Økt 1 handlet om forståelse av PNES. Økt 2 handlet om før og under anfall. Økt 3 handlet om å bedre livskvalitet ved å identifisere aktivitetene og stedene pasientene unngår. Økt 4 omhandlet en oppsummering og legging av en plan videre. Deltakerne rapporterte under og etter studien om eventuelle forandringer i anfallsfrekvens, livskvalitet, helse, aktivitetsnivå, symptombeskrivelser og funksjonsnivå.

La France *et al*., 2014 sin kognitiv atferdsterapi inneholdt presentasjon av diagnosen, anfallskontroll og vedlikeholdsterapi. I studien til La France *et al*., 2009 har de delt inn den kognitive atferdsterapien i 12 økter. Først fikk pasientene en introduksjon der de fikk opplæring i å forstå anfallene. Øktene videre inneholdt få støtte, lære om predisponible faktorer, stressmestring, håndtering av negative følelser og interne problemer og konflikter, til slutt en time der de skulle ta kontroll over egen sykdom med fokus på at det er en pågående prosess. Pasientene lærte teknikker for å kontrollere anfallene sine, for så å kunne endre sitt eget sosiale miljø. Pasientene lærte å kommunisere på en sunn måte.

Karterud, Risør og Haavet (2015) omhandler det å formidle PNES diagnosen, og identifiserer i sin studie tre temaer som samsvarer med en psykoedukasjon tilnærming. Det kom frem at pasienter med PNES har et truet selvbilde. Det å få en psykisk diagnose stemte ikke med deres selvbilde og at det oppleves skremmende, som igjen resulterte i at de motarbeidet seg diagnosen. Pasientene følte seg mistrodd av helsepersonell. Det kommer frem at pasientene selv begynte å være i tvil om hvorvidt anfallene var frivillige eller ikke på grunn av helsepersonellets holdninger. Pasientene aksepterte diagnosen og følte seg trodd på når de fikk forklart de ubevisste prosessene PNES innebærer.

I studien til Karterud, Risør og Haavet (2015) sier de noe om at en kombinasjon av undervisning, samtale og skriftlig informasjon er nyttig. Behandlingsprogrammet beskrevet i Kuyk *et al*., 2008 sin studie fokuserte på den psykologiske diagnostiske prosessen der

pasientene fikk muligheten til å bli vandt med at diagnosen de har fått ikke er somatisk, og oppleve at anfallene ble tatt på alvor. Pasientene med familie fikk forklart bakgrunnen for anfallene. Pasientene ble involvert i prosessen, og det ble tilbydt et tverrfagelig behhandling basert på kognitiv adferdsterapi. Den inneholdt kognitiv omstilling, traumebehandling, mestringsevne, stressmestring og inkluderer individuell og gruppeterapi. Behandling inkluderer individuell psykoterapi, familieterapi og deltakelse i gruppeterapi.

4.2.2 Anfallskontroll/bedring

Mayor *et al*. (2013) sin studie, som La France *et al.* (2009) sin studie viser til at anfallsfrekvensen til pasiente ble mindre etter gjennomført terapi. Studien til Mayor *et al.* (2013) antyder at en av tre pasienter kan bli anfallsfrie med deres korte og enkle psykopedagogiske intervensjon. La France *et al*., (2009) sier i sin studie av behandling med kognitiv atferdsterapi reduserer anfallene, men har også en effekt på symptomer på depresjon, angst og øker livskvaliteten til pasientene.

La France *et al*., (2014) sin studie sier noe om at medisinsk behandling med SSRI preparater ikke er tilstrekkelig alene, men kombinert med kognitiv atferdsterapi viser en betydelig anfallsreduksjon hos pasientene som var med. Det var også anfallsreduksjon hos pasientene som kun fikk kognitiv atferdsterapi, kun noen prosenter som skiller de to gruppene. I tillegg til betydelig reduksjon av anfall med behandlingen, forbedret komorbid depresjon, angst, dissosiasjon og somatiske symptomer også betydelig for pasientene.

Som sekundære utfall nevner Karterud, Risør og Haavet, (2015) og Kuyk *et al*., (2008) sin studie at pasienter at når pasientene aksepterte diagnosen og fikk følelsen av å bli trodd at dette var et vendepunkt for pasienter. Pasienter som gjennomførte psykoterapi hadde en positiv effekt på angst, depresjon og dissosiasjon, samt mestringsfølelsen og livskvaliteten til pasientene økte. I tillegg til anfall reduksjon, viser studien til Lafrance *et al.* (2009), Lafrance *et al.* (2014) og Mayor *et al*. (2013) at behandlingen reduserte symptomer på angst, depresjon og andre psykiske forhold pasientene hadde.

4.2.3 Individuell kartlegging

Det kommer frem i Mayor *et al*. (2013) studie at den psykoterapautiske tilnærmingen på tilpasses individuelt for å ha optimal effekt. De sier at på grunn av PNES pasientens

heterogenitet, er det tydelig begrensninger en tilnærming hvor ¨one size fit all¨. Det kommer også frem at responsen fra studien er varierende, noen pasienter endret oppfatning og fikk økt forståelse, mens andre fortsatte å søke svar eller forklaringer om årsaken til anfallene deres. I La France *et al*., (2009) sin studie fikk pasientene individuelle øker med behandler. Behandlingsprogrammet til Kuyk et al., (2008) er individualisert og tilpasset pasientenes individuelle behov som består av individuell og gruppeterapi, med fokus på anfallskontroll samt forbedring av psykologisk funksjon og psykologisk velvære.

4.2.4 Sykepleie

Helsepersonell hadde opplæring i kognitiv atferdsterapi i La France *et al*., (2014) sin studie. Undersøkelser fra Mayor *et al.* (2013) sin studie hevder at sykepleiere kan foreta psykoterapautisk behandling med kort opplæring i tema, men at resultatene hadde kunne blitt enda bedre med lengre opplæring. I øktene de hadde sammen med pasientene var sykepleierens oppgaver å stille spørsmål diagnosen, diskutere rundt PNES, kartlegge stressfaktorer i pasientens liv, identifisere predisponible og utløsende årsaker til anfallene og snakke om teknikker for forebygging av anfall. I Karterud, Risør og Haavet, (2015) sin studie viktiggjør de at holdningene til helsepersonell er avgjørende for å kunne være en behandlende rolle av PNES. De hevder at det trengs flere studier som går på dette med hvordan helsepersonell best kan hjelpe pasienter med å oppnå forståelse av egen diagnose.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil resultatene drøftes opp mot relevant forskning, sykepleieteori og faglitteratur. I samsvar med temaene presentert under oppsummeringen i resultatdelen, vil vi dele diskusjonsdelen inn i: Kunnskap i et empowerment perspektiv, kommunikasjon og anfallskontroll = økt mestring og livskvalitet. Avslutningsvis ønsker vi gjennom denne litteraturstudien å gi svar på problemstillingen; Hvordan utøve sykepleie til pasienter med PNES diagnose?

Artiklene vi har funnet tar for seg flere ting vi ønsker å drøfte opp mot et sykepleieperspektiv. Utøvelsen av sykepleie innebærer i følge Henderson (Sitert i Mathisen, 2016, s 128) å ivareta pasienters menneskelige behov. Hun kaller det de grunnleggende behovene. Det er fjorten ulike punkter som innebærer alt fra å kunne puste normalt, spise, drikke, søvn og hvile til det å kunne uttrykke følelser og behov. Hun mener at med utgangspunkt i de fjorten, skal sykepleier hjelpe pasienter med å ivareta de gjennom observasjon og vurdering. Eriksen (2015) forteller at sykepleierens hovedfokus er mennesket i spesifikke situasjoner og menneskets opplevelse og forståelse av sykdom. Sykepleie handler om å hjelpe personer med gjøremål så pasienter opplever helse, som personen ville gjort det selv om nok krefter, kunnskap og vilje var tilstede.

5.1 Kunnskap i et empowerment perspektiv

Tre av fem artikler vi har brukt i denne oppgaven kommer frem til at anfallene reduseres ved bruk av studiens metoder. Kuyk *et al.* (2008), LaFrance *et al.* (2014) og LaFrance *et al.* (2009) brukte kognitiv atferdsterapi i sin studie, der det førte til anfallsreduksjon. Kognitiv adferdsterapi er et samarbeid mellom pasient og terapaut, rettet mot hvordan pasientens problemer fremtrer i hverdagen der pasientens opplevelse av situasjonen og pasientens behov står i sentrum (Berge og Repål, 2010). Elementene i Kuyk *et al.* (2008) sin kognitive adferdsterapi inneholdt elementer som gjorde at pasientene skulle endre sitt tankemønster, fra at anfallene var somatiske til ideen om at anfallene var psykologiske. Dette kan utdypes videre i Gant, Young og DeRubeis (2005) (Sitert i Skårderud, Haugsgjerd og Stäicke, 2013, s 164) sin behandlingsteknikk som omtales som kognitiv restrukturering. Det omhandler at

pasienter oppfordres til å utforske alternative forståelser av sykdommen eller situasjonen de er i.

I studien til Karterud, Risøe, Haavet (2014) lette pasientene etter svar på hva som forårsaket anfallene og hvorfor de kom. En pasient i studien forteller med egne ord at ¨de sa det var mentalt, ble jeg faktisk redd…. fordi jeg følte meg ikke psykisk syk¨, en annen pasient forteller ¨Slik legen forklarte PNES-anfallene til meg, kjente jeg meg ikke igjen i å ha dem. Slik hun forklarte det for meg, var det som om jeg var psykisk syk. Det var slik jeg følte det var ... så da trodde jeg ikke at jeg hadde det.¨ Kuyk *et al.* (2008) hevder også at en viktig del av behandlingen er å forstå og få en forklaring på bakgrunnen til anfallene. Dette kan utdypes videre gjennom teorien til Antonovsky (2014) som omhandler opplevelse av sammenheng (OAS). Når pasienter ser sammenhenger mellom tidligere livshendelser og anfallene, vil kunne ha lettere for å akseptere diagnosen og være mer mottagelig for videre behandling (Tuft *et al*., 2015). Pasienter som får hjelp til å integrere sine personlige opplevelser i sin sykdomsoppfatning, synes det er lettere å akseptere diagnosen. Dette reiser spørsmålet om en klar teori om årsakssammenheng av tilstanden er nødvendig for at diagnosen skal kunne aksepteres (Karterud, 2013).

I tillegg til årsaksforklaring er kartleggingen av predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer er vesentlig i behandlingsforløpet for PNES (Lund *et al.*, 2009 og Tuft *et al.*, 2015). Predisponerende faktorer kan være genetiske faktorer, dysfunksjonelle familieforhold, gjennomgåtte psykologiske traumer, personlighetsforstyrrelser, dårlige strategier for å takle vanskelige situasjoner og nedsatte kognitive evner. Utløsende årsaker til å få PNES anfall kan være uløselige problemer, stress, tap av arbeid og nærpersoner, kirurgiske inngrep og/eller andre traumatiske opplevelser. Forhold som vedlikeholder kan være dysfunksjonelle familieforhold, isolasjon, affektive lidelser, manglende diagnose og manglende sosiale og finansielle gevinster (Lund *et al.*, 2009). Det ble også brukt i ¨psycho-educational intervention¨ til Mayor *et al* (2013) der andre samtale økten med pasientene gikk ut på å kartlegge før og etter anfall. Det gikk ut på å kartlegge når pasientene typisk fikk anfall, hvordan anfallet utarter seg og konsekvensene av det. Identifisere utløsende årsaker og trene på anfallskontroll teknikker og teknikker for distraksjon. Samme som i studien til LaFrance *et al.* (2009) der pasientene skulle lære å se anfallsutløsende årsaker.

Studien til Mayor *et al.* (2013) brukte noe de kaller for ¨psycho-educational intervention¨ i sin studie som førte til at pasientene opplever anfall reduksjon. Skårderud, Haugsgjerd og Stäicke (2013) hevder at psykoedukativ tilnærming vil kunne fremme pasienters egen kompetanse som å mestre symptomer og mentale ubehag ved å øke pasientens kunnskap. Forståelse av egen tilstand og kunnskap kan gi realistiske forventninger om prognose og bedring. Derfor kan kunnskap i denne vinklingen sees i et empowerment perspektiv, der kunnskap er makt (Eriksen, 2016).¨For at pasienter skal kunne ta besluttninger om egen helse, trenger han kunnskap¨ (Eriksen, 2016, s.902). Eide og Eide (2013) beskriver at empowerment er en prosess som sikter mot økt kontroll over det som påvirker medvirkning og egen helse. Begrepet "patient teaching" brukes om undervisning av pasienter, relatert til ulike diagnoser. I utviklingen av pasientkompetanse gjennom kommunisering av helseinformasjon har sykepleierens pedagogiske funksjon en sentral rolle. I pasientens utvikling av kompetanse og empowerment er informasjon, veiledning og undervisning viktige midler.

Pasienters brukermedvirkning står sentralt i lovverk og i yrkesetiske retningslinjer (Eriksen, 2015). I Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 ¨Pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasient eller bruker har blant annet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige tjenester former og undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.¨ (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For at pasienter skal kunne ta egne valg om egen helse trenger de kunnskap, og det er sykepleierens oppgave å legge til rette for at pasientener kan ivareta seg selv og sitt liv. Pasientens selvbestemmelsesrett (autonomi), informert samtykke og myndiggjøring (Empowerment) er i fokus (Eriksen, 2015). Dette kan også forklares gjennom Karterud, Risør og Haavet (2015) som hevder at pasientene som får integrerer sin sykdomsoppfatning, har lettere for å akseptere diagnosen. I yrkesetiske retningslinjer beskrives det at sykepleier skal ivareta medbestemmelsesretten til pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette kan utdypes videre i Eide og Eide (2013), de hevder at pasienter bør anses som autoriteter når det kommer til hvordan de opplever situasjonen og sykdommen, og hva som er viktig for dem. De fremhever betydningen av å la pasientene ha innflytelse på egen situasjon, møte de med respekt og ta pasientens perspektiv på alvor.

5.2 Kommunikasjon

Å formidle kunnskap til pasienter og hvordan man skal kommunisere med de er et tema som går igjen i flere av artiklene. I studien til Mayor *et al*. (2013) bruker de en kommunikasjonsprotokoll som omhandler blant annet hvordan man kommuniserer over diagnosen for første gang. Der de jobber med forståelsen av PNES, målet var å engasjere pasienten, etablere problemer som pasienten opplever og gi dem en forklaring på anfallene. Lafrance *et al*. (2014) og Lafrance *et al*. (2009) bruker kognitiv atferdsterapi som en av sine behandlingsmetoder. Kognitiv atferdsterapi går ut på å kommunisere med pasienten på en slik måte at sykepleier fremkaller og utforsker pasientens tanker og følelser, dette gjøres ved at sykepleieren bruker utforskende spørsmål i sin samtale med pasienten (Eide og Eide, 2013). Det vil være gunstig at sykepleier legger til rette for at pasienter får uttrykt sine følelser, opplevelser, behov, frustrasjon og frykt (Eriksen, 2015). I kommunikasjonsprotokollen til Mayor *et al.* (2013) gir de pasientene mulighet til å stille spørsmål om diagnosen.

Hvordan PNES diagnosen kommuniseres på, kan i følge Karterud, Risør og Haavet (2014) påvirke hvordan pasienten vil mestre sin egen diagnose. Dette utdypes videre av Eide og Eide (2013), de hevder at ved oppstått sykdom eller ved behov for hjelp har man ofte et stort behov for kunnskap og informasjon om diagnosen, prognosen, behandling og andre praktiske forhold rundt den nyoppståtte situasjonen pasienten befinner seg i. Det å gi god informasjon og veiledning er sykepleierens viktigste kommunikative oppgaver (Eide og Eide, 2013).

Det er beskrevet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleieren skal tilpasse informasjonen og forsikre seg om at informasjonen er forstått for å fremme pasienters mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Karterud, Risør og Haavet (2014) påpeker i sin studie at pasientene foretrakk håndfaste og enkle forklaringer om hva som forårsaker anfallene. De bruker en forklarende modell der biologiske,psykologiske og sosiale faktorer samhandler, og gir en gjenkjennelig refleksjon av pasientens liv, som bidrar til å normalisere diagnosen. En felles forståelse av diagnosen vil være prognostisk gunstig, og hos en del pasienter opphører anfallene når de får en forklaring på problemet (Lund *et al.*, 2009). Det anbefales å gi grundig informasjon om hvordan anfallene kan oppstå og forklare mekanismer som skjer ved en dissosiasjon (Tuft *et al*., 2015). Det er mange ubesvarte spørsmål og det er mye vi ennå ikke vet når det kommer til behandlingen av PNES (Lund *et al.*, 2009).

Sykepleieren trenger å være gode på å kommunisere av flere årsaker. Ved nyoppståtte og sårbare situasjoner, der pasienten kan føle at de har liten eller ingen kontroll over hva som skjer eller over egen situasjon, trenger pasienten god informasjon, støtte og empati. Hvis sykepleieren kommuniserer forståelig informasjon, på en støttende og empatisk måte, kan situasjonen fremstå som mer håndterbar for pasienten (Heyn, 2016).
Sykepleieren har et stort ansvar innenfor helsekommunikasjon, som innebærer å formidle kunnskap om helse, forståelse for og forutsetninger for formidlingen, samt konsekvenser av formidlingen. Kunnskapen må formidles på en slik måte at pasienten kan forstå og forholde seg til den, for at medvirkning og valg blir muliggjort, som igjen fører til at helse og livskvalitet fremmes (Eide og Eide, 2013).

Selv om kunnskapen om PNES er begrenset hevder studien til Karterud, Risør og Haavet (2014) at de fleste deltakerne fikk en forklaring de syntes var akseptable. De brukte forklaringsfraser, som hjalp de til å forstå hvordan kropp og sinn samhandler. Et annet relevant punkt de tar opp er viktigheten av det å bygge tillit og å bli kjent med pasienten. Et av hovedelementene i en hjelpende relasjon er empati. Empati fremmer tillit, som er en nødvendighet i relasjonsutvikling mellom sykepleier og pasient (Heyn, 2016). Karterud, Risør og Haavet (2014) påpeker at fase en i studien er å bli kjent med pasienten og bygge tillit. Faktorer pasienten mener er viktige for utviklingen av anfallene blir snakket om, og formidlingen av at pasienten ikke er "gal" eller simulerer anfall kommuniseres om.
Eide og Eide (2013) tar opp i sin bok om kommunikasjon at det finnes flere modeller og teorier for veiledning og kommunikasjon, men at det som er mest virksomt er mellommenneskelige faktorer som empati, og at relasjonsbygging er viktig slik Karterud, Risør og Haavet (2014) påpeker i sin studie.

5.3 Anfallskontroll = mestring og økt livskvalitet

Studien til Kuyk *et al.* (2008) og Mayor *et al.* (2013) fremhever hvordan pasienter viste forbedring i ikke bare anfallsreduksjon, men også hvordan det førte til mindre symptomer på angst, depresjon, økt mestring og livskvalitet. Siri Næss (1986) sin definisjon av livskvalitet (Sitert i Rustøen, 2016, s.84) går ut på at mennesker trenger opplevelsen av å ha interesser og engasjement. De føler samhørighet i form av at de har gode interpersonlige forhold, føler seg

vel som menneske og er åpen og mottagelig for glede. I tillegg til denne definisjonen er livskvalitet et subjektivt fenomen, og det bør tas hensyn til at det er individuelle forskjeller (Rustøen, 2016). Sykepleierens pedagogiske funksjon går ut på å veilede og undervise og innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for. Hensikten er å legge til rette for oppdagelse, vekst, utvikling og mestring for pasienter (Tveiten, 2008).

I behandlingsforløpet til Mayor *et al.* (2013) foretas en økt med pasientene som omhandler å bedre livskvalitet ved å identifisere aktivitetene og stedene pasientene unngår. Det gis en forklaring på hvorfor å unngå aktivitetene og stedene ikke er nyttig og det lages en plan sammen med pasientene for å gradvis gjenoppta aktivitetene de unngår, dette kommer også frem i Rustøen (2016). Håkonsen (2009) beskriver i sin bok at mennesker med frykt og angst prøver å unngå å komme i situasjoner eller oppsøke plasser som de forbinder med utrygghet. Pasienter med PNES vil ofte unngå å leve som "normalt", i frykt for at anfall skal oppstå på offentlige arenaer (LaFrance 2009). Rustøen (2016) beskriver at sykepleiere er opptatt av hvordan ulike plagsomme symptomer kan redusere livskvaliteten til pasientene, og at det er vesentlig for sykepleiere å kartlegge livskvalitet. Dette må gjøres slik at pasientens egen opplevelse av situasjonen kommer frem. For å få kartlagt livskvalitet brukes helst spørreskjemaer eller intervju av pasienten.

I studien til LaFrance *et al.* (2009) viste kognitiv atferdsterapi å være effektivt ved å redusere anfall og pasientene viste økt livskvalitet, familiefunksjon og psykososial funksjon. De hevder at pasientene viste forbedring fra basislinje fra første til siste økt. Skalaen vurderte depresjon, angst, livskvalitet og psykososial funksjon. LIFE-RIFT ble brukt for å måle den psykososiale funksjonen til pasientene i studien. Familiefunksjon ble vurdert som dårlig hos 57% av pasientene, og pasientene hadde usunne mestringsteknikker i utgangspunktet. ¨Mestringskompetanse betyr kompetanse til å meste¨ (Tveiten, 2008, s.39). For å bedre mestringsevnen til pasientene må sykepleier samme med pasienten avdekke og stimulere ressurser og/eller kompensere for manglende ressurser (Lode, 2016). Sykepleiere skal legge til rette for at pasientens mestringskompetanse utvikles og må da vurderes i forhold til ferdighetene og kunnskapen pasienten har behov for og hva pasienten mener selv er viktig (Tveiten, 2008). På den måten kan sykepleier hjelpe pasientene til å oppleve OAS (Opplevelse av sammenheng). ¨En person med sterk OAS velger den mestringsstrategien som

virker best egnet til å håndtere stressfaktoren han eller hun må håndtere (Antonovsky, 2014 ,s148) Igjen nevnes dette med pasient og brukermedvirkning, det er en forutsetning for en god mestringsprosess. Pasienten mestrer bedre om det legges til rette for at han kan utforme tilbudet sitt fra helsetjenesten (Lode, 2016). Funnene i studien til Mayor *et al*. (2013) fremhever de individuelle forskjellene på responsen på sin ¨psycho-educational intervention¨ og hevder at behandlingen må individualiseres for å ha optimal effekt.

I Karterud, Risør og Haavet (2015) påpekes det igjen viktigheten av hvordan måten PNES-diagnosen kommuniseres på. Måten diagnosen kommuniseres på kan påvirke mestring av tilstanden. Hvis sykepleieren formidler usikkerhet angående diagnosen, behandlingen eller pleien, ved at de selv mangler kunnskap eller at det ikke finnes nok kunnskap, kan dette gjøre slik at pasienten igjen blir enda mer usikker og opplever å miste kontroll, som igjen kan føre til dårlig mestringsfølelse (Lode, 2016).

5.4 Metodediskusjon

Det er ingen studier i denne litteraturstudien som er norskspråklige. Fagartiklene vi ble tilsendt av Karterud, er de eneste artiklene vi har kommet over som er norske i søkeprosessen. De utvalgte studiene er gjort i USA, Nederland, Storbritannia og en i Norge på Norske sykehus. Det kan gi begrensninger i forhold til kultur og det at velferdssystemene er forskjellige i andre land. Alle artiklene er engelskspråklige. Dette kan by på utfordringer i forhold til at viktige poeng kan gå tapt eller muligheter til å misforstå teksten. Det er brukt mye tid på å oversette korrekt og tolke kildene, for å være sikker på at kildene er fremstilt korrekt.

Under søkeprosessen stilte vi oss spørsmål om den ene artikkelen som var så gammel som 12 år ville svekke oppgaven våres. Vi valgte å bruke den til tross for alder, på grunn av relevansen for oppgaven og det poenget at det ikke er så mye å velge mellom. Det er også tatt i bruk annen fag- og pensumlitteratur, noen av bøkene er ikke av nyeste utgave eller årstall. Likevel anser vi de som relevante for vår oppgave, da de omhandler grunnleggende sykepleie og sykepleierteori, som er like aktuelt i dag.

Vi kom også over problemer med at det er utrolig lite forskning gjort på PNES som tema, det var mange av artiklene vi ikke hadde tilgang til, til tross for bruk av skolens databaser. Flere

av artiklene vi kom over hadde gjort like studier, eller at det var samme studien, med andre forfattere. Etter mye diskusjon kom vi frem til at det ville være gunstig for våres oppgave å se igjennom litteraturlista til Karterud for flere artikler. Derfor er ikke alle artiklene våres funnet med systematisk søk. Begrensninger i denne litteraturstudien er at studiene som er gjort er små, da det er få deltakere i studiene. Grunnen til dette kan være at PNES diagnosen er ukjent for mange, og at de ofte ikke får den behandlingen de trenger. Denne studien viser at det er mer rom for videre forskning i utøvelse av sykepleie til pasienter med PNES.

Etikk bør stå i fokus, da artiklene er basert på forskning av mennesker. For at forskning skal være troverdig er det viktig at forskerne følger de etiske prinsippene, og normsystemet innenfor forskning (Kunnskapsdepartementet, 2020) Alle artiklene våre viser til at pasientene har fått informasjon om studien og gitt samtykke muntlig og/eller skriftlig. Det er også skrevet i flere av artiklene at deltakere trakk seg fra undersøkelsen, dette mener vi sier noe om friheten til pasientene om å delta og hensynet tatt i forhold til etiske overveielser.

Problemstillingen i denne litteraturstudien er bred. Problemstillinger skal helst være konkret, presis og spisset, valgte vi en åpen og bred problemstilling fordi vi møtte på problemer med lite forskning som beskrevet ovenfor. Våre utvalgte artikler er basert på forskning som sier noe om hvordan pasienter med PNES kan oppleve anfallsreduksjon. Det er brukt flere metoder i studiene som går på prinsipper som sykepleiere bruker. Problemstillingen sier heller ikke noe om hvor sykepleier møter pasientene, studien tar utgangspunkt i at man møter disse pasientene på forskjellige arenaer som i boliger, hjemmesykepleien, ved sykehus og andre institusjoner. Ut i fra artiklene valgte vi å fokusere på utøvelsen av sykepleie relatert til samtale/møte med pasient, kommunikasjon, mestring og livskvalitet.

6.0 Konklusjon

Å leve med en psykisk lidelse medfører negative opplevelser for pasienter. Mennesker med en psykisk lidelse kan ha nedsatt funksjonsevne og dårlig livskvalitet. Pasienter med PNES diagnose opplever å ikke få den hjelpen de trenger, de blir oppfattet feil, bruker feil medisiner og de er ofte blitt feildiagnostisert først. Både det at det er forskjellige benevnelser på PNES og at PNES ikke er en egen diagnose i ICD10 gjør det vanskeligere å behandle. Pasienter føler på sinne, benektelse, mistro og forvirring da PNES kan forveksles med andre tilstander. Frykt for anfall, dårlige mestringsevner og lavere livskvalitet er også noe mange pasienter kjenner på.

Utøvelse av sykepleie er et vidt begrep. Kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon kommer ikke klart nok frem som en sykepleieoppgave i litteraturen, men uansett er prinsippene i dette noe sykepleiere bør gjøre i behandlingen/møte med PNES pasienter. I utøvelsen av sykepleie er tilstrekkelig kunnskap og erfaring innenfor et felt nødvendig for å kunne være en hjelpende relasjon. Sykepleiere må legge til rette for at pasientene får formidlet sin opplevelse av sykdom og beskrive sin situasjon. Gi pasientene kunnskap til å endre sin egen oppfatning av sykdommen, endre tankemønster og dermed vil pasientene kunne akseptere diagnosen lettere og behandling vil kunne mottas. Sykepleieren må da stille åpne spørsmål, og utforske pasientens følelser, opplevelser og frustrasjon. Det vil gjøre at pasientene lettere kan ta makt over egen situasjon.

Relasjonsbygging er viktig, og det må bygges tillit og vises empati. Når sykepleieren har holdninger som bygger på tillit og empati kan vedkommende ha en hjelpende relasjon. Pasientene bør møtes på en respektfull måte, der støtte og empati er vesentlig. Formidlingen av PNES diagnosen må skje med informasjonsformidling, behandling og realistisk prognose. Sykepleiere må se hele situasjonen, og et godt samarbeid er viktig. Kartlegging i form av å finne predisponible, utløsende og vedlikeholdende faktorer for anfallene er også noe som må gjøres i utøvelsen av sykepleie til pasienter med PNES.

God informasjon er en viktig del av sykepleier utøvelsen og det er nødvendig å tilegne seg nok kunnskap om diagnosen for å kunne undervise og veilede pasientene. Sykepleierne må hjelpe pasientene i form av samtale og å se sammenhenger mellom sykdommen og tidligere

livshendelser. Det må også legge til rette for at pasientens autonomi blir ivaretatt, ved å la pasientene ta en del i behandlingen, legge til rette for at de blir hørt når de forteller hvordan de opplever situasjonen og sykdommen, og at du legger vekt på hva som er viktig for dem.

Ved å gi pasienter kunnskap og kompetanse, samt ha fokus på god kommunikasjon og informasjon vil sykepleieren kunne bidra til å øke livskvalitet og mestring hos pasienter med PNES diagnose, da det fører til anfallsreduksjon. I tillegg til anfallsreduksjon vil pasientene vise mindre symptomer på depresjon og angst. Sykepleieren må sammen med pasienten finne ressursene eller kompensere for manglende ressurser.

7.0 Litteraturliste

Andersen A.J (2018) Psykisk helse, i *Store Medisinske Leksikon.* Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/psykisk_helse (Hentet: 15. januar 2020).

Antonovsky, A. (2014) Helsens mysterium. 1. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Aveyard, H. (2014) *Doing a literature review in Health and Social Care - a practical guide*. 3rd edition. England: Mcgraw-Hill Education, Open University Press

Berge, T og Repål, A. (2010) *Den indre samtalen.* 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6. utg.Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H og Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner.* 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Engedal, K og Snoek, J. (2006). *Psykiatri kunnskap-forståelse-utfordringer.* 2.utg. Oslo: Akribe forlag.

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887 - 905.

Grov, E.K. (2016) Å bli pasient og hjelpetrengende, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 37- 53.

Helse- og omsorgsdepartementet (2017) *Mestre hele livet- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)* Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (Hentet: 14.februar. 2020)

Helsebiblioteket (2013) CINAHL tilgjengelig i helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket (Hentet: 14 Februar 2020)

Helsebiblioteket (u.å.a) PUBMED tilgjengelig i helsebiblioteket. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/pubmed (Hentet: 14 Februar 2020)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64 (Hentet: 30.03.20)

Holter, I.M. og Grov, E.K. (2016) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 27-36.

Heyn, L (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-395.

Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi.* 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacobsen, E. (2016) Helse og sykdom, i Knudstad, U. (red) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm, s. 56 - 76.

Karterud, H. (2017) *A troublesome diagnosis! Perceptions of illness and self in adolescents and adults with psychogenic, non-epileptic seizures (PNES).* Dr. art. avhandling. The National Centre for Epilepsy (SSE), Division of Clinical Neuroscience, Oslo University Hospital

Karterud, H., Risør, M. and Haavet, O., 2014. The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure*, 24, s.107-113. Doi: https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.006

Kim, H.S. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn - det kunnskaps filosofiske grunnlaget, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 142-155.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt. F og Skaug. E (2011) Om sykepleie, i Skaug. E(red) *Grunnleggende Sykepleie*. Bind 1. 2utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 15-28.

Kunnskapsdepartemanget (2020) *Etikk i forskningen*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/ (Hentet: 20.05.20)

Kunnskapsdepartementet (2008) Rammeplan for sykepleierutdanning. Tilgjengelig fra:https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (Hentet: 30.03.20)

Kuyk, J *et al.* (2008). Psychological treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures: An outcome study. *Seizure*, 17(7), s.595-603. Doi:https://doi.org/10.1016/j.seizure.2008.02.006

LaFrance, W. *et al*. (2009). Cognitive behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 14(4), s.591-596. Doi: https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2009.02.016

LaFrance, W. *et al*. (2014). Multicenter Pilot Treatment Trial for Psychogenic Nonepileptic Seizures. *JAMA Psychiatry*, 71(9). s. 997-1005. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.817

Lerdal, A. (2019) Forskningsartikkel eller fagartikkel?, i *Sykepleien*. Doi: 10.4220/sykepleiens.2012.0018 (Hentet 20.04.20)

Lode. K . (2016) Mestring, i Heggestad, A.K og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie.* 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 40-54.

Lund, C. *et al*. (2009). Psykogene ikke-epileptiske anfall. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129 (22), s.2348-2351.

Malt, U og Aslaksen, P. (2019) Psykiske lidelser. *I Store medisinske leksikon.* (Tilgengelig fra: https://sml.snl.no/psykiske_lidelser) Hentet 29. februar 2020

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie.* 5.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s.119-141.

Mayor, R. *et al.* (2013). A feasibility study of a brief psycho-educational intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure*, 22(9), s.760-765. Doi: https://doi.org/10.1016/j.seizure.2013.06.008

Norsk Epilepsiforbund (2014) *Q - Psykogene, ikke epileptiske anfall (PNES)* Tilgjengelig fra: https://www.yumpu.com/no/document/read/18372354/q-psykogene-ikke-epileptiske-anfall-pnes-norsk-epilepsiforbund (Hentet: 15.03.2020)

Norsk Helseinformatikk AS (2018) *Dissosiative lidelser: PNES.* Tilgjengelig fra: https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/dissosiative-lidelser-pnes/?page=all (Hentet 26.februar 2020).

Norsk Helseinformatikk AS (2018) *Randomisert, kontrollerte studier- en gullstandard.* Tilgjengelig fra: https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/om-forskning/randomiserte-kontrollerte-studier/ (Hentet 19.april 2020).

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske rettningslinjer for sykepleiere.* Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile (Hentet 17.04.20)

Næss, E.T. (2020), Dissosiativ lidelse, i *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: https://sml.snl.no/dissosiativ_lidelse. (Hentet 14. februar 2020)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter.* Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63 (Hentet 07.05.20)

Persvold, A (2019) Heterogen, i *Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/heterogen (Hentet 30. mars 2020)

Rustøen, T. (2016) Livskvalitet og velvære, i Heggestad, A.K og Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie.* 4.utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 80-107.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stäicke, E. (2013). *Psykiatriboken.* 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thidermann, I-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter; den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving.* 1.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Trygstad. H og Dalland. O, (2017) Kilder og Kildekritikk, i Dalland, O. (red) *Metode og oppgaveskriving.* 6. utg.Oslo: Gyldendal Akademisk, s 149 - 164.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis.* 2.utg. Oslo: Fagbokforlaget

Tuft *et al*. (2015). Behandling ved psykogene ikke-epileptiske anfall, i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135 (16), s.1449-1451. (Tilgjengelig fra: https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2015--1449-51.pdf)

NTNU

Kunnskap for en bedre verden