

# BACHELOROPPGÅVE

## Relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasientar med tvangslidingar.

Korleis kan sjukepleiar bygge relasjon med pasienten som fremmar vidare behandling?

av

Kandidatnummer 69, Sissel-Marie Finne

Relationshipbuilding / building a relationship between nurse and patients suffered from obsessive compulsive disorder.

Emnekode og namn: Bachelor i sjukepleie, SK152

---

Innleveringsdato: 19.4.2013

---

Tal ord: 6943

---

Rettleiar: Valbjørg Espeland

---

# Samandrag

## Tittel:

Relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasientar med tvangslidingar.

## Bakgrunn for valg av tema:

Fleire av pasientane eg vart kjent med i praksis lei av tvangstankar og/eller tvangshandlingar. Det var vanskeleg å vita korleis eg skulle gå fram for å bli kjent med pasientane slik at eg kunne vera til hjelp. Fleire ulike episodar i praksis gjorde at eg vart interessert og observant på det forholdet og den relasjonen som vart bygd mellom pasient og sjukepleiar. Ein god relasjon er viktig for å kunna hjelpa vidare. For å skapa denne relasjonen er ein avhengig av kommunikasjon. På bakgrunn av dette ynskte eg å tileigna meg meir kunnskap om emne.

## Problemstilling:

*Korleis kan sjukepleiar bygge relasjon med pasienten som fremmar vidare behandling?*

## Framgangsmåte:

Dette er ei litterær oppgåve. Det vil seie at eg har nytta informasjon frå skriftlege kjelder som alt eksisterer. I tillegg har eg med eigne erfaringar frå praksis.

## Oppsummering:

I denne oppgåva har eg drøfta korleis sjukepleiar kan bygga relasjonar med pasienten for å fremma vidare behandling. Det er lagt hovudvekt på pasientar med tvangslidingar. Forsking syner at eksponeringsterapi med responsprevensjon kan ha god effekt på denne pasientgruppa. Sjukepleiar må bli kjent med pasienten, bruka tid, forståing og dyktigheit for å oppnå ein god relasjon. Ved hjelp av relasjonskompetanse og kommunikasjon skapar ein tillit mellom pasient og sjukepleiar.

## **Abstract**

### **Title:**

Relationshipbuilding / building a relationship between nurse and patients suffered from obsessive compulsive disorder.

### **Background for choice of theme:**

Several of the patients I got to know during training suffered from obsessive compulsive disorders. It was challenging to find a suitable and effective approach to enable me to help them. Several episodes during training made me interested in the relationship that formed between patient and nurse. A good relationship is important in order for the nurse to be helpful. To create this relationship one is dependent on communication.

With this in mind, I wanted to gain more knowledge about this topic.

### **Problem statement:**

*How can a nurse build a relationship with a patient that facilitates further treatment?*

### **Procedures:**

This is a literary paper. This means I have used written sources for information. In addition I have used my own experiences from training.

### **Summary:**

In this paper I have examined how a nurse can build a relationship with the patient to facilitate further treatment. The focus of the paper has been patients with obsessive compulsive disorders. Research has shown that exposure treatment with response prevention may have a good effect on this group of patients.

The nurse has to get to know the patient; use time, understanding and skills to achieve a good relationship. By using competence in relationships and communication, the nurse creates trust, a very important foundation in order to help the patient in his/her treatment.

## Innhold

1	Innleiing .....	1
1.1	Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing av problemstillinga.....	2
1.4	Slik blir oppgåva løyst.....	2
2	Metode.....	3
2.1	Val av teori og relevant forskning .....	3
3	Teoridel .....	5
3.1	Relasjonskompetanse og kommunikasjon.....	5
3.2	Sjukepleieteori .....	6
3.3	Empati.....	6
3.4	Sjølvs-avsløring.....	6
3.5	4-perspektivmodellen.....	7
3.6	Tvangsliingar .....	7
3.6.1	Tvangstankar .....	7
3.6.2	Tvangshandlingar .....	8
3.6.3	Tvangsmessig tvil.....	8
3.7	Behandling.....	8
3.7.1	Kognitiv åtferdsterapi (KAT).....	8
3.7.2	Eksponeeringsterapi med responsprevensjon(ERP) .....	8
3.7.3	Medikamentell behandling .....	9
3.8	Forsking .....	9
4	Korleis kan sjukepleiar bygge relasjon med pasienten som fremmar vidare behandling? 10	
4.1	Case/situasjon .....	10
4.2	Bygge relasjon med pasienten .....	10
4.3	Korleis kan relasjonen danne grunnlag for hjelp i kvardagssituasjonar? .....	12
5	Veikskap og styrke .....	15
6	Konklusjon .....	16
	Litteraturliste .....	17

# 1 Innleiing

Relasjonskompetanse handlar om å forstå og å kunna samhandla med dei menneska ein møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte. Ein skal kommunisera slik at det ein formidlar gjev meining, at ein beheld den overordna hensikta med samhandlinga og at ein ikkje krenker den andre parten. Det er viktig at sjukepleiaren tek i vare den andre sine legitime interesser i samhandlinga. Sjukepleiar må vera i stand til å etablera ein relasjon til pasienten, vedlikehalda denne relasjonen over tid og avslutta profesjonelle relasjonar på ein god måte (Røkenes og Hansen, 2012, s. 9-10).

Som sjukepleiar må ein forholda seg til pasienten som eit subjekt og som eit medmenneske. Ein må kunna handtera den andre sine følelsar, ynskjer og vilje. Ein må møta heile menneske, ikkje berre objektet. Eit objekt er noko ein handterer medan eit subjekt er noko ein kommuniserer og samhandlar med. På denne måten blir det å forholda seg til pasienten meir fundamentalt enn det å gjere noko med han. Relasjonskompetanse inneber at sjukepleiar er i stand til å møta den andre som eit subjekt og til å handle instrumentelt i dei situasjonar og relasjonar der dette er hensiktsmessig (Røkenes og Hansen, 2012, s. 13).

Ein definerer tvangstankar som ikkje ønska, ufrivillige tankar som ein opplever som eg-framande. Dette betyr at personen oppfattar tankeinnhaldet som framand og utafør eiga kontroll. På tross av dette kan dei som har tvangstankar erkjenna at tankane har eit eige sinn og ikkje er påført av andre. Tvangshandlingar er ein ikkje kontrollerbar og vedvarande trong til å utføra visse handlingar eller åtferd for å letta på ei spenning som elles ville vore uuthaldeleg. Angst er sentralt i forståinga av tvangssyndromet og fobiar, som kan betraktast som variasjonar av angstfenomenet. Tvangsfenomenet, Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) deler ein inn i tvangstankar (obsesjonar) og tvangshandlingar (kompulsjonar). Fobi kan ein betrakta som tvangsprega fryd (Hummelvoll, 2010, s. 149-150).

Pasientar med diagnosen OCD kan bli behandla i heimen, poliklinisk eller ved innlegging ved ein psykiatrisk institusjon. Tidlegare meinte ein at tvangslidingar var noko som nesten aldri førekom og at det nesten var uråd å helbereda. Etter nærare ettersyn viste det seg at lidinga var førti gonger meir vanleg enn antatt og at den no rammar 2 til 3 % av befolkninga (Aarre og Kennair, 2011, s. 47).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg gjennomførte praksis i psykisk helsearbeid på ein døgnavdeling ved eit distriktpspsykiatrisk senter. Denne praksisen vart spesiell fordi eg her måtte nytta meg sjølv som hovudverktøy i arbeidet med pasientane på ein ny måte. Alle pasientane var ulike og trengte ulik omsorg. Korleis ein tilnærma seg pasientane varierte og ein var avhengig av å skapa ein god relasjon for å kunna hjelpa.

Fleire av pasientane lei av tvangstankar og/eller tvangshandlingar. Fleire ulike episodar i praksis gjorde at eg vart interessert og observant på det forholdet og den relasjonen som blir bygd mellom desse pasientane og sjukepleiar. Eg såg viktigheita av ein god relasjon for å kunna hjelpa dei vidare. For å skapa denne gode relasjonen er ein avhengig av god kommunikasjon. Drøftingsdelen i oppgåva tek utgangspunkt i eit case basert på nettopp dette.

## **1.2 Problemstilling**

*Korleis kan sjukepleiar bygge relasjon med pasienten som fremmar vidare behandling?*

## **1.3 Avgrensing av problemstillinga**

Eg har avgrensa denne oppgåva til å omhandla relasjonar mellom sjukepleiar og pasient som lir av Obsessive-Compulsive Disorder og som får eksponeringsterapi som behandling. Den tek føre seg pasientar som er innlagt og blir behandla ved ein psykiatrisk institusjon då det er dette eg har erfaring med frå praksis. Oppgåva er avgrensa til å omhandla vaksne menn og kvinner over 18 år. Pasientar med OCD kan behandlast både medikamentelt og ved hjelp av psykoterapi. Eksponeringsterapi er ein form for kognitiv åtferdsterapi og er den behandlingsforma det her er lagt størst vekt på då eg meiner den har ein direkte relasjon til problemstillinga i oppgåva. Andre behandlingsmåtar er nemnd men ikkje gått nærare inn på i drøftingsdelen.

## **1.4 Slik blir oppgåva løyst**

Det vil fyrst bli gjort greie for korleis eg har gått fram for å finna og velja ut litteratur om emne. Deretter kjem ein del som presenterer den teorien eg fann mest relevant for oppgåva. Problemstillinga blir drøfta ved hjelp av ein case ut frå faglitteratur og egne erfaringar. Veikskap og styrker ved oppgåva blir nemnd før den blir avslutta med ein konklusjon som skal trekkje tråden mellom problemstillinga og det eg har kome fram til under skriveprosessen.

## 2 Metode

I denne oppgåva hentar eg informasjon frå skriftlege kjelder som alt eksisterer. Det vil altså sei at eg nyttar litterær oppgåve som metode (Magnus og Bakketeig, 2000, s. 37). Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å skaffa seg eller etterprøva kunnskap. Grunnlaget for å velja ein bestemt metode er at me meiner den vil gje oss gode data og belysa spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte (Dalland, 2007, s. 81).

For å finna fram til den litteraturen eg trong har eg fyrst forsøkt å finne ut om den er relevant for den problemstillinga eg arbeider ut i frå. Så langt det har latt seg gjere har eg nytta fyrstehandskjelder i arbeidet. Fyrstehandskjelder er den originale utgåva av ein tekst eller seinare opptrykk av denne (Dalland 2007, s. 77). Eg har og sett krav om at dei forskingsartiklane eg skal nytta i oppgåva inneheld eit kort samandrag (abstract) og at dei ikkje er eldre enn ti år.

Kvantitativ metode tek sikte på å omforma informasjon til målbare einingar som gjev oss moglegheit til å utføra rekneoperasjonar som til dømes å finna gjennomsnitt eller prosent av ei større mengd. Kvalitativ metode tek sikte på å fange opp meningar og opplevingar som ikkje lar seg talfesta eller måla. Begge desse metodane tek i større eller mindre grad sikte på å bidra til ein betre forståing av det samfunnet me lever i og korleis enkelt mennesker, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2007, s. 82).

### 2.1 Val av teori og relevant forskning

Då eg skulle finne relevant litteratur som kunne brukast i denne oppgåva nytta eg pensumlista frå faget Kommunehelseteneste og psykisk helsearbeid. Eg gjekk og inn på biblioteket sine sider, Bibsys. Her vart ulike søkeord som relasjonskompetanse, tvangslidelser, relasjonar og kommunikasjon nytta. Det kom opp mange forslag til bøker om desse emna og nokre av dei som virka mest interessante vart vald ut.

Det er nytta ulike databasar for å finna fram til forskingsartiklar som eg meiner har direkte relevans for oppgåva. Ein oversikt over artiklane og innhaldet er presentert i vedlegg 2. Søkeord som Obsessive Compulsive Disorder (tvangslidelser), relation (relasjonar), relationship building (relasjonsbygging), communication (kommunikasjon), patient-nurse relationship (pasient-sjuepleiar forhold), mental illness (psykisk sjukdom), exposure treatment with response prevention (eksponeringsterapi med responsprevensjon) og institution (institusjon) er brukt i ulike kombinasjonar for å avgrensa søka. Dei same søkeorda vart og nytta i søketenesta Google.

På Helsebiblioteket.no nytta eg norske søkeord og søkte etter retningslinjer om emne. Ein tabell med oversikt over dei ulike søkeorda og treffa finn du i vedlegg 1. til oppgåva.

I databasen Academic Search Premier nytta eg søkeorda nurse patient relationship AND mental illness (259 treff) og fann to relevante artiklar. Shattell, Starr og Thomas sin "Take my hand, help me out": Mental health service recipients`experience of the therapeutic relationship" (2007) og Cameron, Capur og Campbell sin «Releasing the therapeutic potential of the psykiatric nurs: a human relations perspective of the nurse-patient relationship» (2005). Den fyrste artikkelen valde eg å ta med fordi den beskriv korleis psykisk sjuke pasientar

opplever å bli forstått av helsepersonell. Den andre artikkelen syner nokre hindringar ein kan møte på under relasjonsbygging mellom sjukepleiar og pasient.

Ved å nytta søkeorda exposure treatment and obsessive compulsive disorder(54800 treff) i google fann eg fram til ein artikkelen av Foa et.al. «Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder» (2005). Denne artikkelen fann eg interessant då den tek føre seg behandlingsmetodar.

Søkeorda Obsessive Compulsive Disorder AND ERP(fem treff) i databasen Cinahl fann fram til ein artikkelen av Oldfield, Salkovskis og Taylor, “Time-intensive cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series and matched comparison group”(2010). Denne artikkelen fann eg relevant for oppgåva fordi pasientar ofte er innlagt ved ein institusjon for ein kortare periode og då får intensive behandling.



### 3 Teoridel

I dette kapitlet vil eg presenterer den teorien oppgåva byggjer på.

#### 3.1 Relasjonskompetanse og kommunikasjon

Relasjonskompetanse handlar om å forstå og å samhandla med pasientane på ein god og hensiktsmessig måte. Dersom ein er relasjonskompetent kommuniserer ein på ein måte som gjev mening, tek i vare den overordna hensikta med samhandlinga og passer på at ein ikkje krenker den andre parten. Sjukepleiar bør bidra til at pasienten forstår, men og til at sjukepleiaren sjølv forstår pasienten. Dette skjer gjennom ein kontinuerleg prosess der sjukepleiar er opptatt av å forstå det pasienten forstår og å dele sin eigen forståing i ein gjensidig dialog. På denne måten vert det skapt ein meningsfull samhandling mellom dei to (Røknes og Hansen, 2012, s. 9-11).

Kommunikasjon kan definerast som utveksling av meningsfylte teikn mellom to eller fleire partar (Eide og Eide, 2012, s. 17). Det er ein vedvarande, dynamisk og endrande prosess og eit samspel kor ein påverkar andre og samstundes blir påverka sjølv. Ein skal ikkje berre overføra informasjon eller meningar frå ein person til ein annan, men og skapa desse meningane ved hjelp av gjensidig forhandling mellom dei involvert. I samhandling mellom menneskjer er kommunikasjon naudsynt for fellesskapet, anten det handlar om samferdsel, samvær, samtale eller samforståing (Hummelvoll, 2010, s. 380-381).

Verkemidlet i relasjonen er som nemnd kommunikasjon, noko som er ein prosess med mange sider og eit symbolsk samspel. Bodskapen som vert formidla har innholdsmessige og relasjonelle komponentar. Den innholdsmessige parten av eit bodskap handlar om det som faktisk vert sagt med ord. Den relasjonelle delen handlar om korleis ting blir formidla. Her er det altså snakk om non-verbal kommunikasjon og dermed korleis mottakaren oppfattar innhaldet i bodskapen. Ved hjelp av våre kroppslege uttrykk får orda styrke og kraft på same måte som bodskapen kan gjerast komplett, dempast, avkreftast eller motseiast av ansiktsuttrykka og gestane våre, tonefallet og stemmebruken vår (Hummelvoll, 2010, s. 384-385).

Kommunikasjon føregår mellom menneskjer som er ulike i føresetnad, sinnsstemning og «dagsform». Situasjonen og omstende kring kommunikasjonen vil variera og difor verka inn på klima og den atmosfæren som samhandlinga skjer innafor. For å kunna meistre dette er det naudsynt at deltakarane gjensidig greier å tilpassa seg situasjonen og kvarandre. Det er viktig å ha ein slik forståing når alliansen mellom sjukepleiar og pasient skal utviklast. For å etablere kontakt må ein evna å oppfatta den andre parten og den situasjonen dykk er saman om å skapa. Ut frå denne situasjons og personsforståinga evnar ein å variera og tilpassa kommunikasjonsmåtane deretter (Hummelvoll, 2010, s. 381).

Den menneskelege kommunikasjonen føregår ved hjelp av symbol (primært med ord, men og klede, handtrykk og kroppshaldningar). Det blir utfordrande å kommunisera når symbola har ein anna tyding enn det som vert oppfatta umiddelbart. Ein nyttar symbol for å overføra tankar, opplysningar og erfaringar til andre. Difor vil evna til å abstrahera og symbolisera vera viktig for utviklinga av relasjonar. Sjukepleiar treng innleving i pasienten sin situasjon for å vita kva symbol som passar for å formidla idear og kunnskap eller for å markera at ein har

forstått den andre. Dei som samtalar må forhandle seg fram til ein felles forståing av symbola for å få fram sjølve meininga i budskapet (Hummelvoll, 2010, s. 381-382).

### 3.2 Sjukepleieteori

Joyce Travelbee vart fødd i USA i 1926. Ho arbeida som psykiatrisk sjukepleiar og var spesielt oppteken av dei mellommenneskelege aspekta ved sjukepleia (Kristoffersen, 2008, s.26).

I følgje Travelbee har sjukepleiaren i oppgåve å etablera eit menneske-til-menneske-forhold med pasienten. Begge partar skal oppfatta og forholde seg til kvarandre som ulike, menneskelege individ og ikkje som «sjukepleiar» og «pasient». Ho meiner at det er fyrst når det enkelte individet i interaksjonen opplever den andre som menneske at ein ekte kontakt oppstår. Menneske-til-menneske-forholdet er det verkemidlet som i følgje Travelbee gjer det mogleg å oppfylle sjukepleiaren sitt mål og hensikt. Nemleg å hjelpa individet med å førebygga eller meistra sjukdom og lidning og med å finna mestring i desse erfaringane. Alt det sjukepleiar seier og gjer saman med den sjuke bidreg til å nå måla og er eit steg på vegen mot menneske-til-menneske forholdet. Dette forholdet vert bygd opp dag for dag medan ein samhandlar med den sjuke, noko som betyr at sjukepleiaren må vete kva ho gjer, tenkjer, føler og erfarer. Sjukepleiarintervensjonen må strukturerast i full bevisstleik om kva ho gjer og utnytta all tilgjengeleg kunnskap og innsikt (Travelbee, 2003, s. 171-172).

### 3.3 Empati

For å kunna vera der for pasientane når dei treng ein er det å vera seg sjølv, vera ekte og nær eit naudsynt grunnlag for å danna meiningsfulle møter. Dette krev empati (innlevande forståing). Empati vil seie at ein mest mogleg presist oppfattar den andre sin subjektive verden(den indre referanseramma) med den emosjonelle komponenten og meininga som om ein var den andre personen, men utan at denne «som om»-bestemminga går tapt. Dersom denne presiseringa går tapt er det ikkje lenger empati men ein tilstand som er prega av identifikasjon(Hummelvoll, 2010, s. 382-383).

Empatisk forståing kan ein forklara som ein prosess som gjennomgår fire fasar: Den fyrste fasen er identifikasjon. Gjennom bevisst avspenning prøver ein å ta i mot og bli opptatt av pasienten sin oppleving. Den andre fasen er inkorporering. Ein tek her inn pasienten sin oppleving og kjenner på kva følelsar dette vekker. I gjenlydsfasen føregår det eit samspel mellom dei følelsane hjå pasienten som er internalisert i hjelparen og dei opplevingane og fantasiane som hjelparen har sjølv. Den siste fasen kallar ein lausrivinga. Hjelparen lausriv seg frå den personlege involveringa i pasienten og går heilt tilbake til sin eigen identitet. Målet for sjukepleiar må vera å nærma seg pasienten sin sjølvforståing og oppleving av verda. Ein open og innlevande forståing vil kunna danna grunnlag for å syna seg sjølv(Hummelvoll, 2010, s. 383).

### 3.4 Sjølv-avsløring

Sjølv-avsløring er ein handling kor individet gjev seg sjølv til kjenne, gjev av seg sjølv – slik at andre kan oppfatta og forstå.

Sjølvs-avsløring vil lettare finna stad i eit rom som har mjuk atmosfære og når sjukepleiaren er nærværande, varm og villig til å gje seg sjølv til kjenne. Forholdet mellom pasient og sjukepleiar bør vera prega av gjensidig tillit og aksept (Hummelvoll, 2010, s. 383-384).

### 3.5 4-perspektivmodellen

I situasjonar der menneske møter kvarandre kan ein tenkje seg fire grunnleggjande perspektiv eller posisjonar som situasjonen kan opplevast ut frå. Desse er grunnleggjande i all kommunikasjon og samhandling, men det som skjer i samhandlingsprosessen er og avhengig av kva samanheng eller kontekst samhandlinga går føre seg i (Røkenes og Hansen, 2012, s. 39-40).

Eigeperspektivet: Me ser verda frå vårt eige perspektiv og på bakgrunn av eigne erfaringar, personlegdomen vår, eigne haldningar og kunnskap. I alle desse situasjonane trekkjer me inn ein for-forståing og ein sjølvforståing som har noko å seia for korleis me tolkar andre si åtferd og føreheld oss til omgjevnadane og til andre menneske (Røkenes og Hansen, 2012, s. 40).

Andre perspektivet: I samhandling må me forholde oss til andre si oppleving av verda. Ein møter menneske som er ulike kvarandre i yrkessamanheng, men og ulik ein sjølv. Difor vil det alltid vera grunnleggjande å finne ut kvar personen ein samtalar med står. Ein må prøva å forholde seg slik at andre perspektivet blir ivareteke i samhandlinga (Røkenes og Hansen, 2012, s. 41).

Det intersubjektive opplevingsfellesskapet: Alle menneskjer har ei grunnleggjande evne til å kommunisera. Me deler meiningar, opplevingar og arbeidar saman om å gjere sider ved eigenverda felles. Slik skapar me eit opplevingsfellesskap. Å skape slike rammer for kommunikasjon er ein føresetnad for å forstå kvarandre (Røkenes og Hansen, 2012, 41-42).

Samhandlingsperspektivet: Dette perspektivet handlar om å forstå samhandlingsprosessen og relasjonen mellom partane. Metaperspektivet vil seie at ein set perspektivet i perspektiv. Når ein ser ting på denne måten inviterer ein den andre til å kommunisera om kommunikasjonen (Røkenes og Hansen, 2012, s. 42).

### 3.6 Tvangsliingar

Tvangslidingar består av tre hovudkomponentar: tvangstankar, tvangs messig tvil og tvangshandlingar. Alle tre komponentane må ikkje nødvendigvis vera til stades, men det er vanleg at dei opptrer saman i ulike kombinasjonar og styrker.

#### 3.6.1 Tvangstankar

Tvangstankar (obsession) er tankar som kjem ufrivillig og som er til plage for personen. Tankane har eit innhald som ikkje er knytt til lyst eller glede, men er til plage og medfører angst eller ubehag (Eknes, 2004, s. 19).

Vanlege tvangstankar er smittefrykt, grubling, frykt for sjukdom og ulykker, aggressive og seksuelle tankar (Norsk helseinformatikk, 2013)

### 3.6.2 Tvangshandlingar

Tvangshandlingar (compulsion) er ritual og handlingar som personen føler seg «tvungen» til å utføra, i den forstand at ubehag og eventuelt angst vert redusert ved å utføra bestemte handlingar. Dette er ikkje berre observerbar åtferd, men og mentale ritual som personen nyttar for å redusera uro og angst knytt til tvangstankar. (Eknes, 2004, s.19). Den vanlegaste tvangshandlinga er vasketvang, kontroll eller sjekking av låsar og kokeplater, samt telleritual(Norsk helseinformatikk, 2013).

### 3.6.3 Tvangsmessig tvil

Personar med tvangslidingar kan i overdriven grad tvila på seg sjølv. På avgrensa områder er sanseapparatet til personar som lir av tvang sett delvis ut av spel og irrasjonelle følelsar får dominera så mykje at personen føler seg plaga og nokon gonger til og med invalidisert. Mykje tyder på at menneskjer har eit stoppsignal som står på heile tida og kontrollerer oss, ein kontroll me ikkje kunna ha utført bevisst og samstundes fungert effektivt. Hjø personar med omfattande tvangslidingar når ikkje dei vanlege stoppsignala fram (Eknes, 2004 s.20).

## 3.7 Behandling

Personar som lir av alvorlege tvangsproblem kan blir skreve inn på ein psykiatrisk døgnavdeling. Ofte skjer dette som resultat av avmakt og oppgittheit hjå pasienten, pårørande og det lokale psykiatriske helsetilbodet. Intensiv behandling ved innlegging kan gje ein betydeleg betring på kort tid og dermed tenna håp både for pasienten sjølv og menneska rundt. For at denne behandlinga skal ha effekt på sikt er det naudsynt at ein opprettar eit samarbeid med det polikliniske tilbodet.

### 3.7.1 Kognitiv åtferdsterapi (KAT)

Kognitiv åtferdsterapi har klare grunnprinsipp frå læringspsykologi og konkrete behandlingsmetodar som er utvikla for bestemte typar problemåtferd. Behandlingsmetoden er revidert på grunnlag av funn frå behandlingforsking der ein har granska korleis ulike variablar verkar inn på utfallet. Grunnlaget for KAT er ein relasjon mellom pasient og behandlar som er prega av respekt og eit ynskje om endring. Det beste resultatet oppnår dei klientane som forstår problemanalysen og behandlingsopplegget og som engasjerer seg aktivt i behandlingssarbeidet(Bates og Grønberg, 2012, s.60).

### 3.7.2 Eksponeringsterapi med responsprevensjon(ERP)

Eksponering med responsprevensjon er ein metode i kognitiv åtferdsterapi som vert brukt i ei rekkje behandlingar der frykt og unngåing er ein viktig orsak til at problemet vert oppretthalde. Ved hjelp av eksponeringsverktøy kan behandlaren gjere det enklare for klienten å bryta med unngåingsåtferda og heller møta det som vekker følelsesmessig ulyst. Behandlinga kan ha fleire føremål som å dempa følelsesmessig ubehag, endra forventningar om fare og heva toleransen for negative følelsesmessige opplevingar (Bates og Grønberg, 2012, s.120-121).

Denne behandlinga er sett saman av to komponentar kor eksponering er den mest sentrale komponenten medan responsprevensjon er til for å støtte opp under eksponeringa. Under eksponering ved tvangsproblem er det vanleg at pasienten føler ubehag i forbindelse med eksponeringa, dette kallar ein svekking. Samstundes får klienten ny kunnskap som bidreg til å justera forventningar om risiko og reel fare. Gjennom slik eksponering vil og den generelle

toleransen for negative følelsmessige opplevingar auka. Målet med eksponeringa er at pasienten skal oppleve dei aktuelle følelsane i nærvær av ulike stimuli som utløyser reaksjonar og på denne måten gjer seg nye erfaringar (Bates og Grønberg, 2012, s. 120-121).

### 3.7.3 Medikamentell behandling

På 1970-talet vart det oppdaga at Klomipramin (Anafranil) var verksam mot tvangslidingar. Det har seinare synt seg at ei lang rekkje legemiddel og har god effekt. Felles for desse er at dei stimulerer serotoninomsetningen i sentralnervesystemet. Det fyste ein bør forsøka på pasientane er eit Anti depressivt middel av typen SSRI. Dersom dette ikkje gjev effekt etter 10-12 veker i høg nok dose, bør ein forsøka eit anna SSRI. Dersom heller ikkje dette gjev ynskja effekt bør ein forsøka klomipramin. I særleg utfordrande tilfelle kan ein kombinasjon av ulike medisinar vera naudsynt. Det er vitenskapleg dokumentert at det kan vera nyttig å leggje til visse Anti psykotiske legemiddel (Aare og Kennair, 2011, s. 48-49).

## 3.8 Forsking

Shattell et.al.(2007) gjennomførte ein sekundær analyse av kvalitative intervju (Szabo & Stang 1997) utført på personar med psykiske lidingar som omhandla denne pasientgruppa si oppleving av å bli forstått. Spørsmålet dei stilte seg under arbeidet med denne sekundæranalysen var: «Kva er terapeutisk ved det terapeutiske forholdet?». Undersøkinga konkluderer med at personar med psykiske lidingar ynskjer ein terapeutisk relasjon med sjukepleiarar eller anna helsepersonell. Dei ynskjer at sjukepleiaren verkeleg skal kjenna dei, innlemma tid, forståing og dyktigheit i sin omsorg.

Cameron et.al. (2005) sin oversiktsartikkel påpeikar at sjukepleiar er i ein unik posisjon til å etablere gode relasjonar til pasientane. Ein må satse på utdanning, trening og nøye kontrollering av sjukepleiarar som arbeider med psykisk sjuke for å oppretthalda det potensialet som ligg i relasjonen mellom sjukepleiar og pasient. Mykje av sjukepleiarane si tid går i realiteten med til administrative oppgåver, noko som fører til at tida til å prata med pasientane vert minimal og når problem oppstår er ofte ikkje sjukepleiaren godt nok informert om situasjonen Han konkluderer med at mest truleg vil sjukepleiarar som arbeidar med psykisk sjuke også i framtida bli dradd mellom teori og praksis.

Foa et.al. (2005) gjorde ein dobbel-blind randomisert placebo studie kor dei testa den relative og den kombinerte effekten av Klomipramin og eksponeringsterapi med responsprevensjon i behandlinga av personar med tvangslidingar. Studien konkluderer med at Klomipramin og eksponeringsterapi med responsprevensjon kvar for seg og i kombinasjon er effektive behandlingsmetodar for tvangslidingar. Eksponeringsterapi med responsprevensjon kan vera betre enn Klomipramin.

Oldfield et.al. (2010) sin studie er ein kvalitativ studie blant personar med tvangslidingar som syner at intensiv kognitiv åtferdsterapi er like effektivt som om ein gjennomfører slik terapi ein gong i veka. Ein meir intensiv behandling er eit godt alternativ for dei som bur langt vekke frå behandlingsstader. På denne måten kan dei få intensiv behandling over ein kortare periode kor dei til dømes er innlagt ved ein institusjon.

## 4 Korleis kan sjukepleiar bygge relasjon med pasienten som fremmar vidare behandling?

I dette kapittelet vil eg nytta eit case for å syna korleis bygging av relasjonar kan danna eit viktig grunnlag og vera til hjelp når ein arbeidar med personar med tvangslidingar. Teorien som tidlegare er presentert blir drøfta opp mot case og eg vil forsøka å finna eit svar på problemstillinga.

### 4.1 Case/situasjon

*Pasienten er ei 43 år gamal kvinne. Ho er vist til eit distriktspysykiatrisk senter på bakgrunn av stadig einsemd, at ho har snudd på døgeret og at ho kjenner seg svært plaga av tvangstankar og tvangshandlinga. Ho har diagnosen Obsessive Compulsive Disorder. Målet med innlegginga er at pasienten skal koma seg vekk frå dei vante omgjevnadane som ofte utløyser tvang. Grunna tvangen har pasienten hatt vanskar med å koma seg ut av leilegheita si og å halde avtalar. Det har difor vore vanskeleg å gjennomføra ein effektiv behandling.*

### 4.2 Bygge relasjon med pasienten

Pasientar med tvangslidingar er ofte sosialt tilbaketrekt og reserverte. Dei kan ha vanskar med å vise følelsar og utlevera seg sjølv. Korleis kan sjukepleiaren få pasienten til å gjera seg sjølv til kjenne? For å oppnå dette må pasienten føla seg trygg saman med sjukepleiaren og på avdelinga. Sjukepleiar må syna forståing og respekt gjennom dialog med pasienten og på den måten danna grunnlaget for ein god relasjon (Hummelvoll, 2010, s. 150-151).

Mitt fyrste møte med pasienten fann stad under ein innkomtsamtale. Fyrsteintrykket var at ho var tilbaketrekt, men samstundes gav ho god augekontakt. Pasienten hadde på førehand sagt det var greitt at ein student var tilstade. Forutan å helsa på kvarandre utveksla me ingen ord. Eg var nysgjerrig på korleis ein pasient med denne diagnosen oppførte seg og korleis dei tilsette føreheldt seg til ho. I ettertid ser eg at eg såg etter teikn på ein diagnose og ikkje etter eit menneske. Det kan vera ein utfordring å sjå personen bak sjukdomen, noko sjukepleiaren må tenkje over og vera merksam på.

Det kan vera ei utfordring å få ein pasient til å fortelja om seg sjølv og problema sin slik at sjukepleiaren oppfattar og forstår situasjonen riktig. På sikt vil dette som oftast vera ein fordel både for pasienten og sjukepleiaren, nettopp fordi dei tidleg får tak i kvar det verkelege problemet ligg og saman arbeida mot ei løysing. I byrjinga vel pasientane ofte ut kva opplysningar dei ynskjer å fortelja, noko som kan føra til at ein ikkje oppfattar situasjonen slik den er. Pasienten kan vera usikker på personalet og ha med seg positive eller negative erfaringar frå tidlegare innleggingar som er med på å prega opplevinga deira. Pasientane treng tid til å bli kjend med og føla ein nærleik til sjukepleiaren før dei deler tankar og opplevingar. Travle avdelingar med dårleg bemanning kan vera ein utfordring for relasjonsbygginga nettopp fordi sjukepleiaren si tid ikkje strekk til (Bates og Grønberg, 2012, s. 92-93).

Det er sjukepleiaren si oppgåve å etablera eit menneske-til-menneske-forhold til pasientane. Korleis kan ein oppretta ein god relasjon? Fyrst når både sjukepleiaren og pasienten opplever den andre som eit menneske oppstår det ein ekte kontakt mellom dei. Dette skjer når partane har gjennomgått det innlevande møtet, framvekst av identitet, empati og til slutt sympati og

medføling (Travelbee, 2003, s. 171-172). For å gjennomføre desse fasane må ein kunna kommunisera.

Kommunikasjon er ikkje like enkelt i realiteten som i teorien. Kven ein kommuniserer med og om kva står sentralt. Det sjukepleiar kommuniserer til pasienten bør vera fagleg godt gjennomtenkt og til hjelp. Det er ei lang rekkje ferdigheiter sjukepleiaren skal kunna beherska for å utøva hjelpande kommunikasjon samstundes som den ofte er open og ber preg av uforutsigbarheit. Det viktigaste er nok at ein anerkjenner den ein kommunisere med. Ein må kunna balansera det å lytta, vera open og samstundes direkte (Eide og Eide, 2012, s. 12).

Av og til kan ein tvila på om det er kommunikasjon mellom ein sjølv og pasienten. Korleis kan ein forstå dette? Ikkje alle menneskjer er like lett å koma inn på. Ein må bruka kommunikasjon for å finna ut om den budskapet ein utvekslar med pasienten blir forstått riktig både av ein sjølv og av pasienten. Det er og viktig at ein utviklar forståing for det den enkelte deltakaren i situasjonen kommuniserer (Travelbee, 2003, s. 147). Sjølv om sjukepleiaren har trening i å kommunisera med ulike menneskjer er dette ei stor utfordring fordi alle pasientane er ulike og kommuniserer ulikt.

Somme gonger kan non-verbal kommunikasjon erstatta ord. Ved hjelp av kroppshaldningar uttrykkjer ein ofte tydeleg om ein ynskjer at nokon skal komma innpå ein eller ikkje. Pasientar som ser vekk og ikkje møter blikket ditt kan bli oppfatta som unnvikande. Pasientar som kan verka sjølvsikte og tilfredse kan skjula heilt andre sider inne i seg. Andre igjen ser du blir letta når dei kommuniserer og ein føler ein er til hjelp berre ved å vera til stades og lytta. På same måte blir sjukepleiaren si haldning oppfatta av pasienten.

Bruk av rom og territorium er eit non-verbalt uttrykk for kva den enkelte person ynskjer av nærleik og avstand. Vårt personlege rom er det ikkje mogleg å sjå, men kroppen er det synlege sentrumet for dette rommet. Eit territorium knyter seg til ein spesiell stad kor me kan beskytta oss mot andre sin inntrenging. Innafor rom og territorium går det føre seg eit samspel med andre menneskjer og kor nært innpå rommet vårt ein slepp andre er avhengig av personleg tryggleik samt grad av tillit og kjennskap. Dette er ein av orsakana til at ein som sjukepleiar må arbeida målretta for å utvikla tillitsforholdet til pasienten slik at openheit blir mogleg (Hummelvoll, 2010, s. 385).

Ein finn uendelege mengder teori om relasjonar og kommunikasjon. Det meste kan ein nytta som god bakgrunnskunnskap, men realiteten er som oftast noko ulik teorien. Korleis kan sjukepleiar dra nytte av til dømes fire-perspektivmodellen? Slike modellar og teoriar kan få ein til å tenkje over korleis ein kan og bør gå fram i ulike situasjonar. Dei kan også få deg til å tenkje over di eiga innstilling og haldningar til pasienten.

Pasienten frå case hadde mange rutinar og ritual. Slik eg såg det gjorde ho ting vanskeleg for seg sjølv. Me ser verda frå vårt eige perspektiv. Ein bringer inn ei for-forståing og ein sjølvforståing som har betydning for korleis me tolkar andre si åtferd og korleis me føreheld oss til omverda og menneska kring oss (Røkenes og Hanssen 2002, s. 40). Det var vanskeleg å forstå at ting eg såg på som små bagatellar var store som fjell for ho. Men etter som tida gjekk forsto eg pasienten og situasjonen hennar betre. Eg såg kor mykje energi og tid dette tappa ho for og kor store konsekvensar sjukdommen hadde. I samhandling må me forholde oss til andre



si oppleving av verda. Ein møter menneske som er ulike frå kvarandre og frå ein sjølv og som er i heilt andre livssituasjonar. Då er det viktig å forholde seg slik at andreperspektivet blir ivareteke i samhandlinga (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 41).

Forskning syner at personar med psykiske lidingar ynskjer ein terapeutisk relasjon med sjukepleiar. Det krev visse føresetnadar for at dei skal opna seg. Tre faktorar spelar sentrale rollar i forholdet mellom pasient og sjukepleiar. Pasienten ynskjer ein relasjon til sjukepleiar, dei ynskjer at sjukepleiar skal kjenne dei som person og koma fram til ei løysing på problemet deira. For å oppnå dette må sjukepleiaren by litt av seg sjølv slik at det ikkje berre er pasienten som utleverer seg. Pasienten får då følelsen av at sjukepleiaren kjenner dei og omvendt.

I nokre tilfelle kan ein klapp på skuldra eller ein klem vera passande og etterlengta. Dette kan få pasientane til å føle at sjukepleiaren relatere seg til dei (Shattell m.fl. 2007). Men det er viktig at sjukepleiar er merksam på at kroppsleg berøring kan opplevast som positivt eller negativt avhengig av situasjon og varierer frå person til person (Eide og Eide, 2012, s. 210).

Kva utfordringar kan sjukepleiar møta under danning av ein terapeutisk relasjon med pasienten? For å bli kjent med pasientane må sjukepleiaren kunna syna genuin bekymring for vedkomande. Dei må formidla ein omsorg, oppriktigheit og forståing som pasienten oppfattar som ekte og dei må lytta. Sjukepleiaren kan hjelpe pasienten fram til ei løysing på problema ved å koma med råd, gje informasjon og konstruktive tilbakemeldingar (Shattell et.al. 2007).

Det er ein absolutt fordel at pasienten sjølv ynskjer å danna ein god relasjon til sjukepleiaren, ser sitt eige behov for hjelp og ser på sjukepleiaren som ein som vil hjelp. Dette kan vera med på å gjera pasienten trygg og igjen føra til at pasienten får mest mogleg ut av behandlinga. Dersom pasienten ikkje er positivt innstilt og føler seg utrygg kan det fort bli ein einvegs kommunikasjon frå sjukepleiar som pasienten har lite igjen for. Som regel er pasientane klar over problema sine og er på avdelinga nettopp fordi dei søker hjelp. Dei kan likevel ha problem med å formidla det dei tenkjer og føler (Bates og Grønberg, 2012, s. 150-151).

### **4.3 Korleis kan relasjonen danne grunnlag for hjelp i kvardagssituasjonar?**

Eksponeeringsterapi med responsprevensjon vert ofte omtala som den mest verksame behandlinga for tvang (Foa et.al. 2005). Denne behandlingsforma handlar om å utsette seg for eller vera i situasjonar kor ein vanlegvis utfører ein tvangshandling samstundes som ein unngår å utføra handlinga. (Aarre og Kennair, 2011, s. 48). Pasientar som lir av tvang utviklar ritual for å dempa angst i tillegg til å unngå det som er vanskeleg. Ein må difor supplera eksponeeringsterapien med responsprevensjon.

Pasienten frå case ynskjer å reisa på shopping. Ho har fri utgang sjølv, men vil ikkje reisa aleine. På vaktrommet blir det diskutert korleis ein skal løysa situasjonen. Ein veit at pasienten kjem til å ha vanskar med å bestemma seg under handleturen og at det kjem til å ta tid. Dei tilsette har ikkje moglegheit til å avsetje meir en eit par timar. Kva kan ein gjere i denne situasjonen for å hjelpe pasienten?



Kontaktsjukepleiar og avdelingsleiar blir einig om å forsøke å inngå ein avtale med klare rammer saman med pasienten før handleturen. Dei blir einig om kva tid pasienten skal vera klar for avreise, kva og kor mange butikkar dei skal gå inn på, plagg ho skal kjøpe og når dei skal returnera. Heile denne prosessen skal ta to timar og pasienten veit at dersom ho ikkje overheld avtalen blir handleturen avbroten. Sjukepleiar ber fyrst pasienten tenke nøye gjennom kva butikkar ho vil gå i og kva ho skal kjøpa. I samråd med sjukepleiar kjem pasienten fram til svaret. Neste gong ho skal på handling vonar ein at ho kan koma fram til desse tinga på eiga hand.

Det er viktig at ein tek eit steg om gongen og byrja med situasjonar pasienten er i stand til å takla. Målet er at ho på sikt kan eksponerast for fleire ting og samstundes overhalda avtalar og takla situasjonen. Handleturen går bra og pasienten synte at ho greier å halda dei avtalar som er sett opp. Nokre gonger måtte ho ha hjelp og støtte av oss for å ta avgjersler og koma seg vidare.

Tilbake i avdelinga kjem me saman fram til at målet må vera at ho til slutt kan reisa på handling sjølv og likevel vera tilbake til avtalt tid. Me avtaler at ved neste handletur skal ho gå inn i ein butikk aleine medan me ventar utafør. Dette blir neste steg på vegen mot å kunna reisa på shopping utan at tvangssymptoma skal få ta overhand. Følelsen av mestrigrig som pasienten opplevde etter handleturen vil mest truleg verka positivt inn på den vidare behandling. Pasienten ser at ho kan oppnå resultat og får lyst å gå vidare til neste steg. Det er viktig at sjukepleiar og pasient kommuniserer om kva som fungerer og ikkje fungerer undervegs. Sjukepleiar må passe på at ho ikkje tek behandlinga eit steg vidare før pasienten er klar for det. Då kan pasienten lett miste den oppnådde mestringskjensla og lysten på vidare behandling (Bates og Grønberg, 2012, s. 151).

Neste dag opplever eg pasienten stressa og utilpass. Ho ser på meg og seier «Det er denne tvangen». No er det å få genserane på plass i skåpet som uroar ho. Ho spør meg om hjelp. Når me kjem inn går pasienten over alle tinga sine, tel og rettar på dei. Ser på meg, ber meg og om å telje. Seier ho ikkje heilt stolar på seg sjølv. Går systematisk igjennom alt. Kleda som heng i skåpet må ikkje koma borti kvarandre fortel ho, og tel desse. Etterpå byrjar ho på nytt igjen.

Med tanke på gårdsdagen ber eg pasienten om å setje seg ned saman med meg slik at me kan bli einig om kva skal eg skal hjelpe til med og ho skal gjere sjølv? Me blir einig om kor i skapet genseren skal hengast og at det er eg som skal henga den fyrste på plass. Etterpå skal ho henga den andre på avtalt plass. Dette skal skje innan ei viss tid. Ein utfordring for sjukepleiar er at ein ikkje hjelper pasienten for mykje. Ein må prøva å hjelpa pasienten samstundes som ein held fokus på at pasienten skal eksponerast ( Bates og Grønberg, 2012, s. 151).

Pasienten fortel at store deler av dagane hennar går med til sjekking og at mange gjeremål difor er nærast umogleg å utføra. Dusj er ein av dei tinga ho kvir seg mest til fordi mykje må kontrollerast både før, under og etterpå. Me forsøker fleire gonger å avtala at ho skal dusja utan at det blir gjort. Korleis kan me saman med pasienten arbeide mot ei løysing på problemet?

Kontaktsjukepleiar og eg set oss ned ilag med pasienten, men denne gongen er ikkje pasienten like samarbeidsvillig. Det å dusja har blitt ein stor belastning som ho berre ser bakdelar med. Eg spør om ho ikkje liker følelsen etterpå? Jo, svarar ho. Ho er jo i grunn oppteken av å ta seg godt ut og kan ikkje minnst at ho ikkje har vorte nøgd etter ein dusj.

Me blir einig om at ho i kveld skal finna fram reine kle og handdukar. Ho treng ikkje tenkje på det å dusja i dag. Det er viktig at ein deler prosessen opp i ulike etappar som pasienten kan takle. Kor mange gonger i veka kunne du ha tenkt deg å dusja dersom dette ikkje hadde vore ei utfordring for deg, spør kontaktsjukepleiaren? Pasienten svarar tre gonger i veka. Korleis kan pasienten oppnå dette? Sjukepleiar foreslår at dei saman skal lage ein plan for korleis ho kan nå dette målet, men at dei fyrst skal konsentrera seg om mindre mål. Utfordringa her blir at pasienten denne gongen ikkje har ei «gulrot» å strekkje seg etter. Ho ser ikkje poenget med å dusja og det blir sjukepleiaren sin jobb å forsøka å få fram dei positive sidene ved dette.

Me forsøker å sjå føre oss heile prosessen og finna ut kva ulike utfordringar pasienten kjem til å møte undervegs. Etter kvart som pasienten taklar desse må ho eksponerast for dei. Når pasienten klarer å bli verande i situasjonen, utforska den og venta til den følelsmessige reaksjonen har lagt seg er det snakk om eksponering. Etter kvart vil ho forhåpentlegvis oppdaga fleire ulike måtar å takla situasjonar som fører til ubehag på. Ho vil og bli betre til å takla ubehag, usikkerhet og tvil. Sjukepleiaren seier at når ho blir trygg på ein ting er det viktig at ho repeterer dette i kvardagen sjølv om ikkje personale er tilstade, for å oppnå framsteg i behandlinga (Bates og Grøneberg, 2012, s. 120-122).

Pasientar med tvangslidingar vert ofte innlagt for ein kortare periode, noko som fører til at behandlinga kan bli noko intensiv. Ein fordel med eksponeringsterapi er at den er like effektivt sjølv om den vert gjennomført intensivt (Oldfield et.al. 2010). Ein må likevel hugse at god kommunikasjon og gode relasjonar mellom behandlar og pasient er avgjerande for gode resultat. Forsking tyder på at mykje av sjukepleiaren si tid går med til administrative oppgåver, noko som går ut over den tida dei har saman med pasienten. Ein treng tid saman for å læra kvarandre å kjenna. Sjukepleiarar som arbeidar med psykisk sjuke har ein unik moglegheit til å bli godt kjend med pasientane og danna gode relasjonar som legg eit godt grunnlag for vidare behandling (Cameron et.al., 2005)

## 5 Veikskap og styrke

I denne oppgåva har eg nytta variert litteratur om relasjonar/kommunikasjon og om OCD. Litteraturen er henta frå faglitteratur, pensumlitteratur, forskings-, og fagartiklar. Mykje av det stoffet som er nytta har går igjen i dei ulike kjeldane. Dette meiner eg styrker oppgåva. Forskingsartiklane satt eg krav om at skulle vara av nyare dato(ikkje eldre enn ti år). Dette meiner eg er med på å styrke oppgåva då det syner at emne er aktuelt for sjukepleie. Eg nytta både norske og engelske søkeord under søkeprosessen, noko eg ser på som ein styrke då ein på denne måten får tilgang til meir informasjon om emne.

Eg har teke med eit case i drøftingsdelen av oppgåva. Dette meiner eg vart ein styrke for oppgåva fordi eg lettare kunne drøfta problemstillinga ut frå egne erfaringar opplevd i praksis. Eg meiner eit slikt case gjer det lettare for lesaren å forstå samanhengen i oppgåva.

Denne oppgåva har ikkje teke for seg etiske aspekt som Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere eller Nasjonale retningslinjer om psykisk helse. Dette kan vera ein veikskap då dette emne er aktuelt for pasientar og sjukepleiarar som er omtala i oppgåva. Ut frå problemstillinga mi og omfanget av oppgåva har eg vald å ikkje vektleggja dette.

Behandlingsmetoden eksponeringsterapi med responsprevensjon vart systematisk utført av ergoterapaut ved avdelinga der eg hadde praksis. Eg fekk ikkje sjølv delta i denne prosessen i praksis, noko som kan vera ein svakhet for oppgåva.

Nokre av artiklane eg har nytta omhandlar psykisk helse generelt og ikkje tvangslidinga spesielt. Dette kan vera ein veikskap for oppgåva. Det er og materiale eg har lese undervegs som kunne vore med å styrka oppgåva som ikkje er teke med grunna omfanget på oppgåva.

## 6 Konklusjon

Gjennom arbeidet med denne oppgåva har eg funne ut at ein som sjukepleiar må bli kjend med pasienten, bruka tid, forståing og dyktigheit for å oppnå ein god relasjon. Ved hjelp av relasjonskompetanse og kommunikasjon må ein skapa ein tillit mellom pasient og sjukepleiar. Tid saman med pasienten er ein viktig faktor for å danna ein god relasjon. Ofte er det vanskeleg å få den til å strekke til, då mykje av sjukepleiaren sin arbeidsdag går med til administrative oppgåver.

Pasientar med OCD kan ofte vera sosialt tilbaketrekte og reserverte. Dei kan ha vanskar med å visa følelsar og utlevera seg sjølv. Nettopp difor meiner eg det er viktig å skapa gode relasjonar for å kunna hjelpa denne pasientgruppa. Fyrst når dei avslører kven dei eigentleg er og at dei har problem som dei treng hjelp til å løysa kan ein hjelpa dei.

Forsking syner at eksponeringsterapi med responsprevensjon kan ha god effekt på denne pasientgruppa. Ein slik behandling meiner eg vil vera vanskeleg å gjennomføra dersom pasienten ikkje har ein god relasjon til behandlaren.

Pasientane ynskjer ein terapeutisk relasjon med sjukepleiar, men dei set visse føresetnadar før dei vil utlevera seg sjølv for mykje. Dei må føla ein relasjon til sjukepleiaren, sjukepleiaren må og by litt på seg sjølv. Dei ynskjer at sjukepleiaren skal kjenna dei som person, ikkje berre som pasient og dei ynskjer at sjukepleiar skal kunna hjelpa dei med å finna ei løysing på problemet deira.

## Litteraturliste

- Aarre, T.F. & Kennair, L.E.O. (2011). *Angst og tvang* (2. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Bates, S. & Grønberg, A. (2012). *Om og om og om igjen: Kunnskapsbasert behandling av pasienter med tvangslidelser. En veileder for behandlere*. (1.utg.). Bergen: Vigmostad og Bjørke AS.
- Camerond, D., Kapur, R., & Campbell, P. (2005). Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 64-74.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eknes, J. (2004). *Tvangslidelse: Forståelse, diagnostisering og behandling*. (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E., Tu, Xin. (2005). Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 162, 151-161.
- Hummelvoll, J.K. (2010). *Helt-ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N.J. (2008). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4*.(s.26). (1.utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Norsk helseinformatikk. (2013). *Tvangslidelser*. Hentet fra <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/tvangslidelse>

- Magnus, p. & Bakketeig, L.S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Oldfield, V.B., Salkovskis, P.M., & Taylor, T. (2011). Time-intensive cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series and matched comparison group. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 7-18. doi: 10.1348/14466510X490073.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Shattell, M.M., Starr, S.S. & Thomas, S.P. (2007). «Take my hand, help me out”: Mental health service recipients' experience of the therapeutic relationship. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 274-284. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00477.x.
- Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Vedlegg 1. Søkeprosessen

Database	Søkeord	Antal treff	Dato for søk
Bibsys ask	Relasjonskompetanse	41	7.1.2013
Bibsys ask	Tvangslidelser	49	7.1.2013
Bibsys ask	Relasjoner	1391	7.1.2013
Bibsys ask	Kommunikasjon	3712	7.1.2013
Academic Search Premier	Obsessive Compulsive Disorder	6840	13.2.2013
Academic Search Premier	OCD+communication	67	13.2.2013
Academic Search Premier	Patient nurs relation	76	13.2.2013
Academic Search Premier	Nurs patient relationship AND mental illness	259	13.2.2013
Google	Exposure treatment and ocd	54800	20.2.2013
Google	Eksposeringsterapi med responsprevensjon	586	20.2.2013
Cinahl	Obsessive Compulsive Disorder	1829	20.2.2013
Cinahl	Relationshipbuilding	0	20.2.2013
Cinahl	Exposure treatment and ocd	7	20.2.2013
Cinahl	Obsessive Compulsive Disorder and ERP	5	20.2.2013
Helsebiblioteket.no	Tvangslidelser	71	11.3.2013
Helsebiblioteket.no	Relasjoner	951	11.3.2012
Helsebiblioteket.no	Relasjonskompetanse	0	11.3.2013
Helsebiblioteket.no/Retningalinjer/GIN	OCD	1	11.3.2013

## Vedlegg 2. Fag og forskningsartiklar

Data-base	Søke-ord	Artikkel	Forfatter/studieår/land	Føremål	Innsamling av data	Resultat/funn
Cinahl. Publisert i British Journal of Clinical Psychological Society	Obsessive Compulsive Disorder	<i>Time intensive cognitive behavior therapy for ocd: A case series and matched</i>	Oldfield, Salkovskis og Taylor. 2010. England.	Kvalitativ studie som undersøker om intensiv behandling med KAT er like effektivt som skjeldnare behandling med KAT for OCD pasientar.	Analyse av ei pas.gr. som får intensiv behandling og ei gr. som får behandling ein gong i veka.	Intensiv KAT behandling for OCD er like effektiv som behandling ein gong i veka.
Academic Search Premiere. Publisert I International Journal of Mental Health Nursing	Nurse patient relationship and mental illness	<i>Take my hand, help me out`: Mental health service recipients`expe rience of the therapeutic relationship</i>	Shattell, Starr og Thomas. 2007. Australia.	Finne ut kva som er terapeutisk ved det terapeutiske forholdet.	Sek.analyse av kvalitative interv. Utført på pers. med psyk. lidningar som omhandlar denne pas.gr. si oppleveing av å bli forstått omsorgen.	Pers.med psyk. lidningar ynskjer ein terapeutisk relasjon til spl.,at spl.skjal kjenna dei,innlemma tid,forståing og dyktigheit i omsorgen.



Data-base	Søke-ord	Artikkel	Forfatter/studieår/land	Føremål	Innsamling av data	Resultat/funn
Academic Search Premier. Publisert i National Journal of Mental Health Nursing.	Nurse Patient Relationship and mental illness.	<i>Releasing the therapeutic potential of the psychiatric nurse: a human relations perspective of the nurse-patient relationship</i>	Cameron, Kapur og Kampbell. 2005. Irland.	Påpeike at spl. er i ein unik posisjon til å etablere gode relasjonar til pas.	Oversiktsart. Som tek føre seg aktuell litteratur opp mot eigen kunnskap.	Ein må satse på utdanning, trening og kontrollar av spl.som arbeidar med psyk.sjuka for å oppretthalda det som ligg i relasjonen mellom pas./spl.
Google. Publisert i The American Journal of Psychiatry.	Exposure treatment and OCD	<i>Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination of OCD</i>	Foa et.al. 2005. USA.	Teste den relative og den kombinerte effekten av Klomipramin og eksp.terapi og ved ein kombinasjon av desse.	Dobbel blind randomisert studie. Ei gr. vart behandla med Klomipramin, ei med eksp.t. og ei med kombinasjon av desse to.	Klomipramin og eksp.terapi med resp.prevensjon kvar for seg og i kombinasjon er effektive beh.metodar for OCD. Eksp.terapi kan vera betre.