Sykepleien

Fag og forskning 2020

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

Referenser. 1. https://www.felleskatalogen.no/medisin/blaarev-register/a10ae56-1 (Lest 13.05.2020) **2.** Xultophy® SPC, avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). **3.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 04.05.2020). **4.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 04.05.2020). **5.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.3 (Sist oppdatert 04.05.2020). **6.** Xultophy® SPC, avsnitt 4.2, 4.4, 4.8 og 5.1 (Sist oppdatert 04.05.2020).

Xultophy«Novo Nordisk»

C ***Langtidsvirkende insulinanalog + GLP-1-analog.*** ATC-nr.: A10A E56

T **INJEKSJONSVÆSKE, oppløsning i ferdigfylt penn *100 enheter/ml + 3,6 mg/ml:*** *1 ml inneh.:* Insulin degludec 100 enheter (E), liraglutid 3,6 mg, glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre, natriumhydroksid, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll, som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. Se SPC for resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt.
Dosering: For å bedre sporbarheten skal navn og batchnr. protokollføres. Administreres 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, fortrinnsvis til samme tid hver dag. Administreres som dosetrinn. 1 dosetrinn inneholder insulin degludec 1 enhet og liraglutid 0,036 mg. Maks. daglig dose er 50 dosetrinn (insulin degludec 50 enheter og liraglutid 1,8 mg). Doseres iht. pasientens individuelle behov. Optimalisering av glykemisk kontroll anbefales vha. dosejustering basert på fastende plasmaglukose. Dosejustering kan være nødvendig ved økt fysisk aktivitet, endret kosthold eller annen samtidig sykdom. ***Ved overgang fra GLP-1-reseptoragonist:*** Behandling med GLP-1-reseptoragonist skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonist (f.eks. dosering 1 gang/uke), skal det tas hensyn til forlenget effekt. Behandlingen skal initieres på tidspunktet som neste dose av den langtidsvirkende GLP-1-reseptoragonisten skulle tas. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Overgang fra ethvert insulinregime som inkluderer en basalinsulinkomponent:*** Behandling med andre insulinregimer skal seponeres før behandling med Xultophy påbegynnes. Ved overgang fra annen insulinbehandling som inkluderer en basalinsulinkomponent, er anbefalt startdose 16 dosetrinn (insulin degludec 16 enheter og liraglutid 0,6 mg). Anbefalt startdose skal ikke overskrides, men kan reduseres for å unngå hypoglykemi i enkelte tilfeller. Streng glukosekontroll anbefales i overgangsperioden og i påfølgende uker. ***Som tillegg til orale glukosesenkende legemidler:*** Kan gis i tillegg til eksisterende oral antidiabetikabehandling. Anbefalt startdose er 10 dosetrinn (insulin degludec 10 enheter og liraglutid 0,36 mg). Som tillegg til sulfonylureapreparat bør dosereduksjon av sulfonylurea vurderes. ***Glemt dose:*** Anbefales tatt så snart den oppdages, og deretter gjenopptas vanlig doseringsregime med 1 daglig dose. Det skal alltid gå minst 8 timer mellom injeksjonene. Gjelder også når administrering til samme tid hver dag ikke er mulig. ***Spesielle pasientgrupper:*** *Nedsatt leverfunksjon:* Kan brukes ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon. Måling av glukose skal intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon. *Nedsatt nyrefunksjon:* Ved lett, moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon skal måling av glukose intensiveres og dosen justeres individuelt. Anbefales ikke ved terminal nyresykdom. *Barn og ungdom <18 år:* Bruk ikke relevant. *Eldre ≥65 år:* Kan brukes. Glukosemåling må intensiveres og dosen justeres individuelt. ***Tilberedning/Håndtering:*** For detaljert bruksanvisning, se pakningsvedlegget. Oppløsning som ikke fremstår som klar og fargeløs skal ikke brukes. Preparat som har vært frosset skal ikke brukes. Den ferdigfylte pennen skal kun brukes av én person. Den ferdigfylte pennen kan gi fra 1-50 dosetrinn i én injeksjon, i trinn på ett dosetrinn. Dosetelleren viser antall dosetrinn. For å unngå feildosering og potensiell overdosering skal det aldri brukes en sprøyte til å trekke legemidlet opp fra sylinderampullen som er i den ferdigfylte pennen. Utformet til bruk sammen med NovoFine injeksjonsnåler med lengde opptil 8 mm. Det skal alltid settes på en ny nål før hver bruk. Nåler skal ikke brukes om igjen: Gjenbruk av nåler øker risikoen for tette nåler, noe som kan føre til under- eller overdosering. Pasienten skal kaste nålen etter hver injeksjon. *Blandbarhet:* Skal ikke blandes med andre legemidler eller tilsettes infusjonsvæsker. ***Administrering:*** Kun til s.c. injeksjon i lår, overarm eller abdomen. Injeksjonssted skal alltid varieres innen samme område for å redusere risiko for lipodystrofi. Skal ikke gis i.v. eller i.m. Kan injisereres uavhengig av måltid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene.
Forsiktighetsregler: Skal ikke brukes ved diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose. *Hypoglykemi:* For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet, kan gi hypoglykemi. Ved behandling i kombinasjon med sulfonylurea kan risikoen for hypoglykemi reduseres ved å redusere sulfonylureadosen. Samtidig sykdom i nyre, lever eller sykdom som påvirker binyre, hypofyse eller thyreoidea, kan kreve doseendring. Pasienter som oppnår betydelig forbedring av blodglukosekontrollen (f.eks. ved intensivert behandling), kan oppleve endring i sine vanlige varselsymptomer på hypoglykemi, og må informeres om dette. Vanlige varselsymptomer kan forsvinne hos pasienter som har hatt diabetes lenge. Preparatets forlengede effekt kan forsinke restitusjonen etter hypoglykemi. Hypoglykemi kan svekke konsentrasjons- og reaksjonsevnen, og pasienten må rådes til å ta forholdsregler for å unngå hypoglykemi ved bilkjøring. Det bør vurderes om bilkjøring er tilrådelig for pasienter med nedsatt eller manglende forvarsler på hypoglykemi eller som opplever hyppige hypoglykemianfall. *Hyperglykemi:* Utilstrekkelig dosering og/eller avbrytelse av diabetesbehandlingen kan føre til hyperglykemi og potensielt til hyperosmolært koma. Ved seponering skal det sikres at retningslinjer for initiering av alternativ diabetesbehandling blir fulgt. Annen samtidig sykdom, især infeksjoner, kan føre til hyperglykemi og dermed føre til økt medisineringsbehov. Administrering av hurtigvirkende insulin bør vurderes ved alvorlig hyperglykemi. Ubehandlede hyperglykemiske tilfeller fører etter hvert til hyperosmolært koma/diabetisk ketoacidose, som er potensielt dødelig. *Kombinasjon med pioglitazon:* Hjertesvikt er rapportert ved samtidig bruk av pioglitazon og insulin, spesielt ved risikofaktorer for hjertesvikt. Dette må tas i betraktning hvis kombinasjonen vurderes. Hvis kombinasjonen benyttes skal pasienten observeres for tegn/symptomer på hjertesvikt, vektøkning og ødem. Pioglitazon skal seponeres ved forverring av kardiale symptomer. *Øyesykdom:* Intensivering av insulinbehandlingen med umiddelbar forbedret glykemisk kontroll kan være forbundet med forbigående forverring av diabetisk retinopati, mens langvarig forbedret glykemisk kontroll reduserer risikoen for progresjon av diabetisk retinopati. *Antistoffer:* Bruk av preparatet kan forårsake dannelse av antistoffer mot insulin degludec og/eller liraglutid. I sjeldne tilfeller kan forekomsten av slike antistoffer kreve dosejustering for å korrigere tendens til hyper- eller hypoglykemi. *Akutt pankreatitt:* Akutt pankreatitt er observert ved bruk av GLP-1-reseptoragonister, inkl. liraglutid. Pasienten bør informeres om karakteristiske symptomer, og ved mistanke om pankreatitt bør preparatet seponeres. Bekreftes akutt pankreatitt, bør behandling ikke gjennopptas. *Thyreoidea:* Thyreoideabivirkninger, slik som struma, er rapportert, spesielt ved allerede eksisterende thyreoideasykdom. Preparatet bør derfor brukes med forsiktighet til disse pasientene. *Inflammatorisk tarmsykdom og diabetisk gastroparese:* Ingen erfaring, og preparatet anbefales derfor ikke til disse pasientene. *Dehydrering:* Tegn/symptomer på dehydrering, inkl. nedsatt nyrefunksjon og akutt nyresvikt, er rapportert. Pasienten bør informeres om potensiell risiko for dehydrering i forbindelse med GI-bivirkninger og ta forholdsregler for å unngå væskemangel. *Feilmedisinering:* Pasienten skal informeres om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling med andre injiserbare diabetespreparater. Antall valgte dosetrinn på pennens doseteller skal kontrolleres visuelt, og det kreves derfor at pasienter som skal injisere selv kan lese av dosetelleren. Blinde/svaksynte skal alltid få hjelp/assistanse fra annen person med godt syn, og som har fått opplæring i bruk av pennen. *Ikke-undersøkte populasjoner:* Overføring til preparatet fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt. Ingen erfaring med behandling av pasienter med kongestiv hjertesvikt NYHA klasse IV, og preparatet anbefales derfor ikke til bruk hos disse pasientene. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Farmakodynamiske interaksjonsstudier er ikke utført. In vitro-data tyder på at potensialet for farmakokinetiske interaksjoner knyttet til CYP og proteinbinding er lav for både liraglutid og insulin degludec. En rekke stoffer påvirker glukosemetabolismen og kan kreve dosejustering. Betablokkere kan maskere symptomer på hypoglykemi. Oktreotid/lanreotid kan enten øke eller redusere behovet for Xultophy. Alkohol kan forsterke eller redusere den hypoglykemiske effekten av preparatet. Følgende kan redusere behovet for preparatet: Antidiabetika, MAO-hemmere, betablokkere, ACE-hemmere, salisylater, anabole steroider og sulfonamider. Følgende kan øke behovet for preparatet: Orale antikonseptiva, tiazider, glukokortikoider, thyreoideahormoner, sympatomimetika, veksthormoner og danazol. Liraglutid kan gi en liten forsinkelse i magetømmingen, som kan påvirke absorpsjonen av orale legemidler som tas samtidig. Farmakokinetiske interaksjonsstudier viser ingen klinisk relevant forsinkelse av absorpsjon, men klinisk relevant interaksjon med virkestoff med dårlig oppløselighet eller med lav terapeutisk indeks, slik som warfarin, kan ikke utelukkes. Hyppigere monitorering av INR anbefales ved oppstart av Xultophy-behandling hos pasienter på warfarin eller andre kumarinderivater. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Ingen klinisk erfaring. Hvis pasienten ønsker å bli gravid eller blir gravid, skal behandlingen seponeres. Dyrestudier med insulin degludec har ikke vist forskjell mellom insulin degludec og humant insulin når det gjelder embryotoksisitet og teratogenisitet. Dyrestudier med liraglutid har vist reproduksjonstoksiske effekter. Human risiko er ukjent. *Amming:* Ingen klinisk erfaring. Ukjent om insulin degludec eller liraglutid utskilles i human morsmelk. Bør ikke brukes under amming pga. manglende erfaring. Insulin degludec utskilles i melk hos rotter, men konsentrasjonen i melk var lavere enn i plasma. Dyrestudier har vist liten overgang til morsmelk for liraglutid og strukturelt lignende metabolitter. Prekliniske studier med liraglutid har vist behandlingsrelatert reduksjon av neonatal vekst hos diende rotter. *Fertilitet:* Ingen klinisk erfaring. Reproduksjonsstudier på dyr med insulin degludec har ikke indikert negativ effekt på fertilitet. Bortsett fra en svak reduksjon i antall levende embryo etter implantasjon, indikerte dyrestudier med liraglutid ingen skadelige effekter mht. fertilitet. **Bivirkninger:** Hyppigst rapportert er GI-bivirkninger (kan forekomme hyppigere ved behandlingsstart og avtar vanligvis i løpet av få dager/uker ved fortsatt behandling) og hypoglykemi.*Svært vanlige (≥1/10):* Stoffskifte/ernæring: Hypoglykemi[1]. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominal distensjon, diaré, dyspepsi, forstoppelse, gastritt, gastroøsofageal reflukssykdom, kvalme, magesmerte, oppkast. Generelle: Reaksjon på injeksjonsstedet[2]. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Undersøkelser: Økt amylase, økt lipase. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Flatulens, gulping/raping. Hud: Ervervet lipodystrofi[3], hudutslett, kløe. Immunsystemet: Overfølsomhet, urticaria. Lever/galle: Gallestein, kolecystitt. Stoffskifte/ernæring: Dehydrering. Undersøkelser: Økt hjerterytme. *Ukjent frekvens:* Gastrointestinale: Pankreatitt (inkl. nekrotiserende pankreatitt). Generelle: Perifert ødem. Immunsystemet: Anafylaktisk reaksjon.
[1]Alvorlig hypoglykemi kan føre til bevisstløshet og/eller krampeanfall, og kan gi forbigående eller permanent hjerneskade eller t.o.m. dødsfall.
[2]Inkl. hematom, smerte, blødning, erytem, knuter, hevelse, misfarging, kløe, varmefølelse samt klump på injeksjonsstedet. Vanligvis milde og forbigående, forsvinner normalt ved fortsatt behandling.
[3]Inkl. lipohypertrofi, lipoatrofi. Kontinuerlig variasjon av injeksjonssted innenfor det bestemte injeksjonsområdet kan bidra til å redusere risikoen.
Overdosering/Forgiftning: Begrensede data. Hypoglykemi kan utvikles ved høyere dose enn det er behov for. *Symptomer:* Varierer fra matthet, sult, svette og kramper til bevisstløshet (insulinsjokk). *Behandling:* Ved mild hypoglykemi gis glukose eller sukkerholdige produkter oralt. Det anbefales derfor at pasienten alltid har med seg glukoseholdige produkter. Ved alvorlig hypoglykemi der pasienten er bevisstløs, injiseres glukose i.v. eller glukagon (0,5-1 mg) i.m. eller s.c. Glukose skal gis i.v. hvis pasienten ikke reagerer på glukagon innen 10-15 minutter. Når pasienten igjen er ved bevissthet, anbefales perorale karbohydrater for å forhindre tilbakefall. Se Giftinformasjonens anbefalinger for insulin og analoger A10A og liraglutid A10B J02 på www.felleskatalogen.no. **Egenskaper:** *Klassifisering:* Langtidsvirkende insulinanalog (insulin degludec) og glukagonlignende peptid-1 (GLP-1)-analog (liraglutid), begge fremstilt ved rekombinant DNA-teknologi. Liraglutid har 97% homologi for inkretinhormonet humant GLP-1. *Virkningsmekanisme:* Kombinasjonspreparat som består av insulin degludec og liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll. Forbedrer glykemisk kontroll via varig reduksjon av fastende plasmaglukosenivåer og postprandiale glukosenivåer etter alle måltider. Insulin degludec bindes spesifikt til humaninsulinreseptoren og gir samme farmakologiske effekt som humant insulin. Blodglukosesenkende effekt av insulin degludec skyldes at opptaket av glukose lettes ved at insulinet bindes til reseptorer i muskel- og fettceller, samtidig som utskillelse av glukose fra lever hemmes. Etter s.c. injeksjon danner insulin degludec oppløselige multiheksamerer som danner et insulindepot hvorfra insulin degludec kontinuerlig og langsomt absorberes over i sirkulasjonen. Dette gir en flat og stabil glukosesenkende effekt med lav dag-til-dag-variasjon mht. insulineffekt. Kardiovaskulær sikkerhet av insulin degludec er bekreftet, se SPC for ytterligere informasjon. Virkningen av liraglutid medieres via en spesifikk interaksjon med GLP-1-reseptorer. Ved høy blodglukose blir insulinutskillelse stimulert og glukagonutskillelse hemmet. Omvendt vil liraglutid under hypoglykemi redusere insulinutskillelse og ikke svekke glukagonutskillelsen. Mekanismen med blodglukosesenking involverer også en mindre forsinkelse i magetømming. Liraglutid reduserer kroppsvekt og mengde kroppsfett via mekanismer som involverer redusert sult og nedsatt energiinntak. Liraglutid er vist å forebygge kardiovaskulære hendelser hos pasienter med type 2-diabetes og høy kardiovaskulær risiko. Se SPC for ytterligere informasjon. *Absorpsjon:* Steady state-konsentrasjon av insulin degludec og liraglutid nås etter 2-3 dager. *Proteinbinding:* Insulin degludec: >99%. Liraglutid >98%. *Halveringstid:* Insulin degludec: Ca. 25 timer. Liraglutid: Ca. 13 timer. *Metabolisme:* Insulin degludec metaboliseres på lignende måte som humant insulin. Alle metabolitter som dannes er inaktive. Liraglutid metaboliseres på lignende måte som store proteiner uten at noe spesifikt organ er identifisert som hovedeliminasjonsvei. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Holdes borte fra fryseelementet. Skal ikke fryses. La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Etter anbrudd: Oppbevares ved høyst 30°C eller i kjøleskap (2-8°C). La pennehetten sitte på for å beskytte mot lys. Preparatet skal kasseres 21 dager etter anbrudd.
Pakninger og priser: 3 × 3 ml[1] (ferdigfylt penn) kr 1341,40.
Refusjon:
[1]A10A E56_1 Insulin degludec og liraglutid
Refusjonsberettiget bruk: Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.
Refusjonskode:

ICPC		*Vilkår nr*	*ICD*		*Vilkår nr*
T90	Diabetes type 2	225	E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår: (225) Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin
Sist endret: 12.05.2020
Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 04.05.2020
Pris per mai 2020

NO20XUM00006 Mai 2020

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

Forhåndsgodkjent refusjon[1]

Diabetes type 2

ANNONSE

Xultophy® – Basalinsulin- og GLP-1-analog i én penn på blå resept[1]

Insulatard®
(NPH-insulin)

Har du pasienter som ikke kommer i mål med Insulatard® eller andre basalinsuliner?

Overgang til Xultophy® fra 20-50 enheter basal-insulin/døgn er under-søkt i klinisk studie[2]

Avslutt nåværende behandling med basalinsulin og start opp med:

16 dosetrinn[4]*
Xultophy®

i kombinasjon med metformin

For bedre glykemisk kontroll[3]

Xultophy®
(Insulin degludec + liraglutid)

Xultophy®:

1 injeksjon daglig[4]
Kan tas uavhengig av måltid[2]

1 blodglukosemåling daglig
Juster Xultophy®-dosen som vanlig basalinsulin basert på måling av fastende plasma-glukose før frokost[2]

Se under for refusjonsbetingelser[1]

*Anbefalt startdose skal ikke overskrides og det anbefales streng glukosekontroll i overgangsperioden og i de påfølgende ukene.

Xultophy® er et kombinasjonspreparat som består av den langtidsvirkende insulinanalogen insulin degludec og GLP-1-analogen liraglutid som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll[2]

Indikasjon[3]
Xultophy® er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 for å forbedre glykemisk kontroll som tillegg til diett, fysisk aktivitet og andre orale legemidler til behandling av diabetes. For resultater fra studier vedrørende kombinasjoner, effekt på glykemisk kontroll og populasjoner som ble undersøkt, se SPC pkt. 4.4, 4.5 og 5.1.

Kontraindikasjon[5]
Overfølsomhet overfor ett av eller begge virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene glyserol, fenol, sinkacetat, saltsyre (for justering av pH), natriumhydroksid (for justering av pH), vann til injeksjonsvæsker.

Refusjonsberettiget bruk[1]
Behandling av voksne med diabetes mellitus type 2 i kombinasjon med metformin når metformin kombinert med en GLP-1-reseptoragonist eller basalinsulin ikke gir adekvat glykemisk kontroll.

Refusjonskode:

ICPC		Vilkår nr
T90	Diabetes type 2	225
ICD		Vilkår nr
E11	Diabetes mellitus type 2	225

Vilkår:

225	Refusjon ytes kun til pasienter som ikke oppnår tilstrekkelig sykdomskontroll på høyeste tolererte dose metformin.

Utvalgt sikkerhetsinformasjon[6]

- **Xultophy®** er et kombinasjonspreparat og består av insulin degludec og liraglutid, som har komplementære virkningsmekanismer for å forbedre glykemisk kontroll
- **Kardiovaskulær sikkerhet** bekreftet for både insulin degludec (DEVOTE) og liraglutid (LEADER)
- **Til subkutan injeksjon** (lår, overarm eller abdominalvegg) 1 gang daglig, når som helst i løpet av dagen, til eller utenom måltid
- **Glemt dose:** Ta dosen når man oppdager det, og gjenoppta deretter vanlig doseregime. Det skal alltid være minst 8 timer mellom hver injeksjon
- **Gastrointestinale bivirkninger**, inkludert kvalme, oppkast og diare er vanlige (≥1/100 til <1/10 brukere). Forekommer oftest i begynnelsen av behandlingen og reduseres vanligvis i løpet av få dager eller uker med fortsatt behandling. Ta forhåndsregler for å unngå væskemangel
- **Hypoglykemi** er en hyppig rapportert bivirkning (≥1/10 brukere). For høy dose i forhold til behovet, utelatelse av et måltid eller ikke planlagt anstrengende fysisk aktivitet kan gi hypoglykemi. Vurdér dosereduksjon av sulfonylurea ved samtidig bruk
- **Overføring** til Xultophy® fra doser av basalinsulin <20 og >50 enheter er ikke undersøkt
- **Skal ikke brukes** hos pasienter med diabetes mellitus type 1 eller til behandling av diabetisk ketoacidose

	Xultophy® kan benyttes	Xultophy® anbefales ikke
Alder	**Voksne, inkludert eldre (≥65 år)** Hos eldre (≥65 år): Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Barn/ungdom under 18 år**
Nyrefunksjon	**Lett, moderat eller alvorlig nedsatt.** Ved nedsatt nyrefunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt	**Terminal nyresykdom** (eGFR < 15 – og behov for dialyse/transplantasjon)
Hjertesvikt	**NYHA klasse I-III**	**NYHA klasse IV**
Leverfunksjon	**Mild og moderat nedsatt** Ved nedsatt leverfunksjon: Måling av glukose må intensiveres, og dosen justeres individuelt.	**Alvorlig nedsatt**

Unngå feilmedisinering.
Pasienter skal gis beskjed om alltid å kontrollere etiketten på pennen før hver injeksjon for å unngå utilsiktet forveksling mellom Xultophy® og andre injiserbare diabetespreparater. Det er viktig at alle bivirkninger og uønskede medisinske hendelser rapporteres til Statens Legemiddelverk eller Novo Nordisk. Les preparatomtalen før forskrivning av Xultophy®.

NO20XUM00006 Mai 2020

novo nordisk®

Novo Nordisk Norway AS
Nydalsveien 28
Postboks 4814 Nydalen
0484 Oslo
Telefon: +47 22 18 50 51

www.novonordisk.no
E-post: Kundeservice-norge@novonordisk.com

Xultophy®
insulin degludec/liraglutid

NYE NUTRIDRINK 2 KCAL

Når behovet er større enn appetitten

Supplering med Nutridrink 2 kcal, en protein- og energirik næringsdrikk, kan hjelpe skrøpelige eldre med å oppnå ernæringsmålene sine raskere[1-2]. De smakfulle næringsdrikkene gjør det lettere å finne smaken på livet igjen, selv når appetitten mangler.

- 4 gode smaker for å lettere kunne gjennomføre ernæringsbehandlingen
- Tynn konsistens
- 2 flasker per dag dekker et normalt dagsbehov for D-vitamin hos eldre[3]
- Høy næringstetthet for å oppnå ernæringsmålene raskere
- Høyt proteininnhold som hjelper med å vedlikeholde og gjenoppbygge muskelmasse[4]

Referanser: 1. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G et al. Frailty Consensus: A Call to Action. JAMDA 2013;14:392-397. **2.** Tieland M, van de Rest O, Dirks ML, et al. Protein supplementation improves physical performance in frail elderly people: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Am Med Dir Assoc. 2012;13:720–726. **3.** Nordic Nutrition Recommendations, 2012 **4.** Better Care through better nutrition: value and effects of medical nutrition. MNI Evidence Dossier. 2018.2. *Nutridrink 2 kcal er registrert som næringsmiddel til spesielle medisinske formål og skal brukes i samråd med helsepersonell.

Tlf: 23 00 21 00 | www.nutricia.no

NUTRICIA
Nutridrink®
2 kcal

5 NYE UTGAVER

Fag og forskning 2020

Fem nye spesialutgaver med fag- og forskningsartikler:

*Akutt, kritisk og kronisk sykdom | *Etikk, metode og verktøy | *Migrasjonshelse, psykisk helse og rus | *Rehabilitering, alderdom og død | *Seksualitet, fødsel og oppvekst

Se alle utgavene!

Alle NSFs medlemmer mottar ett eksemplar. På sykepeien.no har vi samlet alle bladene på ett sted. Her kan du se PDF av de ulike utgavene og lenker til alle artiklene.

Fikk du feil utgave, kan du bestille en annen utgave enn den du har fått, i NSFs fordelsbutikk på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.

QR-KODE

Skann koden og kom rett til Fag og forskning 2020 på sykepeien.no, der du kan lese de ulike utgavene.

Bestill her!

GRATIS utgaver for medlemmer

QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSFs fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.

sykepleien.no

INNHOLD

#Migrasjonshelse, psykisk helse og rus

8 Leder, redaktør **Barth Tholens**: Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg

10 Kommentar, forbundsleder **Lill Sverresdatter Larsen**: Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?

14 Psykiatri: Brukerstyrte innleggelser gir pasientene økt trygghet

20 Tidevannsmodellen kan bidra til bedre psykiatrisk sykepleie

26 Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid

32 Møt forskeren, **Jorunn Nærland Skjærpe**: Ønsker tettere samarbeid mellom DPS-er og kommunene

36 Sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (self-management) hos personer med diabetes 2

46 Utforsket pasienters opplevelse av tvang

52 Utmattede pasienter kan miste noe av sin identitet og selvfølelse

56 Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen

64 Slik kan helsesykepleiere hjelpe ungdom som ruser seg

68 Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus

74 Møt forskeren, **Nina Helen Mjøsund**: Psykisk helsevern: Pasientene mener god sykepleie er helsefremmende under innleggelse

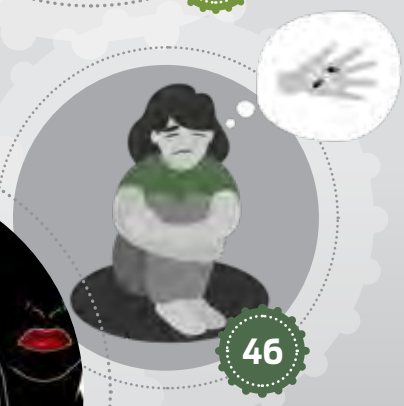
78 Hyppig bruk av sosiale medier kan gi ungdom psykiske utfordringer

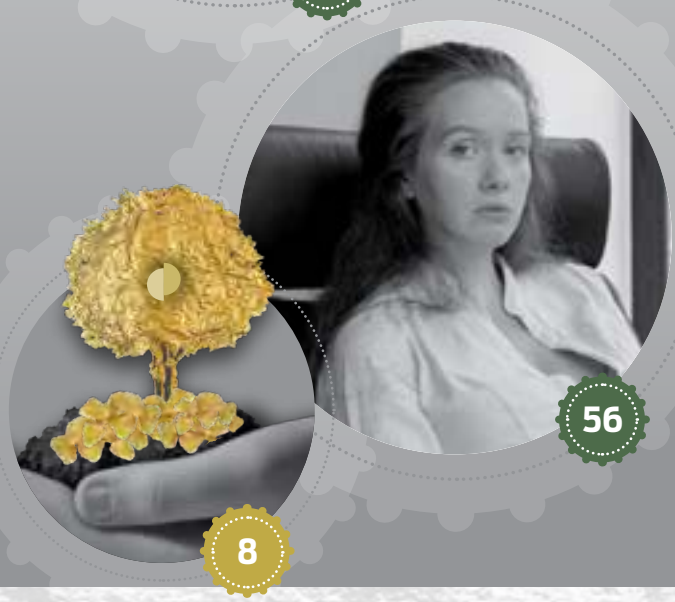
82 Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse

88 Foreldres opplevelse av å ha en voksen datter med spiseforstyrrelse

96 Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner?

104 Kommentar, leder av Sentralt fagforum i NSF **Mette I.R. Dønåsen**: Med faggruppene i front: – Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver





Sykepleien

Fag og forskning **2020**

Ansvarlig redaktør:
Barth Tholens
barth.tholens@sykepleien.no
Tlf. 408 52179

Manusredaktør og produksjonsansvarlig:
Signe Marie Flåt
signe.marie.flat@sykepleien.no
Tlf. 992 73284

Design og forside:
Hilde Rebård Evensen

Grafisk produksjon:
Hilde Rebård Evensen,
Monica Hilsen og Nina Hauge

Fagredaktører:
Torhild Apall Dybvik
og Eli Smedstad

Forskningsredaktør:
Edith Roth Gjevjon

Desk:
Johan Alvik, Ellen Morland,
Aud Aasen og Eivind Solfjell

Journalist:
Kari Anne Dolonen

Annonser:
Ingunn Roald
Tlf. 916 03812 (stilling)

Silje M. Torper
Tlf. 970 93354 (kunngjøringer)

Maud P. Kaino
Tlf. 977 42120 (produkt)

Repro og trykk:
Stibo Complete, Danmark

Utgivelsesdato:
10. september 2020

Sykepleien

Organ for Norsk Sykepleierforbund
PB 456 Sentrum, 0104 Oslo

Tlf.: (+47) 994 02409

E-post:
redaksjonen@sykepleien.no

Fagpressen
OPPLAGSKONTROLLERT

Sykepleieforskning er sykepleiernes columbi egg

Sykepleiernes fag- og forskningsartikler bidrar til en bedre utvikling av sykepleiefaget. Men kunne de bidratt mer?

Barth Tholens
Ansvarlig redaktør i Sykepleien

Aldri før har sykepleiere skrevet så mange artikler om sitt fag som nå. Bare i 2019 mottok tidsskriftet 150 manuser til enten fag- eller forskningsartikler.

Noen av de innsendte artiklene ble avslått, men 26 forskningsartikler og 86 fagartikler ble publisert. I volum, opplag og visningstall på nett er *Sykepleien* det desidert største tidsskriftet for sykepleieforskning og fagutvikling i Norge.

ARTIKLENE HAR 1,5 MILLION SIDEVISNINGER

Artiklene blir også lest. Vi publiserer alle godkjente artikler på sykepleien.no, og totalt ble de i fjor lastet ned på en nettleser godt over 1,5 millioner ganger.

I fjor var første gangen vi samlet de publiserte artiklene mellom to permer – eller rettere sagt ti permer: «Fag og forskning 2019» ble utgitt som fem forskjellige tidsskrifter. Her samlet vi artiklene etter fagfelt, og de ulike bladene ble sendt ut til medlemmene slik at de på best mulig måte ville treffe deres ulike målgrupper inne sykepleie.

Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess – derfor gjentar vi den i år, under tittelen «Fag og forskning 2020». Her har vi samlet artiklene som er blitt publisert siden forrige gang, det vil si fra august 2019.

Og igjen har vi delt NSFs medlemsmasse i fem ulike målgrupper, som hver får sitt tidsskrift. Til sammen utgjør de 684 sider stappfulle med artikler som bør interessere de aller fleste.

SKRIVER SYKEPLEIERE GODT NOK?

Volumet er uten tvil imponerende, men skriver sykepleierne godt nok? Tilfører de kunnskap som bringer helsetjenesten videre? Styrker artiklene sykepleierne i sin yrkesutøvelse? Og blir sykepleierne som yrkesgruppe bedre synliggjort ute i samfunnet gjennom publisering?

Det er selvfølgelig store og viktige spørsmål som mange bør være opptatt av. For «Fag og forskning 2020» er jo ikke underholdning eller utpreget sengelektyre. Det er heller ramme alvor, om man kan si det slik: Artiklene er sykepleiernes forsøk på å videreutvikle faget gjennom kunnskapsbaserte bidrag.

Det er «fag i front», som NSFs nye forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen ville sagt. Ved å dokumentere sykepleiernes bidrag til kvalitetsforbedring i helsetjenesten vil samfunnet og myndighetene forstå betydning av deres innsats.

Helsetjenesten trenger hendene deres, men først og fremst hodene deres. Derfor vil NSF at det skal forskes mer og bedre på hva god sykepleie kan utrette.

ALLE ARTIKLENE VURDERES FAGLIG

Sykepleien har to fagredaktører, en forskningsredaktør, to assisterende forskningsredaktører og et godt apparat for å håndterende den økende strømmen av manuser som kommer inn. De bruker sin kompetanse, sin kunnskap og sitt faglige skjønn for å skille klinten fra hveten.

> **«Fjorårets utgaver var en ubetinget suksess.»** Barth Tholens

En god del innsendte manus til forskningsartikler blir refusert fordi de ikke holder tiltrekkelig vitenskapelig nivå, men artiklene som blir publisert, holder et bra nivå. Refusjonsprosenten er lavere når det gjelder fagartikler siden disse ikke blir fagfellevurdert. Redaksjonen jobber mye med å gjøre artiklene språklig og formmessig bedre.

Illustrasjon: Mostphotos / Hilde Rebård Evensen

JA TAKK: – Artikler som tar sikte på å løfte faget ved å forstå pasientene bedre, er gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv, skriver Barth Tholens. Arkivfoto: Erik M. Sundt

Dessverre ser det ut til at ikke alle lesere vet forskjellen på forskningsartikler og fagartikler. Det er litt betenkelig med tanke på at sykepleie er en akademisk utdannelse.

VI MOTTAR FÅ ARTIKLER OM PSYKISK HELSE

Ser vi på det siste årets «fangst» av artikler med et kritisk blikk, ser vi styrker, men også svakheter ved de artiklene vi har fått inn.

1. Det er en overvekt av artikler om etikk og metode, og om pleie og behandling av somatiske pasienter. Til gjengjeld er det relativt spinkelt med artikler fra psykisk helse, rus og forebygging.

2. Det er en overvekt av artikler som baserer seg på kvalitative undersøkelser eller undersøkelser som kombinerer metoder, fremfor kvantitative undersøkelser. Sykepleiere undersøker gjerne pasienters helse og velvære i et helhetlig perspektiv. Det er kunnskap som ikke så lett lar seg måle, med objektive funn som kan settes opp i tabeller med tall. Statusen til sykepleie som vitenskap lider likevel under mangelen på kvantitative pang-resultater.

3. Det er en viss tendens til at artikler har konklusjoner som få vil bli overrasket over, eller som bekrefter forhold som kan synes selvsagt. Det betyr ikke at disse artiklene ikke er nyttige. Artikler av typen «Operasjonssykepleiere dekker opp instrumentbordet ulikt» kan for utenforstående se ut som en selvfølge, men observasjonene til forfatteren kan bane vei for nye rutiner. Det kan igjen føre til færre feil og større effektivitet.

4. Relativt mange artikler handler om informasjon, rettet enten mot pasienten eller helsepersonell seg imellom. Sykepleiere har åpenbart fått opp øynene for hvor viktig informasjon er for god samhandling.

5. *Sykepleien* har det siste året publisert en rekke gode, systemkritiske artikler fra sykepleiere med en kvass penn, men de er ikke i flertall. Artikler som «Ansvarsforholdet er uklart når pasienten skrives ut» er ikke overraskende for alle som står midt oppe i dette, men kan være viktige å ha når sykepleiere skal diskutere med andre samfunnsgrupper og politikere. Den beskriver hva som kan gå galt, og også hva som bør bli bedre. *Sykepleien* skulle gjerne mottatt flere slike artikler av denne typen, for de bidrar til å bevege helsetjenesten i riktig retning.

6. Artikler som tar sikte på å løfte opp faget ved å forstå pasientene bedre, er også gull! De kan bidra til å utvikle nye og mer effektive rutiner, og de kan gi pasienter et bedre liv. Et eksempel er artikkelen «Hvorfor vegrer pasienter med type 2-diabetes seg mot insulinbehandling?». Den forsøker å finne svar som åpenbart vil være viktig for en relativt stor pasientgruppe.

7. «Slik gjør du»-artikler er en yndet genre blant fagartikler. De kan av og til oppleves som ganske «basic» og lite revolusjonerende. Men man skal aldri undervurdere betydningen de har i sykepleiernes praktiske hverdag. Det enkle er av og til det beste!

Sykepleierforbundet har nylig vedtatt å jobbe for økt satsing på sykepleieforskning. De bidrar selv med attraktive stipender til forskere, men håpet er nok at helsemyndighetene selv ser hvor viktig det er med sykepleieforskning som kan bidra til å øke kvaliteten på helsetjenesten.

SYKEPLEIERE ER EN NØKKELFAKTOR I FREMTIDENS HELSETJENESTE

Alt tyder på at ressursene i fremtidens helsetjeneste vil bli knappe. Å undersøke og kartlegge hvordan god og effektiv sykepleie kan bidra til å møte den økende etterspørselen etter helsetjenester kan fort bli et columbi egg.

Mens den medisinske vitenskapen har en tendens til å gjøre venteværelsene stadig fullere, kan sykepleiere vise seg å bli en nøkkelfaktor når det gjelder logistikk, organisering og pasientsikkerhet. Det betinger at sykepleiere fortsetter å drive god forskning og fagutvikling – og at resultatene publiseres slik at alle får dem med seg.

KOMMENTAR

Er det et realistisk mål å arbeide kunnskapsbasert?

– Sykepleierne må innarbeide arbeidsmåter der de «skanner» fag- og forskningslitteratur for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenesten.

Lill Sverresdatter Larsen
Forbundsleder, Norsk Sykepleierforbund

Som ny sykepleier leste jeg få – om noen – forskningsartikler. Søkeord og relevante databaser var vanskelig. Språket var komplisert på norsk, men særlig på engelsk. Jeg jobbet mye alene og diskuterte fag mest på sykepleierfester.

Dagens nye sykepleiere beskriver omtrent det samme. Samtidig skal dagens sykepleiere kunne utøve selvstendig sykepleie av høy kvalitet og være i front i utviklingen av sykepleiefaget, sykepleierprofesjonen og helsetjenestene.

Jeg mener en utdanning som er orientert mot praksisfeltet, og forskningsmiljøer som samarbeider tett med praksis- og utdanningsfeltet, er nøkkelen for fag- og forskningsartiklenes verdi.

Deretter trengs faglige ledere som skaper struktur for faglig oppdatering og økt tilgjengelighet av forskningslitteratur. Faktisk ønsker jeg meg en podkast hvor sykepleieforskning debatteres. En idé for *Sykepleien*?

HVORDAN BRUKES FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER I SYKEPLEIEPRAKSIS?

I fagartikkelen «Hva er sykepleie?» skrev Hellesø, Obstfelder, Olsvik og jeg følgende:

«Helsepolitiske, teknologiske og demografiske utviklingstrekk har endret innholdet i sykepleieres arbeid. Endringene i arbeidet skjer raskere enn i sykepleierutdanningen. Det kan føre til at viktige deler av arbeidsområdet til sykepleiere ikke blir tematisert i utdanningsprogrammene, og dermed heller ikke i praksisfeltet.»

Til tross for åpenbare effekter knyttet til kvalitet på tjenestene ved kunnskapsbasert praksis eksisterer det ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.

Spørsmålet noen stiller, er om sykepleiere flest egentlig kan forventes å lese forskningsartikler og fremme ny kunnskap. Da jeg stilte spørsmål på egen Facebook-side om hvordan forskning påvirker din sykepleiepraksis, skrev en sykepleier dette:

«Hvem har tid til å lese forskningsartikler i tjenesten? Jeg har knapt rom for å gå på do, og det gjelder også mine kollegaer. På fritiden har vi viktigere ting å ta oss til, vedlikehold av kroppen eksempelvis. Helsevesenet er ikke for pingler, og en trenger både styrke- og kondistrening for å holde ut. Forskning er dessverre frakoplet hverdagen, og jeg tror de fleste sykepleiere som jobber på sengeposter, har den opplevelsen.»

Det er også min erfaring at på pauserommet er det mest samtaler om strikking, fotball, helgas fest og samlivsutfordringer. Det er ikke nødvendigvis galt. Det emosjonelle stresset i sykepleiepraksis er skyhøyt, og også jeg har behov for relasjonsbygging og pauser som innbefatter nettopp en pause.

> **«Det eksisterer ingen systematisk struktur for sykepleiernes individuelle faglige oppdatering i yrkespraksis.»**
> Lill Sverresdatter Larsen

Trolig påvirkes de fleste sykepleierne mest indirekte av forskningsartikler gjennom endrede prosedyrer i praksis fremmet av dyktige fagfolk som får betalt for å oppsummere forskningen og vurdere om prosedyrene er riktige og virksomme.

FAGLIG PÅFYLL: – Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter, skriver forbundslederen. Arkivfoto: Lars-Erik Vollebæk

En annen sykepleier svarte på mitt Facebook-spørsmål slik:

«Man trenger forskningsartikler for å underbygge kunnskapen vår og ikke minst utvikle faget og profesjonen. Vi har et ansvar om å holde oss faglig oppdatert og anvende kunnskapen slik at pasientene våre får den pleien de har krav på.»

Ut fra dagens komplekse sykepleiepraksis mener jeg det er nødvendig for sykepleierne å bygge inn arbeidsmåter hvor fag- og forskningslitteratur «skannes» for å sikre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene våre.

Når pasienten plages med kvalme, bør det være interesse, tid og struktur for at sykepleierne sjekker hva andre har skrevet om tematikken, og kan debattere det i et faglig fellesskap. Jeg vet at mange sykepleiere gjør nettopp det, og eksempelvis foreslår tiltak til legen ved neste visitt.

For mange sykepleiere er det å arbeide kunnskapsbasert likevel mer et ideal enn realistisk å oppnå. Strukturer og rammer for faglig oppdatering og refleksjon er definitivt et leder- og virksomhetsansvar.

PASIENTENE TRENGER SYKEPLEIERE SOM ARGUMENTERER FAGLIG

Forskningslitteratur kan brukes til å gi tyngde til argumenter der det er nødvendig. En sykepleier fikk beskjed av sin leder at de skulle gjenbruke engangshansker. Sykepleieren protesterte, men ble ikke hørt.

Hun dro hjem og fant frem forskningsartikler om hanskebruk og hygiene, skrev dem ut og bokstavelig talt banket argumentene i bordet. Praksis med gjenbruk av engangshansker ble endret til nettopp engangsbruk.

Andre ganger skriver eller bruker vi artikler for å utfordre etablerte sannheter. Vi trenger økt sykepleieforskning som gir systematisk dokumentasjon med tanke på konsekvenser av valg, innsatser, prioriteringer og intervensjoner. Og vi trenger forskning som gir belegg for myndighetenes fastsetting av lovverk og normgivende veiledere, samt praksisfeltets prosedyrer.

Til sist trenger vi mer forskning på hva nøkkelpersonellet i tjenesten behøver for å skape tjenester av god kvalitet. Vi mangler 6000 sykepleiere nå, og innen få år viser beregninger en sykepleiermangel på rundt 40 000.

> **«Sykepleiere må ta faglig lederskap.»** Lill Sverresdatter Larsen

Vi må utdanne flere, beholde de vi utdanner, og vi må tenke kritisk om profesjonsrelasjoner, teknologi, oppgaver og ansvar i helsetjenestene. Sykepleiere må ta faglig lederskap, og da må vi også ha tilgang til kunnskap og ha kompetanse til å anvende kunnskapen for å kunne argumentere for og artikulere sykepleie.

Å påvirke og stimulere til økt forskning og bruk av forskning er også Sykepleierforbundets jobb – og der er vi godt i gang. Dette temanummeret vil trolig lære deg og meg noe nytt. Jeg gleder meg!

Lykke til med læring og din sykepleiefaglige argumentasjon der det trengs på vegne av pasienter, pårørende, helsetjenestene og samfunnet.

Flere innspill/kommentarer?

På sykepleien.no finner du meningsytringer av og for sykepleiere og annet helsepersonell.

sykepleien.no/debatt

FAGGRUPPER

Faggruppen for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie (FMF)

Faggruppen for migrasjonshelse og flerkulturell sykepleie (FMF) er opptatt av migrasjonshelse, samisk helse og flerkulturell sykepleie og ønsker å bidra til å utvikle faglig identitet og tilhørighet gjennom idé-, erfarings- og kunnskapsutveksling.

Vi er en liten og relativt ny faggruppe med cirka 100 medlemmer og ble godkjent som faggruppe av Norsk Sykepleierforbund i 2018. Alle medlemmer i NSF kan bli medlem hos oss, også studenter og pensjonister. Vi ønsker først og fremst å tilby et faglig fellesskap og nettverk for sykepleiere som er interessert og engasjert i flerkulturell sykepleie, og sammen utvikle fagfeltet. Våre medlemmer er ansatt i mange ulike deler av helsevesenet, men de deler at de er opptatt av å yte likeverdige helsetjenester til en mangfoldig befolkning.

Vi arrangerer fagmøter og en årlig konferanse og har en Facebook-side hvor vi deler fagstoff, nyheter og informasjon om arrangementer. Vi håper å få et nyhetsbrev opp og gå i løpet av året.

Vi deler ut reisestipend i forbindelse med konferansene våre. Vi har kontakt med vår søsterorganisasjon i Danmark, Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje, og med European Transcultural Nursing Association.

Vi er fremdeles i startgropen som faggruppe og trenger flere medlemmer! Det koster kun 350 kroner i året. Du kan lese mer om oss på www.nsf.no og www.facebook.com/migrasjonshelse/

Meld deg inn ved å sende kodeordet MIGRAHEL til 02409 eller via vår hjemmeside.

Faggruppens slagord er «Sammen om god helse og likeverdige helsetjenester til alle!».

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus

NSF-SPoR er ei faggruppe for alle sjukepleiarar innan psykisk helse- og rusfeltet, eller dei som har interesse for faget. Fleire av våre medlemmar har vidareutdanning innan psykisk helse eller rus og avhengigheit, samt mastergrad og forskingskompetanse.

Faggruppa bidreg til utvikling, bruk og formidling av forskings- og erfaringsbasert kunnskap.

Arbeidet er viktig for å fremje fagleg identitet og tilhøyrsel for sjukepleiarar innan psykisk helse- og rusarbeid.

Medlemmane utgjer eit landsomfattande nettverk av kompetanse.

I dag har faggruppa omkring 1580 medlemmar.

Me er organisert i NSF med landsstyre: leiar, nestleiar, sekretær, kasserer og styremedlemmar. Generalforsamling vert halde kvart 2. år som organisasjonens høgaste besluttande organ. Dei fleste fylker har eige lokallag med styre og lokale aktivitetar. Oversikt over lokalgruppene finn du på heimesida: www.nsfspor.no

Vårt formål er å utvikle og auke kompetansen innan psykisk helse og rus, slik at me til ein kvar tid kan yte den sjukepleie befolkninga har behov for.

Medlemsfordeler:

- digitale nyheitsbrev
- Facebook-side med høg aktivitet
- lokale faggrupper med konferansar og faglege møteplassar
- me deler ut fleire stipend og tilbyr årlege skrivekurs
- rabatt på arrangement i faggruppa sin regi
- moglegheit til å påverka og bidra innan fagfeltet

Konferansar:

- årleg nasjonal psykisk helse- og ruskonferanse
- temakonferanse om rus og helse kvart 2. år
- mørketidskonferanse – eldre psykisk helse og rus kvart 2. år

Medlem i PSSN Nordisk samarbeid og Horatio, EU-nettverk for psykiatriske sjukepleiarar.

Bli medlem i faggruppen ved å sende SMS med kodeordet SPOR til 02409. 450 kr per år – gratis medlemskap for bachelorstudentar

Faggruppens slagord er «NSF-SPoR: Får sjukepleiarar på SPoRet!».

Meir informasjon på:

- NSF-SPoR si heimeside: www.nsfspor.no
- NSF-SPoR sin eigen Youtube-kanal: https://www.youtube.com/channel/UCz6o9c5FUxH4L7IaPG2wGdQ

Følg oss på Facebook: www.facebook.com/NSFSPOR/

DEL ARTIKKELEN

Slik finner du artiklene på nett

Du kan enkelt bruke mobilens kamera til å skanne QR-kodene

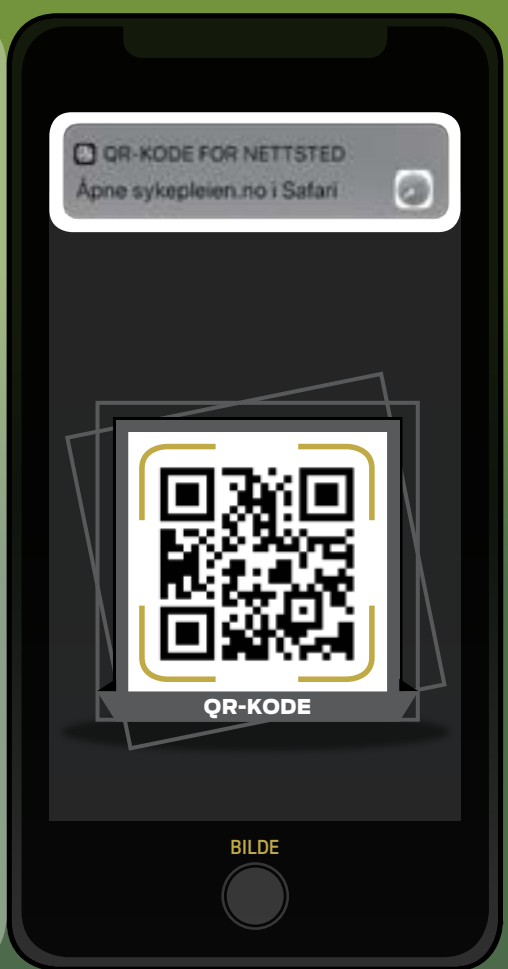
LAST NED PDF

Bruk mobilkameraet og plasser koden innenfor de gule merkene. Det dukker opp en lenke øverst på skjermen.

Trykker du på lenken, kommer du direkte til fag- eller forskningsartikkelen på Sykepleiens hjemmeside.

sykepleien.no

Benytter du Android-telefon, må du først aktivere Google Lens eller en annen QR-leser.



HOVEDBUDSKAP:

Psykiatrisk akuttmottak ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (PAM) startet med brukerstyrte innleggelser i 2013 og har i dag cirka 45 pasienter med en slik avtale. Vi på akuttpsykiatrisk mottak så over lengre tid et behov for å gi pasienter med emosjonelt ustabile trekk et bedre tilbud. Erfaringer med ordningen så langt viser mindre bruk av tvang, økt selvbestemmelse for pasientene og mindre alvorlige utageringer. Pasienter som har benyttet seg av ordningen, gir uttrykk for økt trygghet, en opplevelse av selvbestemmelse og forutsigbarhet.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2020.81193

NØKKELORD:
Brukerstyrte innleggelser · Akuttpsykiatri · Miljøterapi · Reduksjon av tvang · Emosjonell ustabilitet

Psykiatri:

Brukerstyrte innleggelser gir pasientene økt trygghet

Pasienter med emosjonelt ustabile trekk føler seg tryggere når de har muligheten til å få et par dagers frivillig opphold på et psykiatrisk akuttmottak.

FORFATTERE

Jon Kvaal Pedersen
Sykepleier, Klinikk for psykisk helsevern, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Benedikte Stene Johnsen
Ledende spesialsykepleier, Klinikk for psykisk helsevern, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Geir Tarje Fugleberg Bruaset
Spesialsykepleier, Klinikk for psykisk helsevern, Lovisenberg Diakonale Sykehus

På akuttpsykiatrisk mottakspost på Lovisenberg Diakonale Sykehus så vi over lengre tid et behov for å gi pasienter med emosjonelt ustabile trekk et nytt og bedre tilbud. Anbefalinger i de nasjonale retningslinjene er å unngå å legge denne pasientgruppen inn akutt. Det er enighet i fagmiljøet om at akutt innleggelse er lite hensiktsmessig, og at vi skal prioritere den langsiktige behandlingen (1). Imidlertid er realiteten at også disse pasientene får akutte kriser og behøver korte stabiliseringsopphold.

Vi ønsket å tilby disse pasientene avtaler om brukerstyrt seng (2). Tilbudet blir også kalt brukerstyrt innleggelse. Ordningen som vi startet i 2013, har i dag cirka 45 brukere. Vårt akuttmottak er så vidt oss bekjent, en av få akuttavdelinger som tilbyr brukerstyrte innleggelser.

PASIENTER MED KJENT HISTORIKK BLE PRIORITERT

Pasientene fikk tidligere tilbud ut ifra symptombildet og ikke diagnosen. De med kjent historikk i forhold til intoksikasjoner, alvorlig selvskading, kronisk suicidalitet og/eller utageringsproblematikk ble prioritert. Erfaringen vår var at pasientene ofte uttrykte at de måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.

Pasientens endrede atferd viste seg tydelig i forkant og i forbindelse med ankomst til avdelingen. I flere tilfeller utagerte pasientene både før og etter at de ankom avdelingen, og noen ganger var utageringen så alvorlig at det måtte brukes tvang for å roe ned situasjonen.

Vi hadde også et ønske om å endre praksisen for hvordan personer med emosjonelt ustabile trekk håndteres, og da særlig de pasientene som potensielt kan utgjøre en alvorlig fare for seg selv og andre. Overordnede føringer fra klinikkledelsen, om reduksjon av tvang, var også en pådriver for å endre praksis (3).

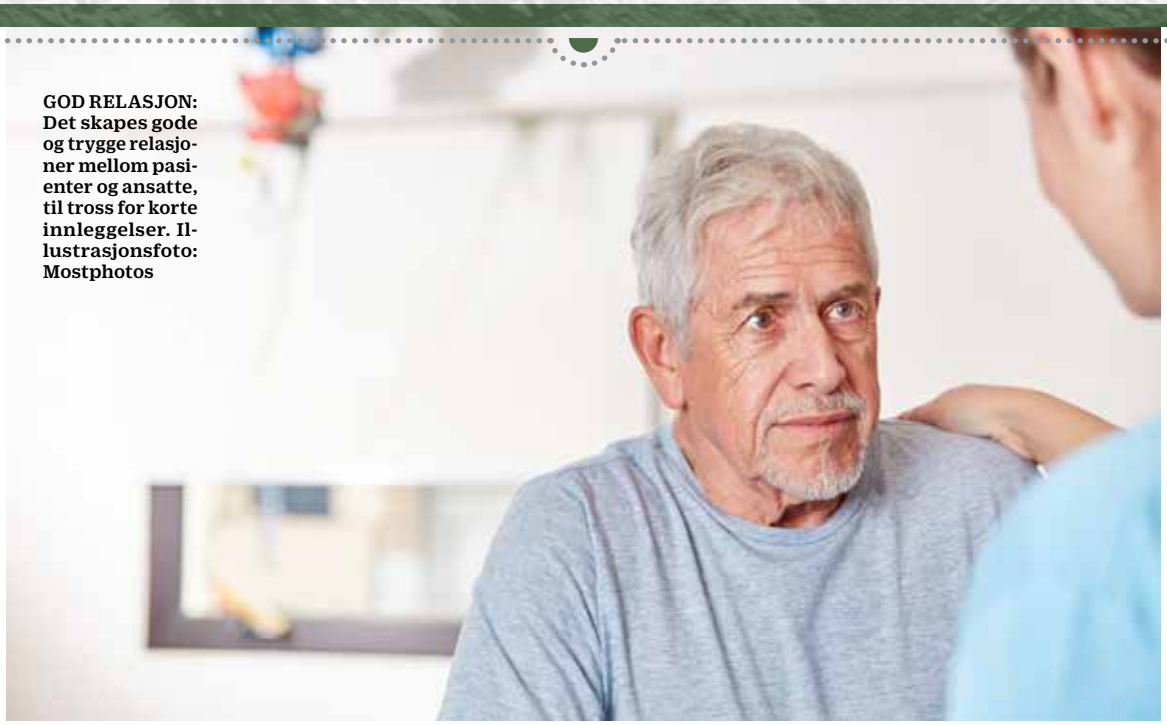
TILBUDET SKAL HINDRE DESTRUKTIV ATFERD

Hensikten med å gi tilbudet om brukerstyrt seng, er å hindre eskalering av selvdestruktiv atferd i ustabile perioder. Vi tenker at det skal være et tilbud for å kunne forebygge og stabilisere akutte kriser. Det kan gjøres ved å gi korte innleggelser på akuttavdelingen, for så å fortsette den langsiktige behandlingen av pasientene utenfor sykehuset.

De fleste pasientene har oppfølging fra poliklinikk, på distriktspsykiatriske sentre (DPS). Vi oppfordrer pasientene til å følge opp avtaler de har med DPS under en akuttinnleggelse.

PASIENTENE TAR SELV KONTAKT MED AVDELINGEN

Rammene for innleggelsen er at pasienten selv tar kontakt, og at de kommer til avdelingen på egen hånd. Det er på forhånd definert hvor lenge innleggelsen skal vare, ofte i to døgn. Under innleggelsen tar pasienten i stor grad regi selv.



GOD RELASJON: Det skapes gode og trygge relasjoner mellom pasienter og ansatte, til tross for korte innleggelser. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Det er en lege som tar imot pasienten, men utover det er det sykepleietjenesten som tar ansvar for mye av behandlingen i samarbeid med pasienten. Innholdet i behandlingen har en miljøterapeutisk struktur, med vekt på kognitive atferdsteknikker.

Pasienten tar ansvar for å informere både privat og profesjonelt nettverk om innleggelsen. Det gjøres ingen større endringer i det eksisterende behandlingsopplegget, som for eksempel medisinering.

Pasienten er frivillig innlagt, og regulerer selv utgang og aktiviteter utenfor sykehuset. Eksempler på aktiviteter er samtaler, at pasienten lager dagsplaner og at posten er en «trygg havn» i noen dager mens pasienten går på skole eller jobb. Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.

> **«De måtte ty til atferd med destruktivt innhold for at hjelpeapparatet skulle ta dem på alvor.»**

PERSONALET GJØR PASIENTENE TRYGGE

Erfaringene baserer vi på informasjon fra personalet som har vært med fra starten av tilbudet om brukerstyrt seng, og tilbakemeldingene fra pasientene. Så langt er erfaringene ikke samlet på en systematisk måte.

PAM er en liten avdeling med seks plasser. Det er et oversiktlig miljø. Det er høy faglighet blant de ansatte, med få utskiftninger. Dette tilrettelegger for at det skapes gode og trygge relasjoner mellom pasienter og ansatte, til tross for korte innleggelser.

Pasientgruppen har ofte utfordringer og problemer med å skape tillit til andre. Dette har vi jobbet aktivt med over tid. Personalet er tydelig til stede for å skape trygghet, men gjør samtidig pasientene kontinuerlig ansvarlige i deres handlinger.

DE FÅR HJELP FØR SYMPTOMENE BLIR FOR STERKE

Pasientene har en «åpen dør» når det blir vanskelig. Personalet motiverer pasienten til å benytte seg av brukerstyrt seng før symptomene blir for sterke. Det har vist seg å være forebyggende mot selvskading og annen destruktiv atferd. Selvskadingen blant pasientene er betraktelig redusert.

De voldsomme innleggelsene som ofte startet med en utagering ved ankomst, og som kunne gjøre det nødvendig å bruke tvang, er nå ikke eksisterende.

NOEN FÅ PASIENTER TRENGER STRAMMERE RAMMER

PAM legger vekt på fleksibilitet, aksept og at det alltid er plass. Pasienter har kommet både ruset og med en selvdestruktiv atferd, og ikke evnet å holde seg innenfor rammene som en brukerstyrt avtale forutsetter. Det at vi da er en akuttpsykiatrisk avdeling gjør at symptomene likevel vanligvis kan håndteres av personalet.

Kun unntaksvis har symptombildet eller den selvskadende atferden vært av en så alvorlig karakter, at innleggelsen er blitt gjort om til en ordinær innleggelse for å kunne legge til rette for strammere rammer rundt pasienten.

PASIENTENE BLIR TATT PÅ ALVOR

Personalet på PAM er opptatt av pasientenes ressurser, istedenfor deres problemer. Vi opplever at pasientene i større grad oppsøker hjelp og benytter seg av tilbudet på en konstruktiv måte.

Det er cirka 45 pasienter som har avtale om brukerstyrt seng. Vi har snakket med rundt 25 pasienter om deres erfaringer.

Pasientene sier at de opplever en større grad av kontroll og egen innflytelse i behandlingen. Flere pasienter forteller at de blir tatt mer på alvor nå enn før ordningen ble innført. Noen sier de slipper å rettferdiggjøre behovet for innleggelse ved for eksempel å ty til selvskading eller utagering. Det gir en trygghet å vite at en kan oppsøke hjelp når en trenger det.

ERFARINGER FRA ANDRE SYKEHUS

Flere andre institusjoner har også erfaringer med brukerstyrte senger. I NAPHA-rapporten fra 2014 (5) hevdes det at når brukerne selv styrer en eventuell innleggelse blir det lettere for dem å håndtere problemer i hverdagen. Det bedrer pasientenes tillit til hjelpeapparatet.

Brukerstyrte innleggelser tilbys ved mange av landets poliklinikker, som et ledd i å utvikle et hjelpetilbud som er mer tilpasset brukerens behov (5).

Rapportene beskriver at en lav terskel for innleggelse oppleves som en sikkerhetsventil i vanskelige perioder i livet. Pasienter opplevde også at selve tilbudet under innleggelsen var annerledes ved brukerstyrte innleggelser (5). Hjelpen var mer fleksibel og tilpasset deres behov. Noen trengte å snakke med de ansatte, andre hadde behov for å hvile.

DE SATTE PRIS PÅ Å BLI VIST TILLIT

Rapporten viser at når hjelpen var tilpasset deltakerens egen vurdering av situasjonen, opplevde de det som positivt (5). Å bli vist denne tilliten ble opplevd av pasientene som en anerkjennelse fra hjelpeapparatet, og det var en ny opplevelse og erfaring for dem. Flere av brukerne sier at de anstrengte seg for å leve opp til denne tilliten.

Det å skrive en kontrakt ved innleggelsene og å ta beslutninger på egne vegne var nye erfaringer for pasientene.

BRUKERMEDVIRKNING ER BRA FOR HELSEN

I et pilotprosjekt om brukerstyrte innleggelser ved Akershus universitetssykehus fant Støvind og medarbeidere at tiltaket ga færre oppholdsdøgn og mer tilfredse pasienter i spesialisthelsetjenesten (6).

Studien viste også at brukerstyrte innleggelser kan forebygge forverring av pasientens helse, fordi pasienten blir innlagt på et tidligere tidspunkt. Flere av pasientene uttrykte at et mer tilgjengelig tilbud var med på å trygge hverdagen og redusere symptomer. Ifølge Støvind og medarbeidere gir økt brukermedvirkning en positiv effekt på psykisk helse (6).

FÆRRE PASIENTER OPPLEVER TVANG VED JÆREN DPS

Ved Jæren DPS har en også startet opp med brukerstyrte innleggelser (7). Der er to av de i alt elleve sengeplassene ved en rehabiliteringspost for pasienter med schizofreni gjort om til brukerstyrte innleggelser. Pasienten kan legge seg inn i opptil fem dager av gangen, med en karantenetid på fjorten dager.

I en undersøkelse ved Jæren DPS fant forskerne ut at det ble mindre tvangsbruk, pasientene opplevde større valgfrihet og de fikk en økt følelse av trygghet etter oppstarten av brukerstyrte innleggelser (7).

PASIENTENE KAN BLI NEDPRIORITERT

Vår erfaring er at både pasienter og personale er positive til ordningen, men det finnes også utfordringer. Avdelingens akutte mottaksfunksjon gjør hverdagen lite forutsigbar. Pasienter som er innlagt på brukerstyrte plasser, kan kanskje få en opplevelse av å bli nedprioritert når avdelingen er full eller når det er innlagt mange pasienter med høyt symptomtrykk.

Vi ser at det er behov for å individualisere det enkelte forløpet, både i forhold til behandlingsplan, innholdet i behandlingen og utnyttelse av tiden som er innvilget.

DE FLESTE PASIENTENE GIR GODE TILBAKEMELDINGER

Vår erfaring er at pasientene stort sett gir gode tilbakemeldinger på ordningen med brukerstyrte innleggelser. Personalet fremhever at samhandlingen mellom pasienten og personalet har blitt bedre. I tillegg har brukerstyrte innleggelser en positiv effekt på det totale antallet liggedøgn.

> **«Både pasienten og avdelingen kan si opp avtalen om brukerstyrt innleggelse med umiddelbar virkning.»**

Ordningen reduserer også bruken av tvang (3, 7). Følgelig blir det viktig å forsvare bruken av brukerstyrte innleggelser fremover.

OPPSUMMERING OG VIDERE ANBEFALINGER

Erfaringen med brukerstyrte innleggelser er udelt positive. Personalet ved PAM ønsker å utvide tilbudet, slik at

FAKTA

Akuttmottakets oppgaver

Psykiatrisk akuttmottak ved Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg Diakonale Sykehus er en lukket psykiatrisk sengepost med seks sengeplasser. Avdelingen tar imot pasienter fra bydelene Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo.

Avdelingen har mottaksfunksjon for alle pasientene som kommer til klinikken, og legger vekt på individuell tilnærming, utredning og diagnostikk. Behandlingen inneholder samtaler med lege, miljøterapeutiske tiltak, gruppebehandling og medisinering.

Slik fungerer brukerstyrt seng

Brukerstyrt seng er et tilbud pasientene gis etter en samlet vurdering. Pasienter med høyt symptomtrykk, i form av emosjonell ustabil karakter, med gjentatte reinnleggelser, kan være aktuelle for en avtale om brukerstyrt seng. Ved inngått avtale om brukerstyrt seng, tilbys pasienten to dagers innleggelse, med en karantenetid på fire uker. Ved behov, kan pasienten benytte seg av øyeblikkelig-hjelp-innleggelse i karantenetiden.

Pasientene melder selv ifra når de føler behov for en brukerstyrt innleggelse, og de regulerer innholdet i behandlingen selv. Pasientene er frivillig innlagt og kan komme og dra fra avdelingen når de måtte ønske det.

flere pasienter kan benytte seg av brukerstyrt innleggelse. De siste årene har antall innleggelser i vår avdeling økt betraktelig. Det har skapt problemer med kapasiteten og som følge av det er liggetiden innskrenket fra fire døgn til to døgn.

Flere pasienter har gitt uttrykk for at muligheten til å legge seg inn, gir dem trygghet.

Pasienter som ikke har benyttet seg av tilbudet på lang tid, har på forespørsel ikke ønsket å avslutte avtalen, da denne gir dem økt trygghet. Pasientene forteller i hovedsak at innleggelsen blir benyttet til søvn, hvile og samtaler.

Det er viktig at nyansatte leger og sykepleiere får opplæring i hva brukerstyrt innleggelse er samt at miljøterapeutisk struktur og innhold får mer plass i behandlingen.

FAKTA

Hva er miljøterapi?

Miljøterapi kan defineres som en realitets- og aktivitetsbetont behandling som tar utgangspunkt i pasientens ressurser og ståsted, og samspillet mellom vedkommende og omgivelsene rundt i sin utøvede praksis (4).

Kilde: Napa.no Kognitiv miljøterapi. NAPHA – nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid

REFERANSER

1. Sosial- og helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2008. IS-1511.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument fra Helse Sør-Øst. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumenthso.pdf (nedlastet 25.03.2020).
3. Jacob A, Veland M. Jobber for mindre tvang. Sykepleien. 2014;102(9):50–1.
4. Solbjør M, Kleiven HH. Kognitiv miljøterapi – forskningsbasert kunnskapssammenstilling. Trondheim: NAPHA; 2013. s. 5.
5. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Brukerstyrte innleggelser – et positivt og annerledes tilbud. Oslo: NAPHA; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.napha.no/brukerstyrte_innleggelser/ (nedlastet 25.03.2020).
6. Støvind H, Hanneborg EM, Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelser. Sykepleien. 2012;100(14):62–4.
7. Psyknytt. Brukerstyrte plasser kan gi kortere liggetid og mindre tvang. Oslo: Psyknytt; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/brukerstyrte-plasser-kan-gi-kortere-liggetid-og-mindre-tvang (nedlastet 25.03.2020).

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

DEL ARTIKKELEN
LAST NED PDF

FAGARTIKKEL:

Psykiatri:
Brukerstyrte innleggelser gir pasientene økt trygghet

ANNONSE

Babyer har det best med brystmelk

MAM
mambaby.com

Vi trenger alle litt hjelp iblant...

Vi er der gjennom hele ammereisen

2in1 Electric & Manual Breast Pump

- Veksle mellom elektrisk og manuell brystpumpe med to enkle trinn
- Ekstra myk trakt – passer alle bryststørrelser
- Oppladbart batteri – holder i inntil 5 timer
- Alle deler (ikke slange og display) kan steriliseres
- Pump direkte i MAMs tåteflaske eller oppbevaringsboks for brystmelk

@mambabyNO mambaby.com/no/babytalk @mambaby_nordic

SYKEPLEIEN FORSKNING

SEND INN DIN FORSKNINGSARTIKKEL!

Sykepleien Forskning er den naturlige kanalen å publisere sykepleieforskning i, enten du er forsker eller tar en mastergrad.

Sykepleien Forskning er et heldigitalt, fagfellevurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

- fagfellevurdering, redaksjonell vurdering og språkvask
- publisering på sykepleien.no, Facebook og Twitter
- oversetting av forskningsartiklene til engelsk
- indekserte artikler i CINAHL og SveMed+
- gode lesertall og lang levetid på sykepleien.no

Skann koden!

Les mer i forfatter-veiledningen

QR-KODE

Forfatterveiledning for forskningsartikkel

sykepleien Forskning

sykepleien.no/forskning

ANNONSE

Hvorfor er vi så opptatt av hva det koster per kvadratmeter?

Vi burde bli mer opptatt av hva man får når man deler kvadratmeter med andre. Regnestykket ser nemlig annerledes ut. Det er billigere – både for deg og for planeten. I Fyrstikkbakken 14 regner vi i **Delemeter (m^D)** - kvadratmeter du eier sammen med naboene. Flere gjesterom, hjemmekontor, sauna på taket og sykkelverksted er bare noen av godene.

Les mer på **Fyrstikkbakken14.no**

Fyrstikk bakken 14

Man får mer sammen.

HOVEDBUDSKAP:
I denne artikkelen presenterer vi Phil Barkers tidevannsmodell, som kan være en veiviser i recovery-orientert psykisk helsearbeid.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2020.81497

NØKKELORD:
Psykisk helsearbeid ◗ Recovery ◗ Tidevannsmodellen ◗ Sykepleieteori

Tidevannsmodellen kan bidra til bedre psykiatrisk sykepleie

Tidevannsmodellen viser hvordan sykepleiere kan gi god sykepleie til pasienter som har psykiske lidelser, og hjelpe dem til å finne konstruktive måter å løse livets utfordringer på.

FORFATTERE

Johanne Temine Punsvik
Universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet, campus Narvik

Gabriele Kitzmüller
Førsteamanuensis, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet

Recovery ved rusproblemer og psykisk uhelse er et perspektiv og en filosofi som tar utgangspunkt i at bedring er en prosess med startpunkt i menneskers egne ønsker, ressurser og verdier. Recovery har som mål at den enkelte skal leve et meningsfullt liv med håp og glede til tross for begrensningene den psykiske uhelsen skaper (1).

Både fagpersoner og brukerorganisasjoner fremholder at recovery og personers individuelle utfordringer skal være utgangspunktet for hjelp i psykiske helsetjenester (2–4).

Denne artikkelen vil presentere Phil Barkers tidevannsmodell som et teoretisk rammeverk for recovery-orientert sykepleie i psykisk helsearbeid. Modellen tilbyr begreper og strukturer som kan hjelpe sykepleiere å legge vekt på personers unike veier til bedring.

> **«Forståelsen av psykisk lidelse har variert gjennom historien.»**

MODELLEN ER EN NY MÅTE Å SAMTALE PÅ

Vi ble oppmerksomme på Phil Barkers teori gjennom vår gode kollega professor Lena Wiklund Gustin, som har sin hovedstilling ved Mälardalens Högskola i Sverige. Hun og hennes kolleger har i flere år brukt Barkers modell i undervisningen av studenter ved videreutdanning i psykisk helse.

Gustin har erfart at modellens bruk i praksis skaper engasjement, og at den er en ny måte å samtale med pasienter på. Med bakgrunn i våre egne erfaringer med pasienter i psykiske helsetjenester, vil vi presentere våre tanker om hvordan denne modellen kan anvendes i praksis.

VI TRENGER ULIKE KUNNSKAPSTRADISJONER

Mennesker har til alle tider gjort det de må gjøre for å komme seg gjennom vanskeligheter i livet, og ikke alle recovery-prosesser krever en involvering av fagfolk. Derimot vil personer som opplever større utfordringer enn deres egen kapasitet til bedring, ta kontakt med helsetjenester innen rus og psykisk helse. Pasienter og brukere er derfor avhengig av kvaliteten på hjelpen som helsepersonell tilbyr.

Hvilket tilbud vi møter pasienter med har sin bakgrunn i hvilke forklaringsmodeller som legges til grunn for hva psykisk uhelse er. Forståelsen av psykisk lidelse har variert gjennom historien. På mange måter har den pendlet mellom ytterpunkter hvor man ser på psykiske lidelser som sosialt forankrede og kontekstuelle eller som biologisk og psykologisk forstyrrede funksjoner (5).

Gjennom mange tiår har det psykiatriske perspektivet hatt stor innflytelse på bakgrunn av medisinsk tradisjon og naturvitenskapelig forskning, som forsøker å påvise årsaker til avvik (6).

Andersen og medarbeidere (7) skriver om nittitallets erkjennelse av den psykiatriske forståelsen som en utilstrekkelig og hegemonisk tenkemåte og praksisform. Opptrappingsplanen (8) for psykisk helse talte for flere perspektiver og

LYTT TIL PASIENTEN: Sykepleierens oppgave er å utforske pasientens opplevelse gjennom å lytte til personens livsfortelling. Illustrasjon: Monica Hilsen

løftet frem at tverrfaglighet og brukermedvirkning er nødvendig i psykiske helsetjenester.

I dag ser vi at de fleste fagpersoner innen psykisk helsearbeid er enige om behovet for en grunnlagsforståelse som tar hensyn til helhet ved å vektlegge både biologiske, psykologiske og sosiale årsaker til psykiske problemer. Til tross for denne enigheten, mener vi at det medisinske perspektivet stadig veier tyngst både i strukturering av tjenesten og prioriteringer hos den enkelte fagperson.

VI SAMARBEIDER PÅ TVERS AV FAG

Ønsket fra helsemyndigheter og fagpersoner om perspektivmangfold har ført til mer tverrfaglig samarbeid innen psykisk helsearbeid. Opptrappingsplanens (8) styring mot tverrfaglighet vises blant annet gjennom at videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie nå er en tverrfaglig utdanning i psykisk helsearbeid.

Kirkevold (9) påpeker at tverrfaglighet forutsetter at yrkesgruppenes kompetanse er tydelig og kjent for alle parter. I mangfoldet av tjenester og profesjoner har det særegne bidraget til sykepleierne blitt mindre og mindre synlig. Vi trenger sykepleiere i psykisk helsearbeid som er tydelige i

> **«Vi trenger sykepleiere i psykisk helsearbeid som er tydelige i sin rolle.»**

sin rolle, og som argumenterer for pasientens rett til å motta god sykepleie. Her mener vi at Phil Barkers tidevannsmodell kan være en veiviser.

PHIL BARKER UTVIKLET TIDEVANNSMODELLEN

Phil Barker er født i 1932, i Scotland. Barker var kunstner før han ble psykiatrisk sykepleier. Han er professor emeritus og underviser fortsatt.

Sammen med sin kone Poppy Buchanan-Barker utforsket han hvilken hjelp som bidrar til at mennesker med psykiske problemer opplever bedring. Barkers utgangspunkt er fortellingene til personer som har erfart psykisk uhelse og deres levde liv (10).

MENNESKER ER SINE FORTELLINGER

Tidevannsmodellen legger til grunn at mennesker er sine fortellinger. Fortellingene er historiene pasienten forteller til seg selv og andre, som igjen er påvirket av historiene som andre forteller om dem (11). Den beste måten å få kunnskap om seg selv er å dele den med andre.

Å dele sin fortelling vil gi pasienten større selvinnsikt – hvem er jeg, og hva er viktig for meg? Barker er opptatt av å hjelpe mennesker til å eie sin egen fortelling om motgang og lidelse, slik at det ubevisste blir bevisst og at personen etter hvert kan forme en ny fortelling om seg selv.

TIDEVANNET ER EN METAFOR FOR LIVET

Havet er utgangspunktet for Barkers (12) bruk av tidevannet som metafor for livet. Tidevannet er i konstant bevegelse. Livet er som en reise på havet hvor disse skiftningene gir både farer og muligheter. Underveis kan personen møte stormer eller lide skipbrudd, og få behov for å loses til en trygg havn.

På samme måte kan vår helse og våre livsomstendigheter, og dermed også behovet for hjelp fra andre, variere gjennom livet. Mennesker er i kontinuerlige forandringsprosesser. Psykisk smerte og psykiske behov er en uunngåelig del av det å være menneske (10). Sorg, lidelse og kriser kan være en mulighet til endring og utvikling på nye områder.

HVA ER PSYKISK UHELSE?

Tidevannsmodellen anerkjenner at psykiske problemer må møtes med ulike teoretiske perspektiver (12). Barker (10) legger vekt på at psykisk uhelse er menneskets naturlige reaksjon på overveldende livsomstendigheter fremfor et utslag

> **«Å dele sin fortelling vil gi pasienten større selvinnsikt.»**

av psykologiske eller fysiologiske forstyrrelser. Barker (12) beskriver dette som «problems in living» eller «menneskelige livsproblem».

De aller fleste som har behov for støtte på grunn av psykisk uhelse, erfarer at følelsesmessige belastninger, bekymring eller uro gjør det vanskelig å leve med seg selv, forholde seg til andre og at andre opplever det som vanskelig å leve med dem. Slike kriser kan gi ulike former for trusler.

Trusler som kommer innenfra, kan være følelser av verdiløshet, håpløshet eller at man hører anklagende stemmer. Trusler utenfra kan være stigmatisering, anklager, diskriminering eller overgrep (11).

SYKEPLEIERENS OPPGAVE I TIDEVANNSMODELLEN

Sykepleie er å være til stede for mennesker som går gjennom kriser, og hjelpe pasienten til å finne sin vei gjennom livsproblemene (12). Tidevannsmodellen legger vekt på personens opplevelse, mer enn personens atferd eller diagnose.

Sykepleierens oppgave er ikke å avdekke årsaker, men å utforske personens opplevelse, gjennom å lytte til personens livsfortelling (13). Arbeidet med livsfortellingen skal hjelpe pasienten til å bli kjent med seg selv.

Sykepleieren skal minimere trusselen

Sykepleieren skal skape det miljøet og aktivere mulighetene personen trenger for å få det bedre med seg selv og sine omgivelser (12). Psykisk smerte gir ofte en opplevelse av frykt og utrygghet. Sykepleie er å identifisere det som truer personens trygghet og sammen med pasienten søke etter hva som må gjøres for å minimere trusselen.

Relasjonen mellom pasienten og sykepleieren er viktig

Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten har avgjørende betydning, både for å skape trygghet og for å være oppmerksom på alle endringer i personens tilstand. En hjelpende relasjon forutsetter at sykepleieren ikke tar styring over pasienten, men støtter personen i å finne mer konstruktive måter å løse livets utfordringer på enn tidligere (13).

Vi skal sette grenser

At mennesker skal få bestemme over sitt eget liv er grunnleggende i tidevannsmodellen. Av og til kan det likevel være et skille mellom det personen ønsker akkurat nå og det

ANNONSE

Wima-labben:

Behandling / forebygging av ligge- og trykksår

- Avlaster områder som er utsatt for ligge- og trykksår
- Bedrer mulighetene for sårleging
- Behagelig i bruk - luftig, lett, stabil og varmeisolerende
- Les mer på wima.no

Wima® produkter

Tlf. 71 51 42 84 / 469 16 693 - wima@wima.no

han trenger for en varig bedring. Sykepleierens oppgave er også å sette gode grenser, slik at pasienten ikke skaper enda større problemer for seg selv (13).

VERDIGRUNNLAGET I TIDEVANNSMODELLEN

Verdigrunnlaget i tidevannsmodellen er beskrevet av Buchanan-Barker og Barker (14, 15) gjennom ti forpliktelser. Sykepleieren skal alltid legge verdiene til grunn for sitt arbeid. Vi vil her beskrive tre av forpliktelsene.

Sykepleieren skal lytte til og verdsette personens stemme

Den største forpliktelsen er at sykepleieren skal lytte til og verdsette personens stemme. Pasientens egen fortelling om sitt liv og sine utfordringer skal være sentral i sykepleierens arbeid for å hjelpe pasienten mot bedring.

Det betyr at om pasienten beskriver smerten ved å ha gjentatte brutte relasjoner til venner og kjærester som et gjennomgående tema i sin fortelling, skal sykepleieren være opptatt av relasjonsarbeid i samme grad som av kartlegging av aktiviteter i dagliglivet, altså ADL-funksjon (activities of daily living) eller medikamentjustering.

I tidevannsmodellen ligger det en tanke om at pasientens fortelling ikke bare rommer det som har vært vondt og vanskelig, men også kan vise veien til problemløsning og håp. Derfor er det viktig at sykepleieren hjelper pasienten med å granske fortellingen.

Sykepleieren skal utvikle ekte interesse for fortellingen

En annen forpliktelse er at sykepleieren skal utvikle ekte interesse og nysgjerrighet for pasientens fortelling. Det er få mennesker som vil fortelle noe som helst, dersom ingen lytter. Å lytte er mer enn å være til stede. Sykepleieren må derfor vise virkelig interesse for å forstå den andre.

Møtet mellom pasient og sykepleier må ha betydning for begge parter. Det betyr ikke at vi skal bli private eller utvikle vennskapsforhold, men at sykepleieren kan vise seg som et menneske som blir berørt både av pasientens vonde erfaringer og gode fremskritt.

Sykepleieren skal være åpen og tydelig i sin kommunikasjon

Den siste forpliktelsen vi vil trekke frem, er at sykepleieren skal være åpen og tydelig i sin kommunikasjon. Sykepleieren og pasienten skal være et team, og det krever tillit og åpenhet i relasjonen. Hjelpen skal ikke inneholde unødvendige overraskelser.

ANNONSE

sykepleiere
med hjerte for faget.

#wecare.

- Randstad Care har avtale med sykehus i hele Norge
- Vi er første-leverandør i Helse Nord og Helse Midt-Norge
- Vi som jobber med utleie av sykepleiere, er selv sykepleiere
- Vi tilbyr faste stillinger opptil 100%

du får blant annet:
- oppfølging av fast kontaktperson
- selv bestemme hvor og når du jobber, og når du vil ha ferie
- ekstra god lønn med gode tillegg for kveld, natt og helg
- dekket reise og bolig ved pendling

Vil du vite mer om hva vi kan gjøre for deg?
Kontakt oss i dag!

randstad

randstad.no/care
care@randstad.no
+47 400 21 410

Her er noen eksempler: Dersom behandlere vurderer at pasienten kan ha nytte av ECT-behandling, skal pasienten få vite dette og slippe at hele personalgruppen vet at dette ligger i planene før det er foreslått for pasienten selv. Hvis pasienten forteller noe til sykepleieren som gjør at hun blir bekymret for om pasienten er klar for å reise ut til planlagt tid, så må sykepleieren formidle dette klart og tydelig.

GODE VERKTØY I SYKEPLEIEN

Barker og Buchanan-Barker (11) har også laget en manual med konkrete hjelpemidler for å anvende verdiene i praksis. Verktøyene omfatter helhetlig vurdering, trygghetsplan, samtaler på tomannshånd og gruppesamtaler.

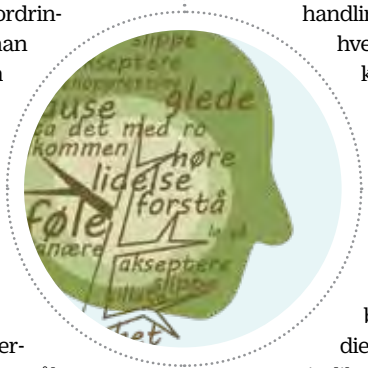
Pasientens tilsynsbehov må kartlegges

Barker og Buchanan-Barker (11) foreslår at en av de første samtalene mellom sykepleier og pasient skal handle om kartlegging av pasientens tilsynsbehov. Sykepleieren skal hjelpe pasienten med å identifisere de truslene som gir risiko for at personen skader seg selv eller andre.

Trusler kan være alt fra følelsesmessige vanskeligheter, krangel med kjæresten, indre stemmer eller press fra Nav. Pasienten angir på en skala fra 0–10 både sin egen opplevelse av trusler, tro på egen evne til å endre situasjonen og tiltro til sykepleierens hjelp. Sykepleieren gir på samme måte sin vurdering av dagens situasjon.

En trygghetsplan skal gi trygghet

Videre i samtalen setter sykepleieren søkelys på hvordan pasienten tidligere har mestret liknende utfordringer. Dette arbeidet er det Barker og Buchanan Baker (11) kaller en trygghetsplan. Sammen kan pasienten og sykepleieren utforske hva som har hjulpet tidligere; søvn, avspenningsøvelser, samtaler eller dataspill? Sykepleierens mål med trygghetsplanen er å finne det som gir pasienten større opplevelse av indre og ytre trygghet.



Sykepleieren gjør en helhetlig vurdering

Den helhetlige vurderingen retter seg mot personens livsfortelling (11). Gjennom ulike spørsmål kartlegger sykepleieren hva som er viktig for personen, som for eksempel mennesker, ting og tanker. Kartleggingen skal også avdekke hvordan personen har det nå og fortellinger om hvordan det ble slik.

Eksempler på spørsmål sykepleieren stiller pasienten i en helhetlig vurdering er: «Hvem i din familie og omgangskrets er viktig for deg; hvilke tanker om livet er viktig for deg; hvordan var det alt begynte; hvordan har det påvirket deg og dine relasjoner til andre; hva er ditt største problem nå?». Sykepleieren oppfordrer pasienten til å skrive ned svarene med egne ord.

Når en kvinne i sin fortelling sier slikt som «senga tok meg første gang da jeg var 16 år», kan sykepleieren spørre videre: «Kan du fortelle mer om hvordan du opplevde at senga tok deg?». Helsepersonell har lett for å oversette pasienters utsagn til medisinske uttrykk som depresjon eller alvorlig nedstemthet. I tidevannsmodellen ligger det et ønske om å verdsette personens språk gjennom at sykepleieren bruker ordene pasienten selv velger.

Samtaler på tomannshånd

I daglige samtaler på tomannshånd tar sykepleieren utgangspunkt i den helhetlige vurderingen, og utforsker hvordan pasienten har det akkurat i dag. Sykepleieren skal konsentrere seg om personens bedringsprosess.

> **«Trusler som kommer innenfra, kan være følelser av verdiløshet, håpløshet eller at man hører anklagende stemmer.»**

Når pasienten forteller, søker sykepleieren å identifisere og holde frem de positive endringene hos pasienten, også de veldig, veldig små. Eksempel på dette kan være at sykepleieren i samtalen sier: «Så flott at du ringte arbeidsgiveren din i dag, Ole. For en uke siden sa du at den telefonsamtalen var helt umulig å få til».

Grupper med ulike temaer

Tidevannsmodellen fremholder at mennesker er grunnleggende relasjonelle (11). Mennesker blir styrket både av å se at andre kan ha like erfaringer, og at de selv kan bety noe i andre sine liv.

Barker og Buchanan Barker (11) anbefaler at pasienter deltar i ulike grupper som legger til rette for læring og samhandling. I enkelte grupper snakker pasientene om hverdagslige temaer, med spørsmål som «Hva liker du å gjøre når du skal slappe av?», mens andre grupper kan ha undervisning om for eksempel kosthold og psykisk helse eller informasjon fra brukerorganisasjoner.

ERFARINGER FRA PRAKSIS

Tidevannsmodellen har blitt iverksatt ved flere avdelinger i land som Irland (16), Storbritannia (17), Canada (18) og Tyrkia (19). Studier som utforsket tidevannsmodellen i praksis, indikerer at det er reduksjon i voldshendelser, selvskading og bruk av tvang (17, 20).

Sykepleiere erfarer at å jobbe ut ifra tidevannsmodellen styrker samarbeidet mellom sykepleier og pasient og gir en sterkere opplevelse av å gjøre en forskjell i pasientens liv (16, 21). Å arbeide med pasientens livsfortelling kan forbedre praksis og fremme pasienters eierskap i behandling (18).

Henderson (22) viser at personalet endrer sitt syn på behandlingen fra forvaring til recovery, og pasientene opplever økt autonomi. I rusbehandling

skaper implementering av modellen positiv identifisering, vekst, mestring, selvbeherskelse og opplevelse av sosial støtte hos pasientene (19).

MODELLEN KAN BIDRA TIL GOD SYKEPLEIE

Vi mener tverrfaglighet og perspektivmangfold er nødvendig for å hjelpe mennesker med psykisk uhelse og rusproblematikk. Sykepleiere har en viktig funksjon i recovery-orientert psykisk helsearbeid, og vi vil hevde at tidevannsmodellen kan sette søkelys på og gi retning for god sykepleie.

Verdigrunnlaget i modellen plasserer personen i sentrum og anerkjenner menneskers erfaringer som betydningsfulle i recovery-prosesser. På bakgrunn av verdiene tilbyr modellen utforskende og risikovurderende redskaper som vi tror kan være et bidrag i god sykepleie til pasienter med psykiske utfordringer.

REFERANSER

1. Slade M, Hayward M. Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. Acta Psychiatr Scand. 2007;116(2):81–3.
2. Meld. St. nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
3. Karlsson B, Borg M. Recovery: tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
4. Meld. St. nr. 19 (2014–2015). Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Johannesen JO, Joa I. Moderne psykoseforståelse og konsekvenser for struktur og innhold i tjenestetilbudet. PsykOpp Nytt. 2015;(2).
6. Aarre TF. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
7. Andersen AJW, Larsen IB, Ulland E. Bidrag til en ny praksis? Utvikling og forskning i psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder i perioden 2008–2013. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2015;(01):4–16.
8. Meld. St. nr. 25 (1996–1997). Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 1997.
9. Kirkevold M. Trenger vi sykepleieteori? Tidsskriftet Sykepleien. 2019(1):58–61.
10. Brookes N. Phil Barker: Tidal model of mental health recovery. I: Marriner-Tomey A, Alligood MR, red. Nursing theorists and their work. 7 utg. Maryland Heights: Mosby Elsevier; 2010.
11. Barker P, Buchannan- Barker P. The tidal model mental health, reclamation and recovery. Tidal. Recovery and Reclamation. 2007. Tilgjengelig fra: http://www.tidal-model.com/tidal%20manual.html (01.01.2019).
12. Barker P. The tidal model. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2002;40(7):42–50.
13. Gustin LW, Lindwall L. Omvårdnadsteorier i klinisk praxis: Natur och kultur; 2012.
14. Buchanan-Barker P, Barker PJ. The ten commitments: a value base for mental health recovery. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2006;44(9):29–33.
15. Buchanan-Barker P, Barker PJ. The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2008;15(2):93–100.
16. O'Donovan A. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality or rhetoric? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007;14(6):542–8.
17. Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the Tidal Model: evaluating the evidence. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(6):703–12.
18. Brookes N, Murata L, Tansey M, Brookes N. Tidal waves: Implementing a new model of mental health recovery and reclamation. Can Nurse. 2008;104(8):22–7.
19. Savaşan A, Çam O. The effect of the psychiatric nursing approach based on the Tidal Model on coping and self–esteem in people with alcohol dependency: a randomized trial. Arch Psychiatr Nurs. 2017;31(3):274–81.
20. Fletcher E, Stevenson C. Launching the Tidal Model in an adult mental health program. Nurs Stand. 2001;15(49):33–6.
21. Cook NR, Phillips BN, Sadler D. The tidal model as experienced by patients and nurses in a regional forensic unit. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12(5):536–40.
22. Henderson J. How the tidal model was used to overcome a risk–averse ward culture. Mental Health Practice. 2013;17(1):34–7.

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:

Tidevannsmodellen kan bidra til bedre psykiatrisk sykepleie

Derfor skrev jeg denne artikkelen

Johanne Temine Punsvik

Universitetslektor. Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT, campus Narvik

Jeg kjenner meg heldig som får bruke mye av min arbeidstid på å lese fag og tenke på hvordan teorien kan brukes til det beste for studenter og pasienter.

Å oppdage tidevannsmodellen for psykisk helsearbeid gjorde meg begeistret og ga meg lyst til å spre kunnskap om den sammen med min kollega Gabriele Kitzmüller. Jeg skulle gjerne sendt våre studenter i praksis til en avdeling som bruker tidevannsmodellen i sine verdier og pasientoppfølging. Jeg liker spesielt hvordan modellen har forslag til spørsmål som får frem pasientens egen opplevelse av situasjonen.

I rus- og psykiske helsetjenester trenger vi sykepleiere som har gode kunnskaper om grunnleggende behov, aktuelle medikamenter, diagnoser og god behandling. Samtidig har jeg sett at dette er lite verdt om vi ikke oppriktig bryr oss om at andre skal få det bedre, og tåler å være til stede i andres smerte.

Akkurat nå er jeg opptatt av hvordan livets opp- og nedturer, men aller mest nedturer og regnværsdager kan ha gjort meg til en bedre sykepleier. Pasienter med rus og psykiske problemer har opplevd hvordan livet kan fare røft både i tanker og omgivelser. Når vi sykepleiere reflekterer over og aksepterer våre egne utfordringer og sorger i livet, tror jeg disse erfaringene blir verdifulle i møte med mennesker som har det vondt på innsiden.

INVOLVERES: Brukerne får ofte tilbud om å være med på samhandlingsmøter, men de takker gjerne nei. Arkivfoto: Erik M. Sundt

FORFATTERE

Møt forskeren 32

Jorunn Nærland Skjærpe
Vernepleier og stipendiat, NSK Jæren distriktspsykiatriske senter, Bryne og Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Margareth Kristoffersen
Førsteamanuensis, Avdeling for omsorg og etikk, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

Marianne Storm
Professor, Avdeling for folkehelse, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger

NØKKELORD

Helsepersonell ◗ Kvalitativ studie ◗ Alvorlig psykisk lidelse ◗ Brukermedvirkning ◗ Samhandling

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.80125

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Politiske og juridiske føringer vektlegger brukermedvirkning i samhandlingen mellom distriktspsykiatrisk senter (DPS) og kommuner i psykisk helsearbeid. Studien innhenter kunnskap om brukermedvirkning i samhandlingen rundt personer med alvorlige psykiske lidelser som mottar helsetjenester fra DPS og kommune.

Hensikt: Å beskrive hvordan helsepersonell ivaretar brukermedvirkning i sin samhandling og hvilke utfordringer de står overfor når personer med alvorlige psykiske lidelser har behov for helsetjenester fra DPS og samarbeidende kommuner.

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi gjennomførte tolv individuelle intervjuer med helsepersonell ansatt i et DPS og fire samarbeidende kommuner. Intervjudeltakerne var involvert i samhandlingen om personer med alvorlige psykiske lidelser. Datamaterialet ble analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Helsepersonell samhandler om og ivaretar brukermedvirkning for personer med alvorlige psykiske lidelser ved at brukerne involveres i innleggelser i DPS-et, i samhandlingsmøter under og etter innleggelser og ved utskrivning til hjemmet. Brukermedvirkningen i samhandling utfordres når helsepersonell fra kommunene og brukeren ikke blir involvert i å vurdere innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov ved akutte innleggelser. Utfordringer oppstår også når brukeren ikke deltar på samhandlingsmøter, eller når det er uenighet blant helsepersonellet om ansvarsfordeling og tiltak. Utskrivning til hjemmet ble utfordret når DPS-et og kommunen var uenige om hvorvidt brukeren var utskrivningsklar, dersom brukeren ikke ville ta imot tjenester, eller når det manglet egnet tjenestetilbud i kommunene.

Konklusjon: Helsepersonell ivaretar brukermedvirkningen i overføringer, samhandlingsmøter og tjenestetilbud når brukeren er hjemme. Brukermedvirkning i samhandling vanskeliggjøres når helsepersonell tar beslutninger om innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov, når brukeren ikke deltar i samhandlingsmøter, eller når helsepersonell fra DPS-et og kommunene er uenige om ansvarsfordeling og tiltak.

Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid

Helsepersonell kan ta beslutninger om innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov eller ha samhandlingsmøter med brukeren, og DPS-et og kommunen kan bli enige om ansvarsfordeling og tiltak.

Samhandlingsreformen overførte oppgaver og ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (1). Samhandlingen mellom distriktspsykiatriske sentre (DPS) og kommuner er viktig for å gi personer med alvorlige psykiske lidelser integrerte helsetjenester av høy kvalitet (2–5).

McDonald og medarbeidere definerer samhandling som følger: «The deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health care services.» (6, s. 6)

Brukermedvirkning i samhandling

Brukermedvirkning i samhandling mellom DPS-et og kommunene innebærer at brukeren involveres i beslutninger, og at brukerens ønsker og behov for tjenestetilbud ivaretas i overføringer, under innleggelser og etter utskrivning fra døgnbehandling (7, 8).

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (9). DPS-et og kommunene er pliktige til å tilrettelegge for brukermedvirkning i samhandling (1, 10, 11).

McDonald og medarbeidere (6) har utarbeidet et rammeverk med samhandlingstiltak (tabell 1). Rammeverket vektlegger hvilket ansvar helsepersonellet har for å koordinere tjenester, tilrettelegge overføringer og utveksle informasjon mellom helsepersonell og brukere.

Kartlegging av brukernes helsetilstand samt oppfølging av brukernes ønsker og behov for helsetjenester er sentralt. Behandling og psykososiale tiltak skal være tilpasset brukernes kapasitet for deltakelse og brukermedvirkning.

Tidligere forskning

En litteraturgjennomgang (12) av internasjonale forskningsstudier dokumenterte at personer med alvorlige psykiske lidelser opplevde samhandlingsutfordringer ved utskrivning fra psykiatrisk døgnbehandling til hjemmet.

Eksempler på utfordringer er utilstrekkelig tilgang til aktiviteter og tjenester, liten involvering i beslutninger om tjenestetilbud, kompliserte medikamentregimer samt manglende kontinuitet i relasjoner, informasjonsutveksling og tjenestetilbud. Vedvarende psykiske symptomer kan gjøre det vanskelig for brukerne å mestre dagliglivet (12).

Tabell 1. Samhandlingstiltakene til McDonald og medarbeidere

Ansvarsfordeling: Helsepersonell i samarbeidende instanser utarbeider samarbeidsavtaler for ansvarsområder og jobber etter en felles plan med utgangspunkt i den enkelte brukerens ønsker og behov for helsetjenester.
Kommunikasjon: Helsepersonell deler kunnskap innad og på tvers av instanser og gir brukerne den informasjonen de har rett på. Informasjon utveksles skriftlig, muntlig eller elektronisk og omhandler brukernes anamnese, medisinlister, prøveresultat eller andre kliniske opplysninger som blir sendt mellom helsepersonellet, eller mellom helsepersonellet og brukeren.
Tilrettelegging for overføringer: Helsepersonell tilrettelegger for tidseffektiv samhandling med komplett informasjonsutveksling og klare samarbeidsavtaler der brukerens ønsker og behov blir ivaretatt.
Kartlegging: Ved overføringer kartlegger helsepersonell brukernes somatiske og psykiske helse, nåværende og tidligere helsetilstand, sykdomsinnsikt, medisinering samt nåværende og nye behov for helsetjenester. I forbindelse med utskriving hjelper helsepersonellet brukerne med å etablere kontakt med aktuelle tjenester. Etter utskrivelse følger helsepersonellet opp brukernes tjenestetilbud, ønsker og mål.
Plan: I samarbeid med brukerne og pårørende utarbeider helsepersonellet en plan med brukernes ønsker, behov, mål, tjenestetilbud og samhandlingstiltak.
Oppfølging og endring: Helsepersonell vurderer, evaluerer og oppdaterer, sammen med brukeren og pårørende, de tiltakene som er planlagt for å sikre at de er tilstrekkelige for å nå brukerens mål.
Mestringsevne: Tjenestetilbud tilpasses hver enkelt brukers ønsker, behov, mål og kapasitet for brukermedvirkning. Helsepersonell gir brukerne og pårørende informasjon om selvhjelpsstrategier.
Dagtilbud: Helsepersonell gir brukerne informasjon om og knytter kontakt med aktuelle dagtilbud som kan ivareta brukernes helse, samt bidrar til å nå deres mål.
Fordeling av ressurser: Helsetjenestene justeres og tilpasses ut fra brukernes behov for tjenester.

Kilde: McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al (6)

Helsepersonell og brukere i en studie fra Storbritannia (13) forteller at både manglende sengeplasser i spesialisthelsetjenesten og tjenestetilbud hjemme vanskeliggjør brukermedvirkning og reduserer valgmulighetene.

Norske studier (14, 15) viser at flere kommuner mangler tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser. Slike brukere klarer ikke å benytte, eller de ønsker ikke å benytte, tjenestetilbud i kommunene etter at de er utskrevet fra DPS-et. Noen brukere slutter å ta medisinene sine selv om det kan forebygge innleggelser og forverring av psykiske symptomer.

Studier fra Storbritannia og Canada viser at helsepersonell vektlegger kontinuitet i relasjoner og samarbeid med involvert helsepersonell om brukerens tjenestetilbud (16, 17).

Hensikten med studien

Studiens hensikt var å beskrive hvordan helsepersonell fra DPS og kommune ivaretar brukermedvirkning i samhandling, og hvilke utfordringer de står overfor når personer med alvorlige psykiske lidelser har behov for helsetjenester fra DPS og samarbeidende kommuner.

METODE

Design og forskningsfelt

Studien er kvalitativ og har et eksplorerende design (18). Den har en hermeneutisk tilnærming der intervjumaterialet er analysert gjennom fortolkning (18, 19). Datainnsamlingsmetoden er individuelle intervjuer med helsepersonell.

Intervju er en velegnet metode for å innhente data om deltakernes synspunkter på studiens hensikt (18). Forskningsfeltet var ett DPS og dets fire samarbeidskommuner.

Deltakere

Et strategisk utvalg ble benyttet (18). Inklusjonskriteriene var ledere og helsepersonell som arbeidet med personer med alvorlige psykiske lidelser, og som var ansatt ved DPS-et eller i samarbeidskommunene.

Vi rekrutterte tolv deltakere, der seks var fra DPS-et og seks fra kommunene. Utvalget inkluderte to menn og ti kvinner. Fem deltakere arbeidet som ledere og sju som helsepersonell.

Deltakerne var i alderen 26–66 år, med 1–42 års arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid. De arbeidet ved tre sengeposter, bemannet bofellesskap og hjemmetjenester og var utdannet som vernepleiere, sykepleiere og sosionomer.

«Helsepersonellet fra DPS-et ønsket flere brukerstyrte innleggelser.»

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene foregikk på deltakernes arbeidsplass høsten 2017 og ble gjennomført av førsteforfatteren. Vi brukte en semistrukturert intervjuguide (20) (tabell 2).

En digital lydopptaker ble benyttet under intervjuene, som varte fra en halv til halvannen time. Ordrett transkribert datamateriale besto av 201 sider tekst.

Forskningsetikk

Studien er lagt frem for personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD), prosjektnummer 55144. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien, der vi innhentet skriftlig samtykke til å delta.

Navn på institusjoner, avdelinger, kommuner og personopplysninger ble anonymisert, og det var ikke personopplysninger knyttet til datamaterialet (20).

Analyse

Vi analyserte intervjumaterialet inspirert av Graneheim og Lundmans

Tabell 2. Intervjuguide

Informasjonsutveksling og kommunikasjon
- Hvilken informasjon mener du det er viktig at det blir gitt til bruker ved overføringer mellom kommune og DPS?
- Hvilken informasjon får bruker om sin rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester?
- Hva slags informasjon blir gitt til bruker om medisiner og bivirkninger?

Organisering av tjenestetilbud
- Hvilken betydning har samhandling mellom DPS og kommune for å ivareta brukernes behov for helsetjenester?
- Hvordan organiserer helsepersonell overføringer av brukere mellom kommune og DPS?
- Hvordan legges det til rette for at brukeren kan medvirke i dette?
- Hvilke utfordringer kan dere stå overfor ved organisering av tjenestetilbud?

Engasjere og involvere brukeren i samhandling
- Hvilke tjenestetilbud tilbyr DPS og kommune?
- Hvordan er bruker med på å bestemme oppfølging?
- Hva er utfordrende med å få bruker til å engasjere og involvere seg?

Tabell 3. Analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori
Brukere med brukerstyrt plass kan legge seg inn på sykehuset her når de kjenner økende psykiske symptomer, uten at innleggelsen er initiert av lege eller legevakt.	Brukerne med brukerstyrt plass kan legge seg inn på DPS-et når de kjenner økende psykiske symptomer.	Brukerstyrte innleggelser	Brukerinvolvering i innleggelser
Nettverksmøter er brukerens møte der de kan invitere hvem og så mange de vil. Det kan være venner, familie og dem som skal følge brukeren opp videre. Der kommer det ofte frem gode løsninger som nettverket kan bidra med.	Brukeren velger deltakere i nettverksmøter. Nettverket bidrar til utarbeiding av tiltak som kan ivareta psykisk helse og forebygge forverringer.	Nettverks-møter	Brukerdeltakelse i samhandlings-møter
En del brukere ønsker å være innlagt lenger enn vi tenker er hensiktsmessig, og da gjør vi bare det vi må gjøre. De blir informert, men ikke involvert i utskrivelsen.	Når brukere ønsker å være innlagt lenger enn vi tenker er hensikts-messig, skriver vi dem ut uten å involvere dem.	Bruker vil ikke hjem	Brukerinvolvering i samhandling ved utskrivelse til hjemmet

kvalitative innholdsanalyse gjennom fem steg (19):

1. Intervjuene ble lest for å danne et helhetsinntrykk av innholdet,
2. meningsenheter som ord, setninger eller avsnitt ble identifisert,
3. meningsenhetene ble kondensert ved å korte ned teksten,
4. kondenserte meningsenheter ble merket med koder som beskrev innholdet, og
5. kategorier ble dannet ved at koder med innholdsmessige sammenhenger ble sortert sammen (tabell 3).

RESULTATER

Brukerinvolvering i innleggelser

Innleggelser i DPS-er kan være planlagte, brukerstyrte og akutte. Ved planlagte innleggelser involveres brukeren i å planlegge innleggelsen sammen med helsepersonell fra DPS-et og kommunen.

Hensikten kan være utredning, behandling, miljøterapi eller medisinering. Ved medisinering ønsker helsepersonellet fra DPS-et å ha brukerne innlagt til medisinene har gitt effekt. De gir brukerne informasjon om aktuelle medisiner, slik at de kan være med og velge:

«Mange brukere trives veldig godt på DPS-et og vil ikke hjem til ensomheten.»
Helsepersonell på DPS

«Ved å la brukeren delta i valg av medisiner kan vi skape den gode alliansen som er viktig i behandlingen.» (Helsepersonell på DPS)

Forskning dokumenterer at flere norske kommuner mangler tilstrekkelig tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser (14, 15). Symptomene til personer med alvorlige psykiske lidelser kan være for krevende til at de klarer å benytte seg av tjenestetilbudet hjemme i kommunene og etterleve medisineringen etter at de er skrevet ut fra DPS-et (14, 27, 28).

Mangel på tjenestetilbud og aktiviteter etter utskrivning er utfordringer som kan føre til at brukere ikke følger opp behandlingen, og som kan gi redusert livskvalitet (12).

Resultatene viser at det kan være utfordrende for helsepersonell å involvere brukerne i samhandling knyttet til utskrivning. Noen brukere ønsker ikke oppfølging hjemme, selv om helsepersonellet motiverer til medvirkning i å velge tjenester og ta imot hjelp. Forskning viser at årsaker kan være stigmatisering, dårlige erfaringer fra tidligere oppfølging og manglende sykdomsinnsikt (14, 15).

Resultatene dokumenterer viktigheten av å ha et tjenestetilbud som er tilpasset den enkelte brukerens ønsker og behov. Det kan gjøre at brukerne tar imot oppfølging hjemme (6, 14). DPS-et og kommunene kan inkludere likepersoner i deres tjenestetilbud og i samhandlingen for å gi personer med alvorlige psykiske lidelser støtte og bedret livskvalitet (29).

Likepersoner har bearbeidet egenerfaring med psykiske lidelser og bruker denne erfaringen til å hjelpe andre. Likepersonene kan arbeide på aktivitetssenter, med miljøarbeid, forskning og undervisning, eller de kan ha samtaler med brukere (13, 25, 30). Tiltak som støtter egenomsorg, sosiale og kognitive ferdigheter, livsstil og medisinering kan også styrke brukeren i samhandlingen (6, 29).

IP er et samhandlings- og brukermedvirkningsverktøy som inneholder vedtak om brukernes tildelte helsetjenester. Den sikrer at helsepersonell til enhver tid ivaretar brukernes ønsker og behov for tjenester (6).

Resultatene fra denne studien viser at IP ikke alltid ble brukt i samhandling, selv om helsepersonell hadde tro på IP. Da kan helsepersonell fra DPS-et og kommunene ha jobbet etter ulike planer, og kvaliteten på tjenestene kan ha blitt redusert (4, 27).

Styrker og begrensninger

Studien ble gjort i et forskerfellesskap der tre forskere deltok i alle faser, noe som styrker studiens troverdighet (18). En annen styrke er at fortolkningene av datamaterialet ble knyttet til studiens hensikt og rammeverket for samhandling i analysearbeidet (6, 19).

Det er også en styrke at deltakerne var ledere og helsepersonell fra fire kommuner og alle tre sengepostene ved et DPS, med erfaring i å samhandle og ivareta brukermedvirkning når brukerne har alvorlige psykiske lidelser.

«Helsepersonellet er opptatt av å samhandle om ansvaret for brukerne og ikke skille mellom DPS-ets og kommunenes brukere.»

En begrensning med individuelle intervjuer er at deltakerne kan holde tilbake informasjon eller komme med strategiske svar. En begrensning ved utvalget i studien er at det ikke inkluderte brukere eller helsepersonell fra flere DPS-er og kommuner.

Det ville gitt større utvalg med flere perspektiver, men ville økt kompleksiteten i studien. Brukernes perspektiver på samhandling er et viktig område i fremtidig forskning.

KONKLUSJON

Studien beskriver hvordan helsepersonell fra et DPS og fire kommuner har ivaretatt brukermedvirkning når de samhandler om innleggelser, samhandlingsmøter og utforming av tjenestetilbud ved utskrivning og når brukeren er hjemme.

Brukermedvirkning i samhandling vanskeliggjøres når DPS-et alene tar beslutninger om innleggelsesgrunnlag og behandlingsbehov, når brukeren ikke ønsker å delta i samhandlingsmøter og valg av tjenester, og når helsepersonell fra DPS og kommunene er uenige om ansvarsfordeling og tiltak.

Studien har som implikasjon for praksis at møteplasser der helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten diskuterer samhandlingsutfordringer, kan gi økt kunnskap om hverandres kompetanse og ansvarsområde.

For å styrke brukeren i samhandling er det viktig at involvert helsepersonell og brukeren inkluderes i beslutningsprosesser, og at beslutninger er tilpasset brukeren. Beslutningene må ta hensyn til brukerens sosiale og kognitive ferdigheter, ivareta vedkommendes psykiske og somatiske helse samt medisinering.

REFERANSER

1. St.meld. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1 (nedlastet 04.01.2019).
2. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus (nedlastet 02.01.2019).
3. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/sec1 (nedlastet 08.09.2018).
4. Hannigan B, Simpson A, Coffey M, Barlow S, Jones A. Care coordination as imagined. Care coordination as done: findings from a cross-national mental health systems study. International Journal of Integrated Care. 2018;18(3):1–14. DOI: https://doi.org/10.5334/ijic.3978
5. Kodner D, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002;2:e-12.
6. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care Coordination Atlas. 4. utg. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.pdf (nedlastet 04.01.2019).
7. Westerlund H. Mer enn bare ord? Ord og begreper i psykisk helsearbeid. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2012. Tilgjengelig fra: https://www.napha.no/multimedia/3094/80006-Hefte-Ord-og-begreper.pdf (nedlastet 02.01.2019).
8. Storm M, Edwards A. Models of user involvement in the mental health.Context: intentions and implementation challenges. Psychiatric Quarterly. 2013;84(3):313–27. DOI: 10.1007/s11126-012-9247-x
9. Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-+og+bruker (nedlastet 23.10.2018).
10. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse-%20og%20omsorgstjenesteloven%20 (nedlastet: 23.10.2018).
11. Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten (nedlastet: 23.10.2018).
12. Storm M, Husebø AML, Thomas EC. Elwyn G, Zisman Ilani Y. Coordinating mental health services for people with serious mental illness: a scoping review of transitions from psychiatric hospital to community. Adm Policy Ment Health. 2019;46(3):352. DOI: 10.1007/s10488-018-00918-7
13. Wright N, Rowley E, Chopra A, Gregoriou K, Waring J. From admission to discharge in mental health services: a qualitative analysis of service user involvement. Health Expectations. 2016;19(2):367–76. DOI: 10.1111/hex.12361
14. Ose SO, Slettebak R. Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasienten. Sintef: Trondheim; 2013. Tilgjengelig fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/endeligrapport-sintef-a25247.pdf (nedlastet 13.12.2019).
15. Ose SO, Pettersen I. Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV). Sintef og NTNU: Trondheim; 2014. Tilgjengelig fra: htt-

ps://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa-1da8174334/endeligrapport_sintef-a26086_2.pdf (nedlastet 04.01.2019).
16. Simpson A, Hannigan B, Coffey M, Barlow S, Cohen R, Jones A, et al. Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: a cross-national mixed methods comparative case study. BMC Psychiatry. 2016;16(147):1–18. DOI: 10.1186/s12888-016-0858-x
17. Noseworthy AM, Sevigny E, Laizner AM, Houle C, Riccia PL. Mental health care professionals' experiences with the discharge planning process and transitioning patients attending outpatient clinics into community care. Arch Psychiatr. 2014;28(4):263–71. DOI: 10.1016/j.apnu.2014.05.002
18. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12. DOI: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
20. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
21. Bøe TD, Thomassen A. Psykisk helsearbeid. Å skape rom for hverandre. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Heskestad S, Tytlandsvik M. Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2008;128:32–5.
23. Støvind H, Hanneborg EM, Ruud T. Bedre tid med brukerstyrte innleggelser? Sykepleien. 2012;100(14):58–60. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0151
24. Meier N. Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. Qualitative Sociology Review. 2015;11(3):60–82.
25. Borg M, Karlsson B. Recovery. Tradisjoner, fornyelser og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
26. Aarre TF. En mindre medisinsk psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget; 2018.
27. Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. Archives of Psychiatric Nursing. 2012;26(4):261–71. DOI: 10.1016/j.apnu.2012.02.002
28. Rose LE, Gerson L, Carbo C. Transitional care for seriously mentally ill persons: a pilot study. Archives of Psychiatric Nursing. 2007;21(6):297–308. DOI: 10.1016/j.apnu.2007.06.010
29. Fortuna KL, Storm M, Naslund JA, Chow P, Aschbrenner KA, Lohman MC, et al. Certified peer specialists and older adults with serious mental illness' perspectives of the impact of a peer-delivered and technology-supported self-management intervention. 2018;206(11):875–81. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000896
30. Velligan DI, Roberts DL, Sierra C, Fredrick MM, Roach JO. What patients with severe mental illness transitioning from hospital to community have to say about care and shared decision-making. Issues Ment Health Nurs. 2016;37(6):400–5. DOI: 10.3109/01612840.2015.1132289

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

ANNONSE

STOLTHET OG TRADISJON SIDEN 1888

MEDALJEN FOR LANG OG TRO TJENESTE

Har du en ansatt som fortjener heder?
Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 30 år ved samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.

NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Tlf: 64 83 20 00 • norgesvel@norgesvel.no • www.medaljen.no

Møt forskeren

Ønsker tettere samarbeid mellom DPS-er og kommunene

Å gi et best mulig helsetilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser krever godt samarbeid mellom helsepersonell i DPS og kommunehelsetjeneste. Jorunn Nærland Skjærpe har forsket på hvordan dette fungerer.

Tekst **Kari Anne Dolonen** Foto **Eivor Hofstad**

Jorunn Nærland Skjærpe er utdannet vernepleier og holder for tiden på med sin doktorgrad ved Universitetet i Stavanger. Temaet er koordinering av psykiske og somatiske helsetjenester til personer med alvorlige psykiske lidelser.

I forskningsartikkelen «Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid» har hun sammen med to medforfattere intervjuet tolv ansatte fra et DPS samt ansatte i fire kommuner som er tilknyttet DPS-et. Hun ville finne ut hvordan samhandlingen mellom DPS-et og kommunene om personer med alvorlige psykiske lidelser fungerte. Hun har også sett på hvordan pasienter med alvorlige psykiske lidelser involveres i egen behandling og oppfølging.

– Forskningsartikkelen er basert på data jeg hentet inn da jeg jobbet med min mastergrad, sier hun.

Skjærpe ønsket å knytte seg til pågående forskning om samhandling og koordinering av tjenester i psykisk helse-feltet som ledes av professor Marianne Storm ved Universitetet i Stavanger. Storm og forskere ved Avdeling for folkehelse har ifølge Skjærpe en lang tradisjon for nettopp forskning på samhandling og koordinering av tjenester til personer med langvarig sykdom.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012, ble oppgaver og ansvar overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.

Jorunn Nærland Skjærpe

- Skjærpe er vernepleier og jobber nå med en doktorgrad ved Universitetet i Stavanger.

Hun står bak forskningsartikkelen «Brukermedvirkning i samhandling i psykisk helsearbeid» sammen med Margareth Kristoffersen og Marianne Storm på side **26**.

– Kommunene fikk et større ansvar for å gi personer med langvarige, alvorlige, psykiske lidelser den hjelpen de trengte. Jeg ble nysgjerrig på hvordan samhandlingen mellom kommunene og DPS-et fungerte. Pasientene har også rett til å bli hørt når behandlingsopplegget rundt dem skal planlegges. Men fungerer dette i praksis, spør hun.

VIL UNNGÅ INNLEGGELSER

Pasientene har diagnoser som bipolar lidelse, schizofreni, schizoaffektiv lidelse eller alvorlig depresjon.

– Dette er diagnoser som mange må leve med gjennom hele livet. De kan ha gode perioder, men det vil svinge. Da er det viktig at vi som skal hjelpe dem, har

> **«Vi skal tilrettelegge slik at de kan leve med sykdommen i både gode og mindre gode perioder, hjemme.»**
> Jorunn Nærland Skjærpe

et godt samarbeid som står klart når de i perioder trenger litt mer hjelp.

Skjærpe mener det er viktig å unngå innleggelser.

– Vi skal tilrettelegge slik at de kan leve med sykdommen i både gode og mindre gode perioder, hjemme, sier Skjærpe.

– Hva kom frem gjennom forskningsarbeidet?

Vidforhelse

MÅ VÆRE FORBEREDT: Når en pasient går inn i en dårlig periode, må man være klar til å hjelpe. Det krever godt samarbeid mellom DPS og kommunen, mener Jorunn Nærland Skjærpe.

– Hvor godt helsepersonell samhandler på tvers av tjenestenivåer, varierer. Det er også forskjeller fra sak til sak om pasienten blir tatt med i behandlingsplanleggingen, sier hun.

Skjærpe mener det er særlige utfordringer knyttet til akutte innleggelser.

– Pasientene og helsepersonellet fra kommunen blir ikke alltid blir involvert i beslutninger om innleggelsesgrunnlag. Da er det helsepersonell fra DPS-et alene som bestemmer om pasientene er syke nok til innleggelse.

Dette skriver en av informantene:

«Det er vi som avgjør om brukerne er syke nok til innleggelse. Vi skiller mellom livskriser og reelle psykiske lidelser. En livskrise er ikke innleggelsesgrunnlag, men går over av seg selv.» (Utsagn fra helsepersonell på DPS.)

Skjærpe peker på at det også kan være vanskelig når pasienten ikke ønsker å delta på samhandlingsmøter og i valg av behandling og videre oppfølging etter utskrivelse.

– Vi fant også at dersom DPS-et tar beslutninger om utskrivning uten å høre på råd fra kommunen, påvirker det tjenestetilbudet pasientene får etter utskrivelse, sier hun.

– *Hvordan da?*

– I noen tilfeller skrives pasientene ut uten at kommunen er informert. Det sier seg selv at de da ikke gir pasienten den oppfølgingen de kanskje har behov for. I andre tilfeller er kommunen uenig i at pasienten skal skrives ut, fordi de ikke har ressurser eller kompetanse til å gi pasienten tilbudet han eller hun trenger. Da oppstår det også uenighet om hvem det er som skal ha siste ord, sier Skjærpe.

«Jeg skulle ønske at skottene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke var så tette.»
Jorunn Nærland Skjærpe

Resultatet av dårlig samhandling og for tidlig utskrivelse blir ofte reinnleggelser. Dersom kommunene ikke kan gi et godt nok tilbud, kan pasienten raskt bli dårligere når han eller hun kommer hjem.

GOD PLANLEGGING GIR RESULTATER

– Men det finnes også gode eksempler på at samhandling fungerer, sier hun.

Ifølge Skjærpe skjer det når DPS-et, kommunen og pasienten møtes og planlegger tid for innleggelse eller utskrivelse og tar beslutninger for videre

oppfølging av pasienten etter utskrivelse sammen.

– Da får kommunen tid på seg til å planlegge oppfølgingen. Pasienten er også innforstått med hva og hvordan behandlingen skal skje, sier Skjærpe.

Hun sier det finnes mange gode tilbud ute i kommunene.

– Det er derfor ikke alltid slik at det er mer penger eller ressurser som må til, men at DPS og pasienten selv vet mer om hvilke tjenester som finnes i pasientens bostedskommune. For å få den kunnskapen må alle parter kommunisere.

En informant beskriver det slik:

«En god grobunn for ivaretakelse av brukermedvirkning i samhandling er hvis kommunen og DPS-et har et godt samarbeid med jevnlige møter på DPS-et og i kommunen. Da er det lettere for brukeren å delta i samhandlingen. Det er en enorm trygghet for oss og brukerne å vite at DPS-et har et medansvar der vi kan søke hjelp.» (Uttalelse fra helsepersonell i kommune.)

VIL VISKE UT GRENSENE MELLOM TJENESTENIVÅ

– Har du noen ønsker til Bent Høie for hva du mener bør gjøres for at samarbeid og samhandling skal bli bedre?

– Jeg skulle ønske at skottene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke var så tette. Det ville fungert bedre om grensene var mer glidende, sier hun.

Skjærpe trekker frem noen eksempler:

– DPS-et har noen brukerstyrte senger der pasientene selv kan legge seg inn i tøffe perioder. Slike tiltak har positiv effekt for pasienter, da de selv kan vurdere når de trenger litt ekstra hjelp. Dette er et tilbud som kan videreutvikles gjennom å opprette flere slike plasser.

Noen pasienter får også lov til å delta på behandlingstilbud og aktiviteter som arrangeres i regi av DPS, etter at de er skrevet ut til egen bolig.

– Dette er også noe jeg gjerne skulle sett mer av. For mange kan dette være en litt mer skånsom overgang fra å være innlagt og ha trygge rammer rundt seg, til å komme hjem og skulle ordne alt selv, sier Skjærpe og legger til:

– Det er et faktum at noen pasienter helst vil være på institusjon. Der får de faste måltider, og alle aktiviteter planlegges rundt dem. For mange føles det tryggere enn å skulle klare seg selv.

Skjærpe hevder at dersom samarbeid og samhandling skal bli bedre, er det viktig å arrangere felles møteplasser der helsepersonell fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sammen med pasienten kan diskutere samhandlingsutfordringer.

– På den måten får de økt kunnskap om hverandres kompetanse og ansvarsområde, sier hun.

DEL ARTIKKELEN
sykepleien.no
LAST NED PDF
Likte du artikkelen?
På **sykepleien.no** finner du dette og flere andre forskerintervjuer.

ANNONSE

Olav Raagholt og Gerd Meidel Raagholts stiftelse

- Fagutvikling og forskning innen hjerte-, blinde- og kreftsaken

FORSKNINGSSTIPEND

Raagholtstiftelsen vil i år foreta utdeling av stipendier til stiftelsens formål. I år prioriteres fagutvikling og forskning innen blinde- og kreftsaken.

Alle søknader skal sendes elektronisk med vedlegg i Word-format til Advokat Finn Kohmann, post@finn-senioradvokat.no – innen 01.10.2020.

Se www.raagholtstiftelsen.no for nærmere opplysninger om formål, krav til søknad, dokumentasjon av forskningsprosjekt etc.

DIABETES TYPE 2: De som rapporterte om depressive symptomer, skåret lavere på egenbehandling. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FORFATTERE

Marte Andreassen Rønning
Sykepleier, Tynset sykehus

Heidi Holmen
Førsteamanuensis, Oslomet – storbyuniversitetet

Lis Ribu
Professor, Oslomet – storbyuniversitetet

NØKKELORD

- Diabetes type 2
- Self-management
- Symptomer på depresjon
- Depressive symptomer

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.80751

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Diabetes mellitus type 2 er den mest utbredte diabetestypen både i verden og i Norge. Personer med type 2-diabetes har en betydelig økt risiko for å utvikle depressive symptomer. Depresjon hos personer med diabetes er assosiert med negative konsekvenser, som økt risiko for komplikasjoner, redusert livskvalitet og i verste fall tidligere død.

Hensikt: Å kartlegge forekomsten av depressive symptomer hos personer med type 2-diabetes som var inkludert i en mobilhelseintervensjon. Vi ville også se på sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (self-management).

Metode: Dette er en tverrsnittsstudie basert på baselinedata fra den norske randomiserte, kontrollerte studien i EU-prosjektet RENEWING HEALTH. I denne studien blir analysene basert på baselinedata ved inklusjon av deltakere i den norske delstudien, og deltakernes data analyseres som en gruppe (n = 151).

Resultat: Totalt 34/149 (22,5 prosent) av deltakerne hadde symptomer på depresjon (CES-D ≥ 16) ved inklusjon. Vi fant at de som rapporterte om depressive symptomer, skåret lavere på egenbehandling (målt med heiQ). Vi fant at de som er yngre, hadde en økt sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer (p = 0,042). Det var åtte ganger større sannsynlighet for at de som rapporterte om depressive symptomer, var utenfor arbeid sammenliknet med dem uten depressive symptomer.

Konklusjon: Om lag en femtedel av vårt utvalg av personer med diabetes type 2 rapporterte om depressive symptomer, og de som rapporterte om depressive symptomer, skåret lavere på egenbehandling. Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes diskuterer hvorvidt personer med diabetes type 2 og depressive symptomer skal screenes for depressive symptomer for å kunne gi bedre helsetjenester til disse personene.

Sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (self-management) hos personer med diabetes 2

Det kan være hensiktsmessig å screene for depressive symptomer hos risikoutsatte personer og være oppmerksom på at de kan ha mer behov for støtte fra helsepersonell.

Diabetes er en kronisk sykdom med mange negative konsekvenser for den enkeltes liv og helse. Av alle med diabetes har om lag 90 prosent diabetes type 2 (1).

Det er anslått at det er om lag 424,9 millioner personer på verdensbasis som lever med diabetes, og at så mange som 212,4 millioner personer (50 prosent) av alle mellom 20 og 79 år er uvitende om at de har diabetes.

Stadig flere lever med diabetes også i Norge, hvor om lag 216 000 personer har en kjent diabetes type 2. I 2016 var det rundt 183 000 personer som brukte glukosesenkende medikamenter (2).

Sammenheng mellom diabetes og symptomer på depresjon

Samtidig er det vist en sammenheng mellom diabetes og symptomer på depresjon (3).

Personer med diabetes har en betydelig økt risiko for å utvikle depressive symptomer sammenliknet med dem uten diabetes (4), og det er vist at depresjon hos personer med diabetes kan ha en sammenheng med dårlig metabolsk kontroll (hyperglykemi) (3), høyere risiko for komplikasjoner (1,3), lavere arbeidsdeltakelse (5), redusert livskvalitet (4, 5) og tidligere død (6).

Disse funnene er spesielt alvorlige når vi vet at personer med type 2-diabetes og depresjon har høyere odds for arbeidsuførhet enn de med bare diabetes eller bare depresjon (7).

Depressive symptomer hos personer med diabetes kan i tillegg redusere evnen til egenbehandling (*self-management*) (3). Egenbehandling kan defineres som «individets evne til å kunne håndtere symptomer, livsstilsendringer og psykososiale og fysiske konsekvenser forbundet med å leve med en kronisk sykdom» (8).

Egenbehandling av diabetessykdommen og etterlevelse av anbefalt behandling er viktig for å fremme helse samt forebygge eller forsinke komplikasjoner i forbindelse med diabetessykdommen (1, 9).

Dersom behandleren ikke er oppmerksom på de psykososiale forholdene som er knyttet til sykdommen, kan det medføre en forverring i egenbehandlingen, da personer med depresjon kan ha behov for mer psykososial støtte enn de uten depresjon (10).

Personer med symptomer på depresjon bør screenes

Det blir derfor anbefalt å screene personer med symptomer på depresjon for psykososiale forhold ved blant annet å kartlegge personens holdninger til sykdommen, forventninger til behandling, behandlingseffekt, personens livskvalitet og tilgjengelige ressurser med selvrapporterte spørreskjemaer (9).

International Diabetes Federation (IDF) foreslår også at personer med diabetes skal screenes for depressive symptomer for å unngå økt antall sykehusinnleggelser og tidlig død, med noen enkle spørsmål om psykologiske forhold i et validert spørreskjema (11).

I Norge er det Nasjonal faglig retningslinje for diabetes som er styrende for behandlingen av personer med diabetes, og her vises det til manglende evidens for screening av depresjon hos dem med diabetes, og det anbefales derfor at det kun skal gjennomføres screening ved klinisk mistanke (12).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å kartlegge forekomsten av depressive symptomer hos personer med type 2-diabetes som var inkludert i en mobilhelseintervensjon. Vi ønsket også å se på blant annet sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (*self-management*).

Forskningsspørsmålet var som følger: Hva er forekomsten av depressive symptomer i et gitt utvalg av personer med diabetes type 2, og hvilke sammenhenger er det mellom forekomsten av depressive symptomer og deltakernes sosiodemografiske og kliniske karakteristika og deres egenbehandling av sykdommen?

METODE

Studiens design

Studien vår er en tverrsnittsstudie basert på baselinedata fra den norske delstudien av EU-prosjektet RENEWING HEALTH. I den norske delstudien evaluerte vi en mobilapp med en diabetesdagbok hos personer med type 2-diabetes, med eller uten helseveiledning fra diabetessykepleier.

Vi gjennomførte en trearmet randomisert, kontrollert studie som er beskrevet i detalj tidligere (13–15). I denne studien ble resultatene utelukkende basert på baselinedata fra alle inkluderte i den

norske delstudien, og vi analyserte deltakernes data som en gruppe (n = 151).

Deltakere og rekruttering

Inklusjonen av deltakere startet i mars 2011 og varte til oktober 2012. Deltakerne var hjemmeboende og ble rekruttert av sine fastleger fra både sørlige og nordlige deler av Norge.

Noen ble rekruttert fra frivillighetssentralene i kommunene, der de var henvist av sine fastleger for livsstilsendring. Det ble også rekruttert deltakere fra «Diabetes startkurs», som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, og som tilbys nydiagnostiserte hjemmeboende personer med diabetes i Norge (12).

Inklusjonskriteriene var ≥18 år, langtidsblodsukker (HbA1c) på nivå ≥7,1 prosent (54,1 mmol/mol) og å være diagnostisert med diabetes type 2 i mer enn tre måneder før studiestart.

Det var i tillegg viktig at deltakerne var i kognitiv stand til å kunne gjennomføre studien, og at de kunne bruke en mobiltelefon. Alvorlig fysisk eller psykisk sykdom var eksklusjonskriterier.

Før oppstart av prosjektet diskuterte vi om noen av deltakerne skulle få en sterkere intervensjon enn andre, blant annet de med depresjon eller depresjonssymptomer.

En tilpasning av intervensjonen basert på eventuelle depressive symptomer ville imidlertid kreve flere ressurser enn det vi hadde til rådighet, og denne tilpasningen ble derfor ikke innført i prosjektet.

Totalt ble 151 deltakere inkludert, og vi hentet inn data ved oppstart før deltakerne ble randomisert inn i én av de to intervensjonsgruppene eller i kontrollgruppen.

Prosedyre

Legene og andre impliserte i rekrutteringen fikk informasjon av oss på forhånd om de ulike kriteriene for å delta i studien. Vi hentet inn selvrapporterte data ved å bruke spørreskjema.

Noen kliniske variabler ble innhentet fra deltakernes fastlege. HbA1c ble enten innhentet fra deltakernes fastlege eller med et utlånt HbA1c-apparat som vi disponerte, for å sikre en så lik prosedyre som mulig.

Variablene som ble innhentet

I denne tverrsnittsstudien innhentet vi et mindre antall variabler fra hovedstudien, som tidligere er beskrevet i detalj (13–15).

Sosiodemografiske og kliniske variabler

De sosiodemografiske dataene ble innhentet fra de selvrapporterte spørreskjemaene utviklet i EU-prosjektet og omhandlet personlige opplysninger som alder, kjønn, sivilstand, utdanning, sivilstatus og arbeidsstatus.

> **«Lavere alder hadde en sammenheng med en økt sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer.»**

Variabelen for arbeidsstatus ble konstruert som en dikotom variabel med dem som var i arbeid (inkludert pensjonister), og de som ikke var i arbeid. Noen kliniske variabler var selvrapporterte, slik som samtidige sykdommer (komorbiditet), hypoglykemi, diabetesvarighet og egenmåling av blodsukker.

De resterende kliniske karakteristikaene ble innhentet gjennom fastlegekontorene, deriblant: HbA1c, vekt, høyde, blodtrykk og medikasjon.

Livsstilsvariabler

Livsstilsvariabler som røyking og fysisk aktivitet ble innhentet gjennom selvrapporterte spørreskjemaer. Røyking ble benyttet som en dikotom variabel med spørsmål om man røyker tobakk daglig: ja eller nei.

Spørsmål om fysisk aktivitet ble innhentet og deretter konstruert som en dikotom variabel: fysisk aktiv eller inaktiv (13).

Depressive symptomer

For å måle depressive symptomer benyttet vi The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES–D).

Dette verktøyet måler depressive symptomer i løpet av siste uke, og det er ikke et diagnoseverktøy (16). CES-D inneholder 20 spørsmål med svaralternativer som varierer fra 0 til 3 poeng der 0 = «Sjelden eller aldri», 1 = «En del eller litt av tiden», 2 = «En moderat del av tiden eller ganske ofte», og 3 = «Mesteparten eller hele tiden».

Skåren varierer fra 0 til 60, der høy skår indikerer mer depressive symptomer. Med en skår på <16 er det ingen tegn til depressive symptomer, og ≥16 viser til at det er en risiko for depressive symptomer.

Skjemaet er validert i USA og viser seg å være gyldig og pålitelig (16), men det er ikke validert i Norge, selv om det er et hyppig benyttet skjema.

I vår studie fant vi at reliabiliteten til CES-D målt med Cronbachs alfa hadde en tilfredsstillende indre konsistens med alfa = 0,77, selv om det er anbefalt en alfa over 0,8 (15).

Helsekompetanse og egenbehandling

The Health Education Impact Questionnaire (heiQ) er et spørreskjema for personer med kronisk sykdom med til sammen 40 spørsmål (17).

Disse spørsmålene måler personens helsekompetanse og egenbehandling (*self-management*). Det er et spørreskjema med åtte domener: «Positivt og aktivt engasjement i livet», «Helserettet atferd», «Tilegning av ferdigheter og teknikker», «Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter», «Egenovervåkning og innsikt», «Orientering i helsetjenesten», «Sosial integrasjon og støtte», og «Emosjonelt velvære».

Dette skjemaet har vist seg å være gyldig og pålitelig (17), og det er oversatt til norsk og psykometrisk testet i et norsk utvalg (18).

Etiske overveielser

Den randomiserte, kontrollerte studien med delstudier er tidligere godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (referansenummer 2010/427).

Alle som ønsket å delta i undersøkelsen, fikk et informasjonsbrev med en kort oppsummering av prosjektet, og med en invitasjon til å få mer utdypende informasjon om deltakelse.

Figur 1. Flytdiagram for tverrsnittsstudien

De inkluderte er analysert som et utvalg.

Tabell 1. Sosiodemografiske karakteristika

Variabel	Total (n = 151)	CES-D < 16[a] (n = 115*)	CES-D ≥ 16[b] (n = 34*)	p-verdi
	Median (min–maks)	Median (min–maks)	Median (min–maks)	
Alder (år)	58,0 (20–80)	59,0 (20–80)	53,0 (31–78)	0,073[c]
	n (%)	n (%)	n (%)	
Kjønn				0,736[d]
Kvinner	62 (41,1)	47 (40,9)	15 (44,1)	
Menn	89 (58,9)	68 (59,1)	19 (55,9)	
Utdanning				0,134[d]
≤12 år	100 (66,2)	72 (62,6)	26 (76,5)	
>12 år	51 (33,8)	43 (37,4)	8 (32,5)	
Arbeidsstatus				<0,001[d]
I arbeid / pensjonert	107 (70,9)	94 (81,7)	13 (38,2)	
Ikke i arbeid	41 (27,2)	20 (17,5)	19 (55,9)	
Missing	3 (2,0)	1 (0,9)	2 (5,9)	
Sivilstatus				
Samboende	110 (72,8)	83 (72,2)	27 (79,4)	0,399[d]
Bor alene	41 (27,2)	32 (27,8)	7 (20,6)	

[a]CES-D < 16 ikke symptomer på depresjon
[b]CES-D ≥ 16 symptomer på depresjon
[c]Mann-Whitney U-test
[d]Pearsons kjikvadrattest
*2 missing på CES-D

Karakteristikaene gjelder for de uten depressive symptomer (CES-D < 16) og de med depressive symptomer (CES-D ≥ 16)

Mer detaljert informasjon ble deretter gitt både skriftlig og muntlig, og de som ønsket å delta, signerte et informert samtykkeskriv om å delta i studien (13).

Statistiske analyser

De statistiske analysene til denne studien ble gjennomført med analyseprogrammet SPSS, versjon 23. Vi har gjort eksplorerende undersøkelser for å se etter utfall. Vi valgte forklaringsvariabler ut fra tidligere forskning og erfaring på området.

De kategoriske sosiodemografiske og kliniske variablene og behandlings- og livsstilsvariablene blir presentert som antall (n) sammen med prosent (%).

Vi utførte alle analysene basert på tilgjengelige data, og vi har ikke benyttet imputering for manglende tall. De kontinuerlige sosiodemografiske og kliniske variablene og behandlings- og livsstilsvariablene er presentert som median med minimum- og maksimumsverdier (min–maks).

For å undersøke en statistisk signifikant sammenheng mellom den dikotome variabelen for depressive symptomer (CES-D < 16, CES-D ≥ 16) og de kategoriske sosiodemografiske og kliniske variablene samt behandlings- og livsstilsvariablene benyttet vi Pearsons kjikvadrattest.

Vi benyttet Mann-Whitney U-test for å se om det var en signifikant sammenheng mellom den dikotome variabelen for depressive symptomer (CES-D < 16, CES-D ≥ 16) og de kontinuerlige variablene.

Variablene fra de univariate og ujusterte analysene som viste en statistisk signifikant sammenheng med CES-D, ble tatt inn i logistiske regresjonsanalyser der vi justerte for alder, kjønn og hypoglykemi. Det valgte signifikansnivået var 5 prosent og tosidig.

Sammenhenger mellom komorbiditet og CES-D-skår ble imidlertid ikke analysert i vår delstudie da spørsmål om mental helse var inkludert i variablene som målte komorbiditet, noe som ville kunne korrelere med spørsmålene i CES-D.

Vi tok heller ikke med andre variabler som kunne korrelere med CES-D, og derfor utelot vi også «Positivt og aktivt engasjement i livet», «Helserettet atferd» og «Emosjonelt velvære» i heiQ fra analysene.

RESULTATER

I hovedstudien var det totalt 298 personer som møtte inklusjonskriteriene, hvorav 65 ble ekskludert på grunn av HbA1c < 7,1 prosent, 52 ønsket ikke å delta, og 17 ble ekskludert av andre grunner (figur 1).

Inklusjonskriteriene er beskrevet i detalj tidligere (13). Det var totalt 151 deltakere med diabetes type 2 ved oppstart (13). Utvalget i hovedstudien ble randomisert i tre grupper, men i denne studien er de analysert som ett utvalg (n = 151).

Karakteristika ved utvalget

Median alder hos deltakerne var 58 år (min–maks = 20–80), og 62 av deltakerne (41,1 prosent) var kvinner.

Av deltakerne hadde 100 ≤ 12 år utdanning (66,2 prosent), 107 av deltakerne (70,9 prosent) var i arbeid, og 41 (27,2 prosent) bodde alene (tabell 1). Totalt

34/149 av deltakerne (22,5 prosent) hadde symptomer på depresjon (CES-D ≥ 16).

Median HbA1c hos deltakerne var 7,7 prosent (min–maks = 5,6–13,0) (tabell 2). Det var til sammen 9 av 131 deltakere (6,0 prosent) som ikke brukte glukosesenkende medikamenter, og 142 (94,0 prosent) målte blodsukkeret selv.

Median kroppsmasseindeks (KMI) var 30,9 kg/m^2 (min–maks = 19,9–52,6) og 98 av deltakerne (64,9 prosent) rapporterte at de var fysisk inaktive. Median diabetesvarighet var 9 år (min–maks = 1–36), og 97 av deltakerne (64,2 prosent) hadde en til to samtidige sykdommer (komorbiditet) i tillegg til diabetes type 2.

Vi fant ingen statistisk signifikant sammenheng mellom CES-D-skår og deltakerkarakteristika, bortsett fra arbeidsstatus (tabell 1) og hypoglykemi (tabell 2).

Ujusterte analyser

Tabell 3 viser egenbehandling (*self-management*) målt med heiQ og sammenhengen med rapporterte depressive symptomer (CES-D). Vi fant at de som rapporterte om depressive symptomer, skåret lavere på seks av åtte domener for egenbehandling målt med heiQ.

Justerte analyser

Logistisk regresjon viste at lavere alder hadde en sammenheng med en økt sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer sammenliknet med ikke-depressive symptomer (p = 0,042), justert for kjønn og hypoglykemi.

Videre fant vi at oddsen for å rapportere føling var høyere blant de som samtidig rapportere om depressive symptomer sammenliknet med dem uten depressive symptomer (p = 0,021), justert for alder og kjønn (tabell 4).

Analyser der vi så på deltakernes deltakelse i arbeidslivet, viste at oddsen var åtte ganger høyere for å være utenfor arbeid blant dem som rapporterte om depressive symptomer sammenliknet med dem uten depressive symptomer, justert for alder og kjønn.

Analyser av egenbehandling (heiQ) viste at blant de som rapporterte om depressive symptomer, var det 5 prosent økt sannsynlighet for å ha en lavere skår på «Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter» sammenliknet med dem uten depressive symptomer (p < 0,001).

«Så mange som en femtedel av deltakerne rapporterte om symptomer på depresjon.»

Videre fant vi at de som rapporterte om depressive symptomer, hadde høyere odds for samtidig å rapportere om lavere skår på «Tilegning av ferdigheter og teknikker» og «Sosial integrasjon og støtte» – henholdsvis 19 prosent og 25 prosent.

DISKUSJON

Vi fant at så mange som en femtedel av deltakerne (22,5 prosent)

Tabell 2. Kliniske karakteristika, behandlingsvariabler og livsstilsvariabler

Variabel	Total (n = 151)	CES-D < 16[a] (n = 115*)	CES-D ≥ 16[b] (n = 34*)	p-verdi
	Median (min–maks)	Median (min–maks)	Median (min–maks)	
Kliniske karakteristika				
HbA1c (%)	7,7 (5,6–13,0)	7,9 (7,1–12,4)	8,0 (7,1–10,5)	0,610[c]
Diabetes varighet (år)	9,0 (1–36)	8,0 (1–36)	10,0 (1–25)	0,607[c]
Vekt (kg)	91,7 (58–188)	92,0 (58–188)	90,0 (62–133)	0,843[c]
Missing, n (%)	19 (12,6)	12 (10,4)	7 (20,6)	
Systolisk BT (mm Hg)	134,0 (100–182)	135,0 (100–182)	128,0 (100–155)	0,060[c]
Missing, n (%)	22 (14,6)	15 (13,0)	7 (20,6)	
BMI (kg/m^2)	30,9 (19,9–52,6)	31,0 (19,9–52,6)	31,0 (25,8–42,5)	0,437[c]
Missing, n (%)	22 (14,6)	15 (13,0)	7 (20,6)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Komorbiditet				0,050[d]
0	24 (15,9)	21 (18,3)	2 (5,9)	
1–2	97 (64,2)	75 (65,2)	21 (61,8)	
>3	30 (19,9)	19 (16,5)	11 (32,4)	
Hypoglykemi				0,030[d]
Ja	69 (47,3)	48 (42,5)	21 (63,6)	
Nei	77 (52,7)	65 (57,5)	12 (36,4)	
Behandlingsvariabler	n (%)	n (%)	n (%)	
Glukosesenkende medikasjon				0,544[d]
Tar ikke	9 (6,0)	8 (7,8)	1 (3,7)	
Kun pr os	63 (41,7)	46 (45,1)	16 (59,3)	
Kun injeksjoner	19 (12,6)	15 (14,7)	4 (14,8)	
Kombinasjoner	40 (26,5)	33 (32,4)	6 (22,2)	
Missing	20 (13,2)			
Egenmåling av blodsukker				0,880[d]
Ja	142 (94,0)	109 (94,8)	32 (94,1)	
Nei	9 (6,0)	6 (5,2)	2 (5,9)	
Livsstilsvariabler	n (%)	n (%)	n (%)	
Fysisk aktivitet				0,167[d]
Inaktiv	98 (64,9)	72 (63,7)	26 (76,5)	
Aktiv	51 (33,8)	41 (36,3)	8 (23,5)	
Missing	2 (1,3)	2 (1,7)		
Røyker				0,180[d]
Ja	24 (16,1)	16 (13,9)	8 (23,5)	
Nei	125 (83,9)	99 (86,1)	26 (76,5)	

[a]CES-D < 16 ikke symptomer på depresjon
[b]CES-D ≥ 16 symptomer på depresjon
[c]Mann-Whitney U-test
[d]Pearsons kjikvadrattest
*2 missing
Karakteristikaene gjelder for de uten depressive symptomer (CES-D < 16) og de med depressive symptomer (CES-D ≥ 16)

rapporterte om symptomer på depresjon (CES-D ≥ 16) da de ble inkludert i den norske delstudien. De med lavere alder i utvalget hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer.

De med lavere skår på heiQ-domenet «Sosial integrasjon og støtte» hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer sammenliknet med dem som ikke rapporterte om slike symptomer.

De som rapporterte om depressive symptomer, hadde også åtte ganger større sannsynlighet for å være utenfor arbeid.

Videre viste det seg at det var økt sannsynlighet for en lavere skår på heiQ-domenet «Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter» i tillegg til lavere skår på «Tilegning av ferdigheter og teknikker» hos dem som rapporterte om depressive symptomer.

Det kom også frem at de som rapporterte at de opplevde hypoglykemi, hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer enn de uten slike symptomer.

En femtedel rapporterte om symptomer på depresjon

Vi fant at om lag en femtedel av deltakerne rapporterte om symptomer på depresjon.

Tidligere forskning i Norge på friske eldre med samme måleinstrument (CES-D) har imidlertid vist at

Tabell 3. Domener for egenbehandling (heiQ), median (min–maks)

Domener	Total (n = 151)	CES-D < 16[a] (n = 115[*])	CES-D ≥ 16[a] (n = 34[*])	p-verdi
Positivt og aktivt engasjement i livet	3,2 (1,0–4,0)	3,2 (1,6–4,0)	3,0 (1,0–4,0)	<0,001
Helserettet atferd	2,7 (1,0–4,0)	2,75 (1,0–4,0)	2,5 (1,0–4,0)	0,005
Tilegning av ferdigheter og teknikker	3,0 (1,75–4,0)	3,0 (1,8–4,0)	2,6 (1,8–3,5)	0,012
Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter	3,0 (1,8–4,0)	3,2 (2,0–4,0)	2,8 (1,8–4,0)	<0,001
Egenovervåkning og innsikt	3,0 (2,0–4,0)	3,0 (2,3–4,0)	3,0 (2,0–3,7)	0,343
Orientering i helsetjenesten	3,1 (1,4–4,0)	3,0 (2,0–4,0)	3,0 (1,4–4,0)	0,106
Sosial integrasjon og støtte	3,0 (1,2–4,0)	3,0 (1,4–4,0)	2,6 (1,2–4,0)	<0,001
Emosjonelt velvære	3,0 (1,0–4,0)	3,2 (1,7–4,0)	2,2 (1,0–3,8)	<0,001

[a]Mann-Whitney U-test
*2 missing

Karakteristikaene gjelder for de uten depressive symptomer (CES-D < 16) og de med depressive symptomer (CES-D ≥ 16).

Tabell 4. Logistisk regresjon med justert og justert odds ratio (OR) for depressive symptomer med CES-D som avhengig variabel (n = 151)

Univariate				Multivariate		
Utvalgte variabler	Ujustert OR	95 % KI[a]	p-verdi	Justert OR	95 % KI	p-verdi
Alder (år)[b]	0,97	0,94–1,00	0,091	0,96	0,93–0,99	0,042
Hypoglykemi[c]	2,37	1,06–5,28	0,035	2,65	1,16–6,06	0,021
Arbeidsstatus[c]	6,86	2,92–16,14	<0,001	8,03	3,20–20,17	<0,001
Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter (heiQ)[c]	0,062	0,19–0,21	<0,001	0,056	0,01–0,20	<0,001
Tilegning av ferdigheter og teknikker (heiQ)[c]	0,20	0,06–0,60	0,004	0,19	0,06–0,58	<0,001
Sosial integrasjon og støtte (heiQ)[c]	0,23	0,10–0,51	<0,001	0,24	0,11–0,53	<0,001

[a]KI: konfidensintervall
[b]Justert for kjønn og hypoglykemi
[c]Justert for alder og kjønn

mer enn hver femte person over 75 år har symptomer på depresjon, og at sammen med ensomhet opptrer dette symptomet hyppigere blant de yngste og eldste, sammenliknet med personer som er i mellomfasen i livet (19).

Dette funnet er i overensstemmelse med funnene i vår studie, der de med lavere alder hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer, sammenliknet med dem som ikke rapporterte om depressive symptomer.

The American Diabetes Association (ADA) anbefaler å screene alle eldre med diabetes (≥ 65 år) for både kognitiv svikt og depresjon (9), og de har tidligere listet opp en rekke mulige kartleggingsinstrumenter (20).

Tidligere forskning har også vist at yngre pasienter kan være mer åpne for å diskutere psykososiale behov enn pasienter over 65 år, men at mange pasienter ikke er oppmerksomme på at en konsultasjon også kan omhandle faktorer knyttet til psykososialt velvære (21).

Mangel på sosial integrasjon hadde sammenheng med depressive symptomer

En lavere skår på heiQ-domenet «Sosial integrasjon og støtte» viste seg i dette utvalget å være assosiert med en økt sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer.

Det er tidligere vist at mangel på sosial støtte kan være en risikofaktor for økt dødelighet, og at den sosiale støtten rundt personen bør tas like alvorlig som andre risikofaktorer, som blant annet røyking og høyt blodtrykk (22).

I vårt utvalg var det også åtte ganger større sannsynlighet for å være utenfor arbeid blant dem som rapporterte om depressive symptomer sammenliknet med dem som ikke rapporterte om depressive symptomer.

Nyere forskning viser til hvordan personer som står utenfor arbeidslivet, kan oppleve det som lettere om de får støtte, spesielt av noen som er i samme situasjon som dem selv. Forskning viser også at de som har et dårligere helsepotensial, har det vanskeligere enn dem som er friske (23).

Konstruktiv tenkning ga færre symptomer på depresjon

Videre fant vi at dersom deltakeren har høy skår på «Konstruktive holdninger og tilnærmingsmåter» i behandlingen av sin diabetes, er det mindre sannsynlig at vedkommende har symptomer på depresjon.

«Det er tidligere vist at mangel på sosial støtte kan være en risikofaktor for økt dødelighet.»

Det er også vist at personens holdning til behandlingen vil påvirke hvordan hun eller han følger opp sin egenbehandling (24). Det er imidlertid ikke bare pasientens holdninger til diabetesbehandlingen som er avgjørende for utfallet, men også helsepersonellets holdninger er viktige.

Tidsnød og mangel på tilgjengelig personell i helsevesenet kan også representere en barriere for å kunne utvikle og gjennomføre pasientundervisning, gode behandlingsplaner og medikamentell oppfølging (24).

I Norge er det kun 45 prosent av de med diabetes type 2 som når sine HbA1c-mål (25). Manglende oppnåelse av HbA1c-mål kan påvirkes av at mange pasienter med diabetes type 2 sliter med å følge behandlingsregimet (24, 25).

I studien vår fant vi ingen statistisk signifikant sammenheng mellom HbA1c og forekomst av symptomer på depresjon, og dette funnet samsvarer med tidligere forskning (26).

Kunnskap om ferdigheter og hjelpemidler beskytter

Våre funn viser imidlertid at en høy skår på «Tilegning av ferdigheter og teknikker» kan gjøre det mindre sannsynlig at personer med diabetes type 2 har symptomer på depresjon, noe som kan komme av at personen har god kunnskap om ferdigheter og hjelpemidler for å ivareta egen helse og behandling (17).

Ved hyperglykemi blir pasientene ofte satt på glukosesenkende behandling, noe som kan medføre økt risiko for hypoglykemi. De som rapporterte at de opplevde hypoglykemi i vår studie, hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer, som er i overensstemmelse med tidligere forskning (27).

Det å identifisere pasientens følelsesmessige bekymringer relatert til vedkommendes diabetes er derfor en viktig del av behandlingen til denne pasientgruppen (27).

Helsepersonell må være oppmerksomme på tegn til depresjon

Mens IDF foreslår at personer med diabetes skal screenes for komplikasjoner som depresjon (1, 11), anbefales ikke dette i Norge da det ikke er evidens for at en slik intervensjon har noen effekt (12).

I Nasjonal faglig retningslinje for diabetes foreslås det isteden å utrede for depresjon ved klinisk mistanke, med en presisering av at helsepersonell må være oppmerksomme på den økte forekomsten av depresjon hos personer med diabetes (12).

Symptomer på depresjon hos de med type 2-diabetes kan være like utbredt og kanskje mer enn alvorlig depresjon, og det er tidligere vist at de med symptomer på depresjon, ikke følges opp like tett som de med en depresjonsdiagnose (26).

I vår hovedstudie, der vi testet ut mobilteknologi i et randomisert, kontrollert forsøk, fant vi ikke effekt på det primære endepunktet HbA1c, og vi har tidligere diskutert en rekke mulige grunner til dette (13–15).

Depresjon kan være én grunn, og som følge av manglende egenbehandling kan deltakerne ha hatt behov for sterkere tiltak enn appen de fikk tildelt.

Forskning viser at screeningverktøy som pasientrapporterte

utfallsmål (*patient-reported outcome measures, PROM*) også kan benyttes for å fremme kommunikasjonen mellom pasienten og helsepersonellet, slik at pasienten kan bli mer involvert i sin egen behandling (28).

Begrepet PRO (*patient-reported outcome*) inkluderer «enhver rapportering som kommer direkte fra pasienten om pasientens helsetilstand og status uten at det er gjort endringer eller tolkninger av en kliniker eller noen annen» (vår oversettelse) (29).

Forskning viser at bruken av PROM ikke medfører mer tid på den kliniske konsultasjonen (29), noe som er et viktig poeng da helsepersonell ofte har liten tid i klinikken (24).

Verktøy for screening av psykososiale forhold brukes allerede i Norge (30), og funnene i delstudien vår viser at det er behov for mer forskning om hvorvidt risikoutsatte personer med diabetes skal screenes for depresjon

«Symptomer på depresjon hos de med type 2-diabetes kan være like utbredt og kanskje mer enn alvorlig depresjon.»

på samme måte som de kontrolleres for HbA1c ved jevnlige kontroller.

Styrker og svakheter ved studien

I denne studien benyttet vi spørreskjemaet heiQ, som gjennom sine spørsmål oppsummeres i åtte domener. Vi brukte ikke alle disse domenene da noen av disse, som for eksempel «Emosjonelt velvære», ville målt liknende fenomener som måles i CES-D.

Vi har av samme grunn ikke undersøkt sammenhengen mellom komorbiditet og CES-D siden mental helse ble undersøkt både i komorbiditet og i CES-D. Målene kunne derfor korrelere.

De tre utvalgte domenene fra heiQ i denne artikkelen illustrerer godt

hvordan dårligere egenbehandling er assosiert med depressive symptomer.

Videre er det en begrensning at spørreskjemaet CES-D er validert internasjonalt (16), men ikke psykometrisk testet i Norge. Det vil derfor være knyttet noe usikkerhet til resultatene i denne studien.

På den annen side er antallet som rapporterer om depressive symptomer, i overensstemmelse med den norske studien av livsløp, aldring og generasjon (NorLAG), som benytter samme skjema (19).

En annen svakhet ved denne studien er at utvalget hadde meldt seg frivillig til å delta i en randomisert, kontrollert studie med det formålet å endre livsstil ved hjelp av en mobilapp for egenbehandling, og de rekrutterte personene kunne derfor være ekstra motiverte til å endre atferd, og som sådan ikke være representative for personer med type 2 diabetes.

Nå fant vi imidlertid at mange av deltakerne syntes det var krevende å endre livsstil (31), men metoden for rekruttering er uansett en begrensing i en studie som denne.

En annen metodisk begrensning er at undersøkelsen vår er eksplorerende, der vi ser om vi finner utfall. Funnene må bekreftes i videre forskning med et større utvalg, og eventuelt ved å bruke andre metoder.

Studien er en tverrsnittsstudie som ikke gjør det mulig å forklare årsak–virkning, og vår intensjon var kun å se på sammenhenger.

KONKLUSJON

Vi fant at en femtedel av deltakere med diabetes type 2 som deltok i en randomisert, kontrollert studie med en elektronisk diabetesdagbok for egenbehandling (*self-management*), rapporterte symptomer på depresjon da de ble inkludert i studien.

De av pasientene som rapporterte om depressive symptomer, skåret generelt lavere på egenbehandling (heiQ). Vi fant at de som er yngre, hadde større sannsynlighet for å rapportere om depressive symptomer.

De med depressive symptomer kan ha behov for mer støtte av sykepleiere og annet helsepersonell i behandlingen.

Det er derfor diskutert hvorvidt screening av depressive symptomer hos risikoutsatte personer er hensiktsmessig, både i Norge og internasjonalt. Denne problemstillingen er aktuell både i forskning og klinisk praksis.

REFERANSER

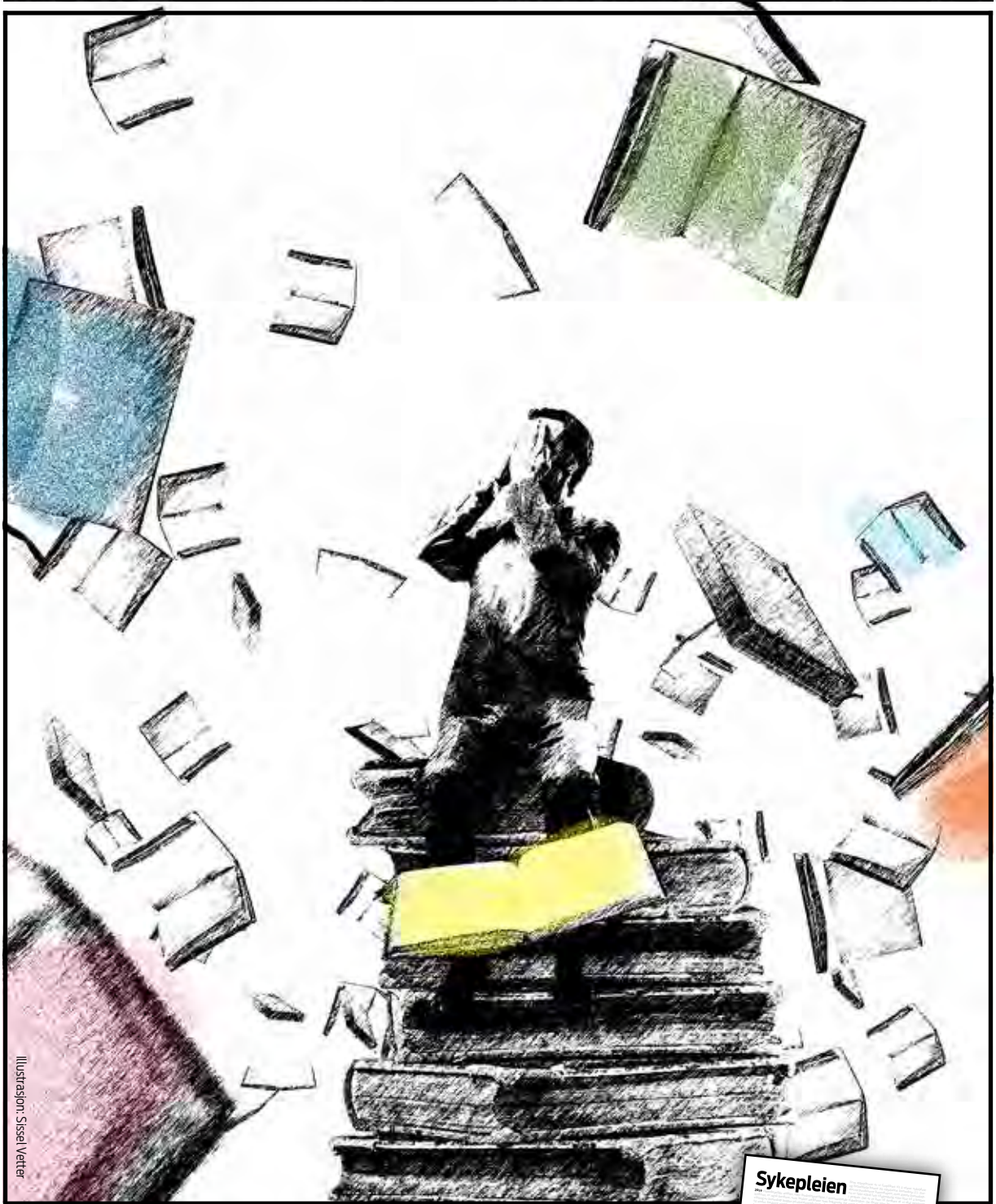
1. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation Diabetes Atlas; 2017. 8. utg. Tilgjengelig fra: http://www.diabetesatlas.org/ (nedlastet 14.08.2018).
2. Stene LC, Strøm H, Gulseth HL. Diabetes i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/diabetes-i-norge---folkehelserappor/ (nedlastet 14.08.2018).
3. Holt R, de Groot M, Golden S. Diabetes and depression. Current Diabetes Reports. 2014;14(6):1–9.
4. Rotella F, Mannucci E. Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. Diabetes Research and Clinical Practice. 2013;99(2):98–104.
5. Egede LE. Diabetes, major depression, and functional disability among U.S. adults. Diabetes Care. 2004;27:421–8.
6. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. General Hospital Psychiatry. 2013;35(3):217–25.
7. Nouwen A, Winkley K, Twisk J, Lloyd C, Peyrot M, Ismail K, et al. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. Clinical and Experimental Diabetes and Metabolism. 2010;53(12):2480–6.
8. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling. 2002;48(2):177–87.
9. American Diabetes Association. 5. Lifestyle management. Standards of medical care in diabetes 2019. Diabetes Care. 2019;42(Suppl. 1):S46–60. DOI: 10.2337/dc19-S005
10. Richards D, Chellingsworth M, Hope R, Turpin G, Whyte M. Reach out: national programme supervisor materials to support the delivery of training for psychological wellbeing practitioners delivering low intensity interventions 2010. Tilgjengelig fra: http://www.babcp.com/files/Accreditation/PWP/IAPT-PWP-Supervision-Manual-Reach-Out.pdf (nedlastet 14.08.2018).
11. International Diabetes Federation. Recommendations For Managing Type 2 Diabetes In Primary Care. Brussel; 2017. Tilgjengelig fra: www.idf.org/managing-type2-diabetes (nedlastet 14.08.2018).
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for diabetes. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes (nedlastet 14.08.2018).
13. Torbjørnsen A, Jenum AK, Småstuen MC, Årsand E, Holmen H, Wahl AK, Ribu L. A low-intensity mobile health intervention with and without health counseling for persons with type 2 diabetes, part 1: baseline and short-term results from a randomized controlled trial in the Norwegian part of RENEWING HEALTH. JMIR mHealth and uHealth. 2014;2(4):e52.
14. Holmen H, Torbjørnsen A, Wahl AK, Jenum AK, Småstuen MC, Årsand E, Ribu L. A mobile health intervention for self-management and lifestyle change for persons with type 2 diabetes, part 2: one-year results from the Norwegian randomized controlled trial RENEWING HEALTH. JMIR mHealth and uHealth. 2014;2(4):e57.
15. Holmen H. Mobile health for diabetes self-management. (Doktoravhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet; 2017.
16. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement. 1977 juni;1(3):385–401.
17. Osborne RH, Elsworth GR, Whitfield K. The Health Education Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and self-management interventions for people with chronic conditions. Patient Education and Counseling. 2007;66(2):192–201.
18. Wahl AK, Osborne RH, Langeland E, Wentzel-Larsen T, Mengshoel AM, Ribu L, et al. Making robust decisions about the impact of health education programs: Psychometric evaluation of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ) in diverse patient groups in Norway. Patient Education and Counseling. 2016;99(10):1733.
19. Hansen T, Daatland SO. Aldring, mestringsbetingelser og livskvalitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
20. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2016;39(12), 2126–40.
21. van Dijk-de Vries A, van Bokhoven MA, de Jong S, Metsemakers JFM, Verhaak PFM, van Der Weijden T, et al. Patients' readiness to receive psychosocial care during nurse-led routine diabetes consultations in primary care: a mixed methods study. International Journal of Nursing Studies. 2016;63:58–64.
22. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB, Brayne C. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review (social relationships and mortality). PLoS Medicine. 2010;7(7):e1000316.
23. Heggebø K, Elstad JI. Is it easier to be unemployed when the experience is more widely shared? Effects of unemployment on self-rated health in 25 European countries with diverging macroeconomic conditions. European Sociological Review. 2018;34(1):22–39.
24. Nam S, Chesla C, Stotts NA, Kroon L, Janson SL. Barriers to diabetes management: Patient and provider factors. Diabetes Research and Clinical Practice. 2011;93(1):1–9.
25. Mouland G. Diabetes i en fastlegepraksis – ble behandlingsmålene nådd? Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014;134(2):168–72.
26. Golden SH, Shah N, Naqibuddin M, Payne JL, Hill-Briggs F, Wand GS, et al. The prevalence and specificity of depression diagnosis in a clinic-based population of adults with type 2 diabetes mellitus. Psychosomatics. 2017;58(1):28–37.
27. Pearce MJ, Pereira K, Davis E. The psychological impact of diabetes: a practical guide for the nurse practitioner. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2013;25(11):578–83.
28. Snyder CF, Aaronson NK, Choucair AK, Elliott TE, Greenhalgh J, Halyard MY, et al. Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations. Quality of Life Research. 2012;21(8):1305–14.
29. Santana MJ, Haverman L, Absolom K, Takeuchi E, Feeny D, Grootenhuis M, et al. Training clinicians in how to use patient-reported outcome measures in routine clinical practice. Quality of Life Research. 2015;24(7):1707–18.
30. Hernar I. Bruk av pasientrapporterte målinger for å bedre kvaliteten på oppfølgingen av personer med diabetes – en feasibility studie. Bergen: Helse Bergen HF, Haukeland universitetssjukehus; 2017. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikkom.no/prosjekterirek/prosjektregister/prosjekt?p_document_id=796318&p_parent_id=802344&_ikbLanguageCode=us (nedlastet 14.08.2018).
31. Ribu L, Rønnevig M, Corbin J. People with type 2 diabetes struggling for self-management: A part study from the randomised controlled trial in RENEWING HEALTH. Nursing Open. 23.05.2019;1–9.

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Sammenhengen mellom depressive symptomer og egenbehandling (self-management) hos personer med diabetes 2

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**



Illustrasjon: Sissel Vetter

Forskningens ABC

Det du som student trenger for å finne, forstå og bruke forskning

Skann koden og kom rett til Forskningens ABC på sykepleien.no

HOVEDBUDSKAP:
I 2018 gjennomførte vi et prosjekt ved Blakstad sykehus hvor vi intervjuet pasienter om deres opplevelser av tvang i akutt psykisk helsevern. I samtalene kom det frem informasjon som er klinisk nyttig og kan brukes i forbedringsarbeid. Deltakerne ga i tillegg uttrykk for at samtalene gjorde at de følte seg sett og tatt på alvor.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2019.78900

NØKKELORD:
Opplevd tvang ◗ Experienced Coercion Scale ◗ Akutt psykisk helsevern ◗ Erfaringskunnskap

Utforsket pasienters opplevelse av tvang

Pasienter som opplever høy grad av tvang, forteller ofte at de blir sett på som en gjenstand, en syk person, definert gjennom diagnoser. Helsepersonell kan endre dette.

FORFATTERE

Hanna Christine Julie Mantila
Spesialrådgiver, Klinikk for psykisk helse og rus, avdeling Blakstad, Vestre Viken HF

Therese Johnson
Erfaringskonsulent, Klinikk for psykisk helse og rus, avdeling Blakstad, Vestre Viken HF

Olav Nyttingnes
Psykolog og forsker, Klinikk for psykisk helse og rus, forskning og utvikling, Akershus Universitetssykehus

Jan Hammer
Spesialrådgiver, Klinikk for psykisk helse og rus, avdeling Blakstad, Vestre Viken HF

Bruk av tvang i psykisk helsevern er omdiskutert, og pasienterfaringer med tvangsbruk varierer.

Noen pasienterfaringer er positive, som å kjenne seg beskyttet eller oppleve hjelp til å gjenreise normalitet (1, 2). Andre igjen beskriver avmakt, krenkelser og å kjenne seg umenneskeliggjort (1, 2). Slike negative vurderinger henger sammen med å føle seg tvunget og bestemt over på en urimelig måte, og kalles opplevd tvang (3, 4).

Å være tvangsinnlagt eller underlagt tvangsmidler er en viktig årsak til opplevd tvang, men en god del pasienter under slike tvangsvedtak rapporterer likevel ikke opplevd tvang (2, 3).

En undersøkelse fra nordiske land fant at 35 prosent av pasienter innlagt på tvang rapporterte lav opplevd tvang, mens 18 prosent av frivillig innlagte pasienter rapporterte høy opplevd tvang (5).

Når opplevd tvang forekommer i situasjoner uten formaliserte vedtak, for eksempel etter trusler om bruk av tvang eller andre former for press, kalles det gjerne uformell tvang (6).

Om en pasient under tvangsvedtak opplever tvang eller ikke, varierer i liten grad med kjennetegn ved pasienten (3, 7).

Graden av opplevd tvang påvirkes i større grad av hvordan pasienten vurderer beslutningsprosessen, og om inngrepene står i et rimelig forhold til hensikt og virkning. For eksempel viste en metastudie til flere av helsepersonells handlinger som kan utløse opplevd tvang, deriblant opplevelsen av unødig maktbruk og straff, aggresjonsfremkallende grensesetting, samt dårlig relasjon mellom pasient og helsepersonell (8).

En åpen beslutningsprosess rundt bruken av tvang og uformell tvang, der forholdet mellom situasjon, formål og tiltak oppleves forholdsmessige og rettferdige, kan redusere opplevelsen av tvang (9,10). Det burde dermed være mulig å redusere opplevd tvang ved å snakke med pasienter om deres opplevelse av tvang og om mulig justere behandling, tiltak og dialog etter det.

En norsk studie viste at bruk og opplevelse av tvang sjelden ble tematisert i konstruktive samtaler mellom pasienter og medarbeidere, selv om dialog og refleksjon om bruk av tvang har vært etterspurt og er lovpålagt (11, 12).

ØNSKER BEDRE DIALOG

Utgangspunktet for vår undersøkelse var et behov for å ta i bruk nye verktøy som skaper bedre dialog om opplevd tvang med pasientene våre. Andre faktorer enn direkte tvangsvedtak som påvirker pasientens opplevelse av tvang kan lett overses. Målet var både å gi pasientene rom til å snakke om sine erfaringer og å danne et grunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

I Vestre Viken HF tilbys lukket døgnbehandling i akutt psykisk helsevern ved Blakstad sykehus. Sykehuset

TVANGSMEDISINERING: Pasientene opplevde tvangsmedisinering som den mest inngripende formen for tvang. Illustrasjon: Mostphotos

ligger i Asker og gir tjenester til 490 000 innbyggere fra 26 kommuner.

VIL REDUSERE BRUKEN AV TVANGSMIDLER

Ledelsen ved Blakstad initierte et prosjekt med formål å redusere bruken av tvangsmidler og pasienters opplevelse av tvang under akuttinnleggelse. Prosjektet ble medfinansiert av Helsedirektoratet og forankret i ledelsen i Klinikk for psykisk helse og rus. Brukermedvirkning og erfaringskompetanse ble vektlagt i alle ledd i prosjektet gjennom involvering av både brukerrepresentanter og erfaringskonsulenten ved Blakstad.

I denne artikkelen ser vi på pasienterfaringer knyttet til opplevd tvang og potensielle områder for forbedringsarbeid.

METODE

Experienced Coercion Scale (ECS) er et nyutviklet måleverktøy for opplevd tvang, som består av 15 utsagn om opplevelser og følelser knyttet til tvang (13). Verktøyet skårer spørsmålene fra 0 til 4 og foreslår en inndeling av gjennomsnittlig skåre i ingen, lav, høy, særskilt høy opplevd tvang. ECS er finansiert av Helsedirektoratet og utviklet ved FOU-avdeling psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus.

Vi ønsket å prøve ut om ECS kunne egne seg som utgangspunkt for kvalitative samtaler om pasienters opplevelse av tvang. Samtalene ble gjennomført fra mars til september 2018, en periode påvirket av en nylig sammenslåingsprosess mellom Lier sykehus og Blakstad sykehus og en stor økning i antall innleggelser (14).

Ved sykehuset blir alle pasienter tatt inn og vurdert ved en egen mottaksenhet før de eventuelt overføres videre til en av tre akuttenheter for et lengre opphold. I prosjektet ble pasienter som var innlagt ved disse tre akuttenhetene enten direkte spurt av prosjektleder om de ønsket å delta eller så tok de selv kontakt etter å ha lest et informasjonsskriv om prosjektet som ble hengt opp i enhetenes fellesareal.

Pasienter kunne delta når de hadde vært innlagt i minimum fem døgn ved den aktuelle enheten. De måtte beherske norsk eller engelsk og kunne delta i samtalen uten følge av miljøpersonale.

Pasientene fylte ut ECS-skjemaet og snakket enten alene med prosjektleder eller med både prosjektleder og erfaringskonsulent. Prosjektleder førte samtalereferat.

Pasienten kunne velge å gjennomføre ECS og samtale, kun fylle ut ECS eller kun gjennomføre samtale. De kunne trekke seg når som helst.

Spørsmålene reflekterte skåren fra ECS, for eksempel hva som hadde gjort at pasienten opplevde høy eller lav grad av krenkelse, eller hva som gjorde at pasienten stolte på behandlerne. Pasientene ble i tillegg bedt om å beskrive sin relasjon med de forskjellige medarbeidergruppene, postrutiner og annet av betydning for deres opplevelser.

Intervjuerne spurte også etter eksempler på konkrete positive erfaringer som kunne ha bidratt til å redusere opplevelsen av tvang.

Bruk av ECS og samtale ble meldt til og godkjent av personvernombudet i Vestre Viken HF. Personvernombudet la restriksjoner på gjengivelse av direkte sitater i publisering.

Vi benyttet samtykkeskjema og pasientene fikk i tillegg muntlig informasjon om hensikt, datalagring, mulighet for å trekke seg, samt avidentifisering og planlagt bruk av funnene.

Vi benyttet kodelister og avidentifiserte alle data.

I tillegg til ECS-skåre og samtalereferater innhentet vi noen data om pasientkarakteristika og formelle tvangsvedtak (se tabell 1).

42 pasienter valgte å gjennomføre både ECS og samtale. Det er disse samtalereferatene og skårene funnene bygger på.

Tabell 1. Pasientkarakteristika og formelle tvangsvedtak

Undersøkte variabler	Andel (n = 42)
Kjønn	69 prosent kvinner 31 prosent menn
Alder	67 prosent i alderen 18–40 33 prosent i alderen 41–60
Formalitet ved innleggelse	10 prosent frivillig innlagt (psykisk helsevernlov § 2-1) 90 prosent innlagt på tvangsparagraf (psykisk helsevernlov § 3-2/§ 3-3)
Innleggelsesårsak	52 prosent (spørsmål om) psykose med eller uten rus 36 prosent hypomani og mani 12 prosent selvmordsfare og selvskading 10 prosent spiseforstyrrelse
Skjermings- og/eller tvangsmiddelvedtak	41 prosent uten vedtak 59 prosent med vedtak

RESULTAT

Omtrent halvparten av de 42 pasientene opplevde ingen eller lav tvang, på tross av at nesten alle var innlagt på tvangsparagraf. Det var også en stor andel med minst ett vedtak om skjerming og/eller tvangsmidler som opplevde lav tvang. Samtidig uttrykte halvparten av de uten disse vedtakene høy eller særskilt høy opplevd tvang.

Det var tilsynelatende ingen variabler som spesielt kunne assosieres med enten ingen/lav eller høy/særskilt høy opplevd tvang.

Artikkelforfatterne gikk gjennom samtalereferatene hver for seg og identifiserte egne kategorier for opplevelsene som ble beskrevet. Gjennom to møter sammenfattet vi pasienterfaringene og ble enige om fem hovedkategorier:

1. Sykdomsforståelse og tingliggjøring.
2. Behandling eller samhandling?
3. Manglende informasjon.
4. For lite bemanning og dårlige rammebetingelser?
5. Variert mellommenneskelig kontakt.

Sykdomsforståelse og tingliggjøring

Pasienter med høy eller særskilt høy opplevelse av tvang under innleggelsen beskrev ofte opplevelsen av å bli sett på som en gjenstand, en ting, en syk person, definert gjennom en eller flere diagnoser. De opplevde seg betraktet kun som pasienter og ikke mennesker. Ifølge dem førte dette ofte til

at deres atferd ble forstått som et symptom på «sykdommen» som måtte håndteres av personalet. Dette gjaldt særlig sterke følelsesuttrykk og religiøse utsagn.

Noen fortalte om episoder der de hadde utagert mot inventar, vært høylytte eller hadde oppført seg på en måte som ifølge dem selv måtte ha fremstått som merkelig. Da ønsket de at personalet hadde spurt dem om hvorfor de hadde gjort det, noe som de sa kunne ha dempet situasjonen.

Flere nevnte at det burde vært mer åpenhet for å kunne snakke om religion og andre temaer som de opplever som viktige.

En del av pasientene som opplevde lite tvang fortalte også om hvordan sykdomsforståelsen fikk for stor plass i samhandlingen med personalet.

Både de som opplevde lite tvang og de som opplevde mye tvang følte seg sett når de ble møtt med en åpen holdning.

Behandling eller samhandling?

Pasientene som oppga betydelig eller særskilt høy opplevelse av tvang beskrev behandlersamtaler som informasjonsmøter der de fikk beskjed om hva som skulle skje med dem. De opplevde at beslutninger ble tatt over hodene deres og at de ikke fikk medvirke. I tillegg beskrev de behandlersamtalene som sjeldne og kortvarige. Enkelte visste ikke hvem behandleren sin var, andre hadde byttet behandler opp til flere ganger. Noen savnet en bedre involvering av pårørende og en videre forståelse for familiesituasjonen.

Enkelte beskrev at behandlerens valg av medikament førte til bedring, men tvangen som ble trukket frem som den mest inngripende var allikevel medisinering mot deres vilje. De opplevde at deres mening og erfaring ikke ble undersøkt før medisineringstiltak ble igangsatt.

Selve medisineringen førte for flere til en følelse av å bli dopet ned og de beskrev at bivirkninger ikke ble tatt hensyn til. Også blant pasientene som ikke hadde tvangsmedisineringsvedtak var det en del som opplevde at de ikke fikk en reell mulighet til å velge bort medisiner.

Pasientene som opplevde et godt forhold til behandleren beskrev gjerne personen som en som så dem. De fortalte om behandlere som jobbet hardt for å få til et ønsket møte og som ga dem ros og oppmuntring. Flere sa de opplevde at medarbeiderne pratet om ressursene deres. Mange beskrev at medarbeiderne aktivt oppsøkte dem og at det føltes godt å ha blitt sett på denne måten.

Manglende informasjon

Noen opplevde å få god informasjon når de ba om det, men samtidig var mangel på informasjon et gjennomgående tema.

Flere oppga å føle seg til oppbevaring, at de kun gikk og ventet på ny informasjon. Blant annet savnet de bedre informasjon om behandlingsalternativer og utforskning av andre sosiale tiltak. En del savnet også informasjon om diverse rettigheter, kontrollkommisjonen og andre formaliteter.

De beskrev noen av personalet som unnvikende når de etterlyste informasjon om selve behandlingen, om klagerett og om hjelp med å forholde seg til medpasienter.

De opplevde at det var vanskelig å få avklaring rundt inngripende restriksjoner som utgang, permisjoner og andre miljøtiltak, og at dette var spesielt viktig fordi dette dreide seg om tiltak uten formell klagerett.

Vi så ingen tydelig sammenheng mellom opplevd tvang og hvordan pasientene vurderte informasjonen.

For lite bemanning og dårlige rammebetingelser?

Mange fortalte oss om medarbeidere som strakk strikken langt for å få til aktiviteter og imøtekomme ønsker, men som ofte måtte si nei. Flere etterlyste bedre bemanning slik at det blir mulig å få gjort aktiviteter som å gå tur eller benytte aktivitetsrommet.

Noen fortalte at de ble engstelige av at de av og til ikke fant noen fra medarbeidergruppen tilgjengelig ute i enheten, for eksempel i forbindelse med rapport og andre møter. Dersom kontaktpersonen var ansvarshavende eller hadde mye annet å gjøre, fortalte flere at de kunne føle seg

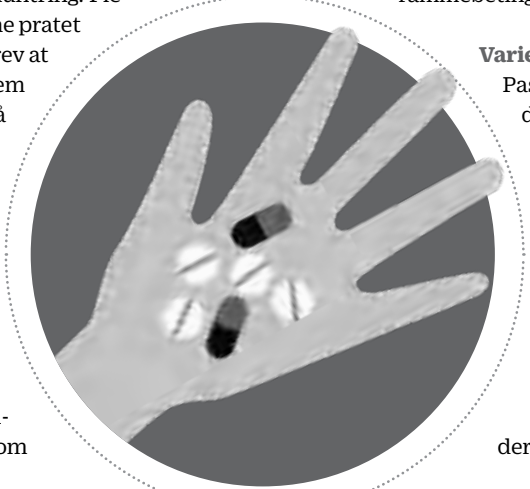
> **«Pasientene kunne trekke seg når som helst.»**

oversett eller at de kjedet seg. Det var gjentakende at pasientene savnet mer tid med medarbeiderne og særlig sin kontaktperson.

De fysiske forholdene ble beskrevet som trange og at det var svært lytt. Noen opplevde selve rommet sitt som et ufritt sted der medarbeidere og medpasienter kom og gikk.

Enkelte fortalte at det var svært ubehagelig når de hørte om problemene til medpasienter ute i fellesarealene. De opplevde det som om man ble gående oppå hverandre uten mye å finne på.

Vi så heller ikke her en klar sammenheng mellom rapportert opplevd tvang og pasientenes beskrivelse av rammebetingelsene.



Variert mellommenneskelig kontakt

Pasientene trakk frem at det opplevdes vanskelig når de måtte forholde seg til medarbeidere som opptrådte ulikt og satt forskjellige grenser. Et par pasienter fortalte at de selv ble utrygge da de oppfattet medarbeiderne som usikre eller nervøse. Flere beretet om enkelte medarbeidere de ikke likte, som var beordrende eller som skremte dem.

Pasientene beskrev også episoder der de opplevde at helsepersonell

brukte unødvendig stor makt i situasjoner med tvangsmiddelbruk.

Svært mange beskrev miljøbehandlerne, særskilt assistenter, som flinke, snille og respektfulle. Flere fortalte om konkrete positive opplevelser der en miljøbehandler tok seg tid til å være sammen med vedkommende.

Pasientene opplevde det som veldig positivt at medarbeidergruppen var variert, med miljøbehandlere av begge kjønn, forskjellig alder og bakgrunn.

DISKUSJON OG KLINISKE IMPLIKASJONER

De kvalitative funnene viser at de fleste pasientene som vi snakket med beskrev en mangel på informasjon, samhandling og innflytelse. Mange opplevde seg definert som diagnoser og sykdom, ikke som hele mennesker. Også rammebetingelser og tilgjengelighet av personalet ble av flere trukket frem som problematiske.

Samtalene brakte frem flere eksempler på konkrete episoder som pasientene mente kunne håndteres bedre, samt episoder der de følte seg ivaretatt.

En del pasienter fortalte om personale som så dem, viste dem respekt og som la til rette for samhandling. Pasientene trakk frem at de gjennom ECS-samtalen fikk satt ord på og bearbeidet noe av det de hadde opplevd.

Data vi samlet inn i tillegg til samtalene, ser ut til å understøtte tidligere funn på om opplevelsen av tvang ikke primært henger sammen med pasientkarakteristika, og at formelle tvangsvedtak spiller en mindre rolle enn man skulle tro [3) (7). Dette aktualiserer betydningen av helsepersonells holdninger og handlinger i møte med pasienten for å redusere opplevd tvang.

BRUK AV TILBAKEMELDINGER I FORBEDRINGSARBEID

Mange av pasientene som deltok i undersøkelsen ønsket å bidra til forandring gjennom å dele sine erfaringer.

For å sikre at pasienters tilbakemeldinger påvirker medarbeidernes måte å handle på kan for eksempel simuleringstrening være et effektivt og anbefalt virkemiddel (15,16).

Resultatene fra ECS-samtalene gir et godt grunnlag for å bygge opp forskjellige øvingsscenarioer til bruk i simulering. Det kan blant annet omhandle trening på konkrete samtalesituasjoner for behandlerne for å fremme en samvalgstilnærming, eller at miljøpersonalet øver på å forstå og samhandle med en pasient som er i en agitert tilstand.

For å følge opp hvordan kompetansen omsettes i klinisk praksis, bør også leder og medarbeider ha evalueringssamtaler knyttet til blant annet tvangsmiddelbruk (16,17).

Ved å identifisere spesifikke forbedringsområder ved egen enhet er det også mulig å sette inn mer konkrete tiltak lokalt. Disse kan for eksempel være å revurdere enhetens håndtering av utgangsstatuser og muligheter for aktivisering der pasientene forteller om mangel på dette; eller få frem diskusjon rundt håndhevingen av «husregler».

ECS med samtale kan egne seg godt der man ønsker å evaluere et nytt tiltak ved å gjennomføre et visst antall samtaler før og etter tiltaket er implementert. Dette kan bidra til at enhetsleder får bedre oversikt over hva som bør arbeides med videre.

BETYDNINGEN AV MEDVIRKNING OG SAMVALG

Pasientrettighetsloven (18) skal sikre at pasientene får nødvendig og individuelt tilpasset informasjon, og mulighet til å medvirke ved valg av behandlingsmetoder. Dette legges også til grunn for de nye pakkeforløpene i psykisk helse og rus (19).

Å oppleve mangel på informasjon eller innflytelse på beslutninger som angår en selv kan gi ekstra psykiske belastninger for alle og enhver (20,21). Dette ble også bekreftet av pasientene vi snakket med. Dersom pasienter blir gående alene med negative erfaringer kan det vanskeliggjøre fremtidig samarbeid og de kan kvie seg for å ta kontakt med helsevesenet igjen (20,21).

Det er helsepersonell som har overordnet ansvar for å skape en god og åpen dialog, også rundt de vonde sidene av pasienters og pårørendes erfaringer med opplevd tvang (20,21).

En del av pasientene som deltok ga uttrykk for at det var en god opplevelse for dem å få snakket om disse temaene. Det har vært en viktig lærdom at et samtaleverktøy som inneholder begreper som «ydmyket» eller «behandlet som en diagnose» bidro til å kunne legge til rette for en likeverdig dialog med pasientene.

Våre resultater tyder på at økt bevissthet rundt medvirkning og samvalg kan bidra til at pasienter i større grad vil føle seg sett, involvert og tatt på alvor. Pasientene i vår undersøkelse følte seg mer deltakende i egen behandling når helsepersonell møtte dem med en åpen holdning, når behandler tok seg tid til hyppigere kontakt og ga ros og når deres erfaringer ble tatt hensyn til og deres uttrykksform ble rommet.

VEIEN VIDERE

Både våre egne medarbeidere og fagfolk i psykisk helsevern generelt beskrev funnene som gjenkjennbare. Funnene kan dermed gi et viktig bidrag i forbedringsarbeid, også ved andre helseforetak, både i og utenfor døgnenheter. Eksempler kan være hvordan pasienter opplever det å være underlagt

FAKTA

QR-KODE

Skann koden og kom rett til «Spørreskjema om opplevelse av tvang i helsetjenesten» på nett.

QR-KODE

Skann koden og kom rett til «Experienced coercion scale (ECS) - bruk og beskrivelse» på nett.

tvunget vern uten døgn, få oppfølging av FACT-team, eller hva de synes om diverse behandlingstilbud.

Vi ønsker at pasienter skal slippe å reise fra oss med vonde opplevelser. Dette forutsetter at vi må fortsette å snakke med dem om deres opplevelser og bruke disse i forbedringsarbeid i klinisk praksis.

Stor takk til Odd Erik Skinnemoen (avdelingsoverlege Avdeling Blakstad, Vestre Viken HF) og Cartsen Bjerke (spesialrådgiver Klinikk for psykisk helse og rus og avdelingsoverlege, Avdeling for rus og avhengighet (ARA), Vestre Viken HF, for kommentarer, innspill og støtte i arbeidet med prosjektet og artikkelen.

REFERANSER

1. Katsakou C, Priebe S. Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies. Epidemiol Psichiatr Soc. 2007;16(2):172–78.
2. Seed T, Fox JR, Berry K. The experience of involuntary detention in acute psychiatric care. A review and synthesis of qualitative studies. International Journal of Nursing Studies. 2016;61:82–94.
3. Norvoll R, Pedersen R. Exploring the views of people with mental health problems' on the concept of coercion: Towards a broader socio-ethical perspective. Social Science & Medicine. 2016;156:204–11.
4. Nyttingnes O. Patients' experience of coercion in mental health care. (Doktoravhandling) Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for klinisk medisin; 2018.
5. Kjellin L, Høyer G, Engberg M, Kaltiala-Heino R, Sigurjónsdóttir M. Differences in perceived coercion at admission to psychiatric hospitals in the Nordic countries. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2006;41(3):241–7.
6. Hotzy F, Jaeger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment – a systematic review. Frontiers in Psychiatry. 2016; 7:1–12.
7. Newton-Howes, G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: Systematic review of correlates and themes. Psychiatric Services, 2011; 62(5): 465–70.
8. Tingleff EB, Bradley SK, Gildberg FA, Munksgaard G, Hounsgaard L. «Treat me with respect». A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2017 november; 24 (9–10):681–98.
9. Bennett NS, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP, Hoge SK, Roth LH, et al. Inclusion, motivation, and good faith: the morality of coercion in mental hospital admission. Behav Sci Law. 1993;11(3):295–306.
10. Norvoll R, Pedersen R. Patients' moral views on coercion in mental healthcare. Nurs Ethics. 2018;25(6):796–807.
11. Hammervold UE. Brukererfaringer knyttet til anvendelse av tvang i psykisk helsevern. (Masteroppgave.) Stavanger: Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag; 2009.
12. Lov 3. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62 (nedlastet 12.07.2019).
13. Nyttingnes O, Rugkåsa J, Holmén A, Ruud T. The development, validation, and feasibility of the Experienced Coercion Scale (ECS). Psychological Assessment. 2017;29 (10):1210–20.
14. Helsedirektoratet. Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsinnleggelser-i-psykisk-helsevern-for-voksne 29.11.2018.
15. Moldal E. Simulering demper uro og gir mindre tvangsbruk. Sykepleien. 2016;48(1):46–8.
16. Veland MC. Riktig og redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Oslo: Helse Sør-Øst; 2018. HSØ-rapport. Tilgjengelig fra: https://www.akuttnettverket.no/file/veland-riktig-og-redusert-bruk-av-tvangsmidler-i-helse-sor-ost.pdf (nedlastet 12.08.2019).
17. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core implementation components. Research on social work practice. 2009;19(5):531–40.
18. Lov 21. juni 2019 nr. 43 om pasient- og brukerrettigheter (pasient og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2019-06-21-43 (nedlastet 12.08. 2019).
19. Helsenorge.no. Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Tilgjengelig fra: https://helsenorge.no/psykisk-helse/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus. (nedlastet 12.07.2019).
20. Pedersen R, Nortvedt P. Etikk i psykiske helsetjenester. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
21. Norvoll R. Tvang. I: Skjeldal E, red. Levd liv. Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse; 2016. s. 163–90

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:

Utforsket pasienters opplevelse av tvang

Derfor skrev jeg denne artikkelen

Hanna Christine Julie Mantila

Spesialrådgiver. Klinikk for psykisk helse og rus, avdeling Blakstad, Vestre Viken HF

Alle snakker om tvang i psykisk helsevern, men snakker vi nok med dem det gjelder? Eller snakker vi bare om dem, på morgenmøtet, på rapporten, i journalnotatene?

Vi som jobber på feltet, må ta på alvor det pasientene våre opplever når de er innlagt, også det som det settes søkelys på, som vi selv kan oppleve som ubehagelig.

Liksom selvmord og vold er tvang et tema som kan være vanskelig å ta opp, men det kan utgjøre en forskjell for den som får fortelle, som får medvirke i eget liv.

Hos oss jobber vi nå videre med å finne gode måter å ta opp dette og andre vanskelige temaer på.

Ved å bruke MAP (møte med aggresjonsproblematikk) og SIM (medisinsk simulering) skal vi bli bedre til å forebygge vold og bruk av tvang, bli bedre til å bruke det viktigste verktøyet vi har i møte med andre: oss selv.

HOVEDBUDSKAP:
Ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken på Diakonhjemmet sykehus har vi intervjuet pasienter om deres erfaringer med å leve med sykdom, og om hva som gir medvind og motvind for mestring. Noen pasienter med sykdom og vedvarende utmattelse beskriver en opplevelse av tap av identitet og svekket selvfølelse, og sorg over dette tapet. Sykdom kan endre historien vi har om oss selv, fortellingen om hvem vi er og hvordan vi ser oss selv i fremtiden.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2020.80883

NØKKELORD:
Utmattelse ◗ Identitet ◗ Sorg

Utmattede pasienter kan miste noe av sin identitet og selvfølelse

Noen pasienter føler vedvarende utmattelse som følge av sykdom. De orker mindre enn før, og det kan føre til at de opplever tap av identitet og svekket selvfølelse. Helsepersonell kan hjelpe.

Vi har intervjuet pasienter om hvordan det er å leve med sykdom. Pasientenes fortellinger inspirerte oss til å skrive om de temaene som mange av dem trakk frem, som at håp er et verktøy ved sykdom (1), og om de opplevde en form for personlig vekst gjennom sykdom og behandling eller ikke (2).

Temaet i dette bidraget er vedvarende utmattelse og identitet. For mange av pasientene vi intervjuet, var utmattelse en del av sykdomsbildet, med store konsekvenser for fungering i ulike roller, både privat og på jobb. I tillegg fortalte flere om tap av identitet og svekket selvfølelse i kjølvannet av utmattelse, om opplevelsen av å ha mistet seg selv og om sorg.

Gjennom sitater fra pasientene vil vi her belyse det, og så komme med innspill til hvordan vi som helsepersonell kan bistå pasientene i den omstillingen som vedvarende utmattelse krever i atferd og tenkemåter.

FORFATTERE

Elin Fjerstad
Psykologspesialist, Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet sykehus

Torkil Berge
Psykologspesialist og fagutviklingsrådgiver, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus

Bente Bull-Hansen
Psykologspesialist, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet sykehus

HVA ER VEDVARENDE UTMATTELSE?

Vedvarende utmattelse er et symptom både ved og i kjølvannet av en rekke sykdommer. Utmattelse kan oppleves fysisk som energiløshet, kraftløshet og tunghet i kroppen, og mentalt som konsentrasjonsvansker, hukommelsesproblemer og for eksempel som vansker med å finne og forstå ord i en samtale. Plagene hemmer fungering i hverdagen, og det er lett å komme inn i onde sirkler.

Noen presser seg for mye for å opprettholde funksjon og rolle, mens andre har smertelig erfart at det gjør vondt verre, og blir for passive. Mange ender opp med et enten-eller-mønster – full fart og så bråstopp. Hjelp til å endre vaner og finne balanse mellom aktivitet og hvile er derfor sentralt i behandling og rehabilitering for vedvarende utmattelse.

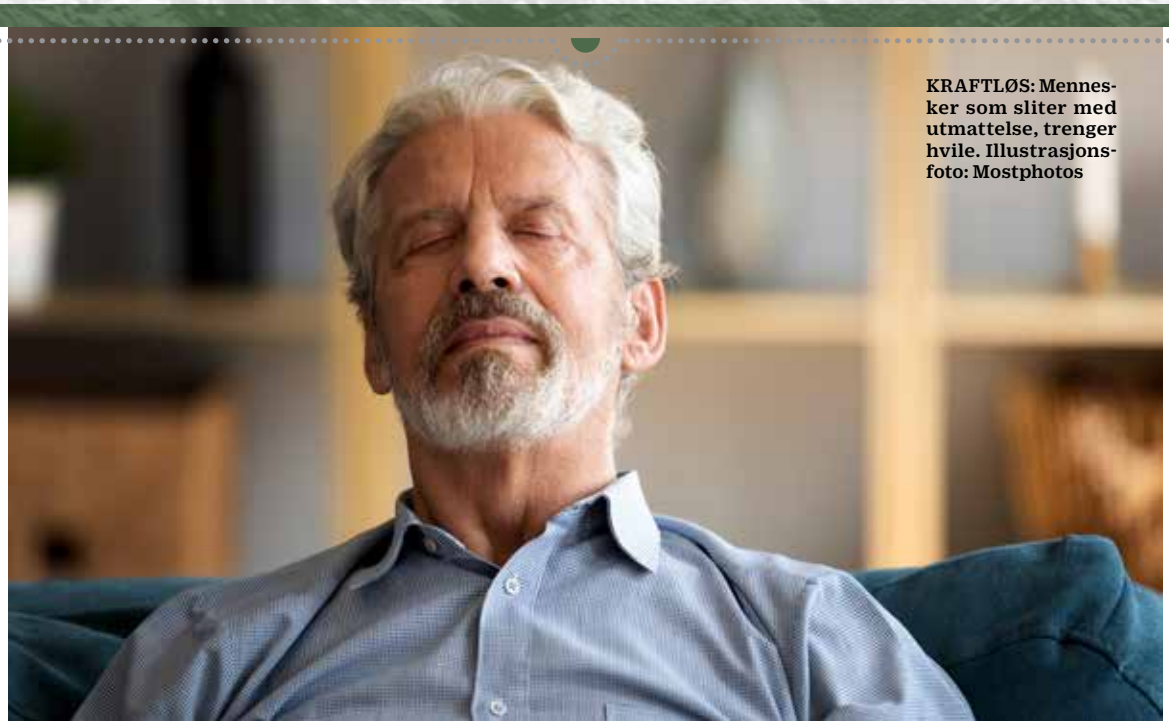
HVA FORTELLER PASIENTENE?

Vi benyttet et semistrukturert spørreskjema som utgangspunkt for et times langt telefonintervju med 35 pasienter med ulike sykdommer. Intervjuene ble transkribert. Vi har valgt ut pasientsitater som på ulike måter belyser hvordan konsekvenser av utmattelsen påvirker selvopplevelse og identitet.

En kvinne med leddgikt og fibromyalgi sa følgende: «Det jeg synes er verst, er at jeg ikke makter å gjøre det jeg har vært vant til å gjøre og til å takle. Jeg har hatt perioder der jeg bare har sittet rett opp og ned og ikke hatt overskudd til noe. Jeg er et sånt menneske som har hatt energi, som liker å være i farten og få ting gjort. Før var jeg noe for andre, men nå har jeg for eksempel ikke krefter til å være lyttende lenger.»

> **«Før var jeg noen for andre.»**
> *Kvinne med leddgikt og fibromyalgi*

En kvinne med hjertesykdom sa dette: «Jeg jobber for å prøve å finne tilbake til noen positive kvaliteter ved meg selv, for jeg har på en måte mistet meg selv. Jeg har alltid



KRAFTLØS: Mennesker som sliter med utmattelse, trenger hvile. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

vært et omsorgsmenneske. I perioder hvor jeg har overskudd, så klarer jeg å være litt på hugget. Da er jeg stolt av meg selv og kan slå meg selv på brystet, ja da er jeg noe av den som jeg har vært før da. Ikke praktisk, men i samtaler og slikt. Man har jo visjoner om hvordan ting skal bli, eller fortsette å være.»

En mann med Crohns sykdom kom med denne kommentaren: «Jeg føler jo at jeg har mistet litt meg selv, eller mistet det jeg hadde før. Jeg var en sånn som hadde energi til alt, som aldri sa nei til noe. Det var full fart hele tiden, fulle timeplaner, mye jobb, skole og mye venner. Jeg hadde det veldig travelt, det var sånn jeg likte å ha det. Det er vanskelig å akseptere at en ikke greier det en greide før. Jeg er ikke like effektiv og har ikke like god konsentrasjon. Jeg er fortsatt like smart da, jeg greier bare ikke like mye. Jeg har vært så vant til å si ja, det vil jeg være med på! Og lysten er jo der som før, men jeg vet at jeg stort sett må si nei. Det er en stor forandring. Jeg måtte sette meg ned og tenke igjennom hvem det var jeg ikke trengte i livet mitt».

En mann med diabetes type 1 sa følgende: «Jeg var en aktiv idrettsmann, og alt jeg hadde av venner, var innenfor det. Da utmattelsen kom falt jeg liksom utenfor det som ga livet mitt mening. Jeg er en sånn type som er vant til å styre i livet mitt, være ledende på jobb og vant til å få til ting. Så plutselig fungerte jeg ikke i det hele tatt. Jeg var sykmeldt, og det gikk nesten ett år før jeg var meg selv igjen.»

En kvinne med lungesykdom svarte dette: «Jeg opplevde min sykdomstilværelse som en reise i identiteter. Først hadde jeg en selvoppfattelse om at jeg var frisk, slik legene jo sa i starten. Da tenkte jeg at alt egentlig handlet om at jeg burde ta meg sammen og slutte å syte over at jeg var så sliten. Normalt er jeg en sånn person som mestrer og får ting gjort. Men utmattelsen gjorde at jeg trakk meg inn i meg selv. Jeg følte ikke at noen forsto meg, og jeg hadde mange deprimerte tanker om at selv ikke barna hadde respekt for meg. Da jeg omsider fikk beskjed om alvorlig lungesykdom, satte jeg kanskje for mange begrensninger på meg selv. Jeg gikk liksom opp i sykeidentiteten og gjorde sykdommen til meg, glemte at jeg er jo andre ting også.»

En kvinne med ulcerøs kolitt uttalte som følger: «Da legen sa at jeg burde komme meg tilbake i jobb, tenkte jeg bare nei, det er jeg ikke klar for ennå. Da hadde jeg gått inn i den der sykeidentiteten, og følte på alt jeg ikke kunne. Det kjentes som å bli dyttet utfor stupet, liksom. Men nå tror jeg det var det rette tidspunktet. Jeg ville ikke blitt noe bedre. Men jeg har fortsatt to hjemmekontordager, og det skal jeg holde fast i. For meg er det med jobb veldig viktig for identiteten min, føle at jeg bidrar til fellesskapet, til samfunnet, at jeg er en ressurs. Så nå har jeg tatt tilbake jobbidentiteten min. Det har vært en interessant reise.»

> **«Jeg har på en måte mistet meg selv.»** *Kvinne med hjertesykdom*

SYKDOM KAN ENDRE HISTORIEN OM OSS SELV

Pasientenes utsagn illustrerer det man innenfor sosiologiske teorier beskriver som et brudd i personens selvbiografi (3-4). Sykdom kan endre historien vi har om oss selv, fortellingen om hvem vi er og ønsker å være. Noen utsagn illustrerer det, som «jeg er ikke lenger den personen jeg alltid har vært» og «jeg har mistet den omsorgsfulle og lyttende meg».

Samtidig gir flere uttrykk for at de fortsatt er den

samme som person, for eksempel: «jeg gjorde sykdommen til meg, glemte at jeg er jo andre ting også», «jeg er jo like smart da» og «i perioder hvor jeg har overskudd, klarer jeg å være litt på hugget, da *er* jeg noe av den som jeg har vært før». Pasientene forteller altså både om å være den samme og om å være forandret.

FREMTIDSBILDER ER EN DEL AV VÅR IDENTITET

Mulige selv (*possible selves*) (5) er kognitive representasjoner av mulige versjoner av oss selv i fremtiden, både hva vi håper og frykter. Disse fremtidsbildene fungerer som en måte å evaluere vår nåværende selvtilstand på,

> **«Jeg har vært så vant til å si ja.»**
> *Mann med Crohns sykdom*

som et referansepunkt inn i fremtiden, og de er en viktig del av vår identitet (6). Det er vanlig med en høy grad av stabilitet i mulige selv, men de kan endres raskt ved sykdom, med for eksempel fryktede fremtidsbilder om mindre autonomi og økt avhengighet (7).

Vedvarende utmattelse kan svekke troen på at man kan være den forelderen eller den kollegaen man ønsker å være, for eksempel det «ja-mennesket» man alltid har vært, og som man så for seg at man ville fortsette å være. Gjenetablering av identitet ved sykdom, «finne seg selv igjen» og «visjonen om hvem man vil være», kan derfor også handle om å bygge opp bærekraftige mulige selv.

HVORDAN KAN HELSEPERSONELL HJELPE?

Vedvarende utmattelse krever at man komponerer en hverdag med balanse mellom aktivitet og hvile (8–9). Noen trenger å redusere aktivitetsnivået og å legge inn mer hvile gjennom dagen, mens andre trenger mer aktivitet og stimuli og mindre søvn og hvile. Atter andre trenger et jevnere aktivitetsnivå der kreftene fordeles bedre.

VI KAN SETTE ORD PÅ SORGEN

For de fleste starter endringsarbeidet med bevisstgjøring av hvordan situasjonen faktisk *er*. I denne prosessen kan både identitet og sorg bli et tema. Å miste noe ved seg som man også har satt pris på, er et tap. I samtaler med pasienten kan det være nyttig at vi som helsepersonell setter ord på den sorgen som dette tapet kanskje er for pasienten. At andre ser og bekrefter sorgen, er ofte en hjelp til selv å erkjenne den.

HELSEPERSONELL KAN GI GODE INNSPILL

Sorgen smerter, men den kan også styrke kontakten med den omsorgsfulle delen av en selv. Sorg og omsorg hører sammen. Samtidig kan pasienten trenge hjelp til å holde fast i den personen han eller hun fortsatt er, men samtidig få innspill til hvordan være en litt klokere versjon av seg selv.

Vi kan for eksempel si til pasienten at «du er fortsatt det omsorgsmennesket som lytter til andre, men du trenger å justere doseringen av den aktiviteten». Mer konkret, fortsatt ringe den som trenger omsorg, men ha kortere telefonsamtaler enn før. Være den samme omsorgsfulle forelderen eller vennen som tidligere, men sørge for hvileskjær gjennom dagen.

PASIENTEN KAN TRENGE STØTTE TIL EGENOMSORG

Aktivitetsregulering kan også innebære trening i egenomsorg. Man kan fortsette å gi empati, forståelse og omsorg til andre. Men man kan også være et støttende medmenneske for seg selv når en har det vanskelig, og ikke legge stein til byrden.

Som helsepersonell kan du bistå her ved å stimulere til utforskning og endring av pasientens indre dialoger, der målet er å redusere overdreven selvkritikk og bli en mer konstruktiv og vennlig støttespiller til seg selv. Mange forteller om mentale (u)vaner der de kritiserer seg selv og sammenlikner seg med andre eller seg selv slik de var før utmattelsen.

DU KAN HJELPE PASIENTEN TIL Å HVILE

Noen trenger hjelp til å utvikle strategier for hvile. Enkelte vet ikke helt hvordan de best hviler, mens andre får dårlig samvittighet eller tankekjør når de hviler. Å ligge på sofaen med holdet fullt av klandrende eller stressende tanker gir sjelden restitusjon. Noen vil kanskje trenge hjelp til å plassere hvilen på et optimalt tidspunkt, for eksempel ved heller å forhåndshvile enn å stupe inn i hvilen.

FINN UT HVA SOM SKAPER BARRIERER

I arbeidet med å utvikle gode hvilestrategier kan du bistå ved å utforske om gamle leveregler blir barrierer for hvile

> **«Jeg falt utenfor de tingene som ga livet mening.»** *Mann med diabetes type 1*

i dag. Leveregler som at «man må yte for å nyte» eller holdninger som at det er «egoistisk å sørge for egne behov», kan komme i konflikt med behovet for balanse mellom aktivitet og hvile. Vi hører som regel mer på hva vi sier til oss selv enn på hva helsepersonell sier til oss.

Råd fra helsepersonell er først nyttige når de er til «innvortes bruk», når pasienten kan si til seg selv det samme som helsepersonell sier, for eksempel at «riktig hvile og restitusjon balansert med aktivitet er viktig nå».

DET ER VANSKELIG Å AKSEPTERE SYKDOM

Noen av pasientene trekker frem begrepet aksept: «Det er vanskelig å akseptere at en ikke greier det en greide før.» Aksept er et vanskelig og komplekst begrep. Det skriver seg fra stadiemodeller utviklet for å beskrive både forløp av sorg og tilpasning til kronisk sykdom (10–11). De legger til grunn at sorg og tilpasning er en lineær progresjon gjennom stadier eller faser der målet er å nå det siste stadiet, nemlig aksept.

Allerede i løpet av 1980-årene kom forskning som viste at det ikke var dokumentasjon for slike fasemodeller (12). Likevel gis det ofte råd om å akseptere kronisk sykdom og plager som følger med. Det er et velment, men uheldig råd. Det er uheldig fordi det formidles at det finnes en måte å mestre på som er riktig for alle, noe det sjelden er. Dessuten vet vi ikke hvordan begrepet aksept fortolkes av den enkelte.

RÅD KAN VÆRE NYTTIGE ELLER SKADELIGE

Å akseptere utmattelse i den forstand at man ikke kjemper imot det som faktisk er, kan for eksempel være en nyttig holdning i prosessen med å balansere aktivitet og hvile. Men om rådet gir grobunn for assosiasjoner til å resignere, er det et skadelig råd. Hvis pasientene forbinder aksept med å like, vil de overhodet ikke føle seg forstått. For hvem kan vel like det som stjeler kreftene man trenger for å leve det livet man ønsker å leve og være den man er?

«Sykdomstilværelsen opplevdes som en reise i identiteter.» *Kvinne med lungesykdom*

I intervjuene fortalte pasientene om hvordan de søkte å holde fast i den personen de fortsatt var. Samtidig prøvde de å lære å være en klokere versjon av seg selv tilpasset de begrensninger som sykdom og vedvarende utmattelse gir for livsutfoldelsen. Noen opplevde å være den samme som de alltid hadde vært, mens andre beskrev sykdommen som en reise i identiteter.

REFERANSER

1. Berge T, Bull-Hansen B, Fjerstad E. Håp er et verktøy ved sykdom. 2019. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/hap-er-et-verktoy-ved-sykdom (nedlastet 01.06.2019).
2. Berge T, Bull-Hansen B, Fjerstad E. Vekst gjennom lidelse? 2019. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-78771.pdf (nedlastet 14.10.2019).
3. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. Sociology of Health and Illness. 1982;4(2):167–182.
4. Frank AW. The wounded storyteller. Body, illness and ethics. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
5. Markus H, Nurius P. Possible selves. Am Psychol. 1986;41:954–69.
6. Hoyle RH, Sherrill MR. Future orientation in the self-system: possible selves, self-regulation, and behavior. J Pers. 2006;74:1673–96.
7. Frazier LD, Cotrell V, Hooker K. Possible selves and illness: a comparison of individuals with Parkinson's disease, early-stage Alzheimer's disease, and healthy older adults. Int J Behav Dev. 2003;27:1–11.
8. Berge T, Dehli L, Fjerstad E. Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag. Oslo: Aschehoug Forlag; 2016.
9. Berge T, Fjerstad E, Hyldmo I, Lang N. Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med sykdom og skade. Bergen: Fagbokforlaget; 2019.
10. Cullberg J. Kris och utveckling. Stockholm: Natur och Kultur; 1975.
11. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Schribner Classics; 1969.
12. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. J Consult Clin Psychol. 1989; 57:349–57.

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:

Utmattede pasienter kan miste noe av sin identitet og selvfølelse

Derfor skrev jeg denne artikkelen

Elin Fjerstad

Psykologspesialist.
Diakonhjemmet Sykehus

Sammen med kollega Bente Bull-Hansen og Torkil Berge ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken ved Diakonhjemmet Sykehus skrev jeg denne artikkelen om utmattelse og identitet. Vi ønsket å løfte frem pasientens opplevelse av sykdom og hva som er viktig for mestring. Tidligere har vi skrevet om posttraumatisk vekst.

Sykepleiere må fortsette det gode arbeidet de gjør med å se hele mennesker. Hele mennesker har både en fysisk og en psykisk helse å ta vare på. Somatisk sykdom rammer langt mer enn kroppen, og mestring er ikke lært en gang for alle.

Sykepleiere kan bistå pasienten i den balansekunsten det er å gi sykdom akkurat nok oppmerksomhet til at man får det beste ut av livet. Det er lettere sagt enn gjort, og noe jeg snakker med mine pasienter om hver dag.

Ved vår enhet er vi i tillegg opptatt av å utvikle et behandlingsopplegg for dem som har irritabel tarmsyndrom, og ett for dem som har langvarige smerter. Pasienter trenger verktøy for mestring av sykdom og plager. Det håper vi å kunne fortelle lesere mer om i senere utgaver av Sykepleien.

FØDSELSDEPRESJON: 10–15 prosent av mødre har depressive symptomer i barselperioden. Det er viktig at en fødselsdepresjon oppdages så fort som mulig, slik at kvinnen kan få tidlig hjelp. Illustrasjonsfoto: Ekaterina Demidova / Mostphotos

FORFATTERE

Eva Langvik
Førsteamanuensis,
Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Cathrine Hystad Håberg
Psykolog, Trondheim

Helene Høve Storholt
Psykolog, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital

NØKKELORD

Fødselsdepresjon · Helsesykepleier · EPDS

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.81060

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Dette forskningsprosjektet ble utarbeidet med bakgrunn i implementeringen av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) som rutine i plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune.

Hensikt: Vi gjennomførte intervjuer med åtte helsesykepleiere for å undersøke hvordan de opplever å bruke EPDS som verktøy for å kartlegge fødselsdepresjon hos nybakte mødre.

Metode: Kvalitativ tilnærming og tematisk analyse ble benyttet.

Resultat: I analyseprosessen identifiserte vi fire sentrale temaer: opplevelsen av at «kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen», at det skjer en «ufarliggjøring gjennom at 'alle får det', at «EPDS fanger opp det mageølelsen ikke gjør», og at «klinisk skjønn brukes som et viktig tilleggsverktøy» i EPDS-kartleggingen.

Konklusjon: Funnene fra denne studien støtter tidligere forskning i at EPDS er et verdifullt verktøy i arbeidet med å kartlegge fødselsdepresjon, og at obligatorisk kartlegging bidrar til at det blir lettere å ta opp temaer knyttet til mental helse. Videre påpeker denne studien hvor viktig det er at helsesykepleierne bruker klinisk skjønn i arbeidet med å kartlegge fødselsdepresjon.

Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen

Når helsesykepleiere bruker kartleggingsverktøyet EPDS i tillegg til mageføleIsen og klinisk skjønn, identifiserer de flere som har behov for hjelp.

Depressive symptomer forekommer hos 10–15 prosent av mødre i barselperioden (1, 2) og omtales som barseldepresjon eller fødselsdepresjon (3). Fødselsdepresjon skilles fra *barseltårer*, som er så utbredt at det anses som en normaltilstand.

Dersom en slik normaltilstand er særlig kraftig og ikke går over med det første, bør helsepersonell være på vakt. I slike tilfeller vil det ofte være helsesykepleiere eller jordmødre på helsestasjonen som vil oppdage dette, da sykehusopphold etter fødselen gjerne er korte (4).

Det vil være viktig å oppdage en fødselsdepresjon så fort som mulig for at kvinnen kan få hjelp tidlig. Dersom den ikke oppdages, kan den forverres og vare lenger, og den kan få store konsekvenser for mor selv, for barnet og en eventuell partner (1).

Fødselsdepresjon hos mødre vil kunne påvirke samspillet mellom mor og barn (5), og den er knyttet til utålmodighet, fiendtlighet og lav sensitivitet (6). Fødselsdepresjon er videre en risikofaktor for atferdsproblemer, emosjonelle problemer, kognitive problemer, dårligere fysisk helse samt språklige og sosiale utfordringer hos barna (7–9).

Klinisk skjønn

Klinisk skjønn innenfor sykepleie er knyttet til det faglige, men også til det allmenne skjønn, altså den tause kunnskapen og klokskapen som benyttes i arbeidshverdagen (10).

De siste årene har mer oppmerksomhet på bruken av standardiserte kartleggingsverktøy i helsevesenet skjøvet klinisk skjønn ut over sidelinjen (11). Skard (11) hevder at standardiserte verktøy er introdusert for å forhindre feildiagnostikk, men dersom de brukes feil, kan de føre til både overbehandling og feilbehandling.

Forskning har derimot vist at erfarne klinikere i noe mindre grad forholder seg til skåren slike standardiserte verktøy gir, og at de i større grad gjør en helhetlig og kompleks skjønnsmessig vurdering av pasienten (12).

Problemstillinger knyttet til psykisk helse er ikke direkte verifiserbare, og det er derfor nødvendig at helsepersonell bruker klinisk skjønn og mageføleIse (11).

I en gjennomgang av studier som tar for seg identifisering av psykiske problemer i forbindelse med svangerskap, er både intuisjon og kartleggingsverktøy trukket frem som viktige ressurser (13).

Kartlegging av fødselsdepresjon

Jordmødre og helsesykepleiere benytter flere ulike metoder i arbeidet sitt med mental helse etter fødsel. Selv om kartleggingsverktøy ofte er med på å lette dette arbeidet, fungerer andre faktorer som barrierer, slik som tidspress, manglende trening og henvisningsmuligheter (13).

I tillegg til arbeidspress og manglende kunnskap om fødselsdepresjon er også frykt for å fornærme eller skape ubehag for mødrene en viktig barriere (14). Internasjonalt uttrykkes det bekymring for rutinemessig kartlegging da det er vanskelig å vurdere de positive helsegevinstene samt fare for å feilaktig kategorisere kvinner som deprimerte (15).

Norske studier av helsesykepleiere har funnet at bruk av kartleggingsverktøy bidrar til høyere jobbtilfredshet og mer profesjonell trygghet, og til en lavere terskel for å søke hjelp (16). Det finnes flere instrumenter for å kartlegge fødselsdepresjon. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) er det mest brukte verktøyet på verdensbasis (18).

Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPDS er et selvrapporteringsskjema som består av ti korte påstander med fire svaralternativer, der den nybakte moren skal velge hvilket av svarene som stemmer best overens med hvordan hun har hatt det de siste sju dagene (17).

Kartleggingen, sammen med en etterfølgende støttesamtale, er kjent som Edinburgh-metoden. EPDS ble i sin tid utviklet for at helsepersonell uten spesialkompetanse i psykiske lidelser skulle kunne kartlegge depressive symptomer hos mødre (3).

Kartleggingsverktøyet tar ikke for seg kroppslige plager som vil være vanlig ved depresjon, slik som endringer i søvn, appetitt, seksuell lyst, tretthet og lav energi (1). Det skyldes at slike symptomer kan være et resultat av fødselen og det å ha fått omsorgsansvaret for et nyfødt barn.

EPDS er et validert instrument som er lett å bruke, og som derfor vil kunne være nyttig til å kartlegge depresjon (18, 19). Den totale skåren varierer fra 0–30, og i henhold til EPDS-manualen (3) skal alle som skårer over tolv, følges opp.

Norske studier har vist at en grenseverdi på ti fanger opp alle som er

deprimerte, men at det også blir en betydelig del falske positive, altså at man fanger opp dem som ikke er deprimerte (18). En totrinnskartlegging, der to målinger og et intervju avgjør om det skal henvises videre, er blitt foreslått som en metode for å fange opp de som faktisk trenger hjelp, mer presist (20).

EPDS er ikke et diagnostisk verktøy, og ved høye skårer skal det henvises til videre utredning, som oftest via fastlegen. På tross av diskusjoner om grenseverdier er det stor enighet om at støttesamtalen i etterkant av kartleggingen er avgjørende for hva som skal gjøres videre (21, 22).

Konsekvensene av en fødselsdepresjon kan bli svært alvorlige og gå ut over barnas sosiale og emosjonelle utvikling, men kan reduseres ved behandling (4, 23). Siden tidlige intervensjoner er mest effektive, vil det være viktig å fange opp nedstemthet hos mødre så raskt som mulig.

Hensikten med studien

I Trondheim kommune ble EPDS etablert som rutine ved seksukerskontroll og nedfelt i Plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2015–2018, og evaluering av bruken av kartleggingsverktøyet er et av tiltakene skissert i planen for 2019–2022 (24).

Hensikten med studien vår var å undersøke hvordan helsesykepleiere opplever å bruke EPDS som et universelt kartleggingsverktøy.

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer påpeker at det bør være rutiner for å kartlegge fødselsdepresjon (25), men det er i dag ingen universell kartlegging i Norge. Det er heller ikke spesifisert hvordan kartleggingen bør foregå.

Tidlig kartlegging er viktig for å forhindre negative konsekvenser hos mor og barn (1) og i ytterste konsekvens forebygge selvmord (26). Nytteverdien ved å bruke EPDS er avhengig av at fagpersonen er komfortabel med å kartlegge depressive symptomer på denne måten (22).

Denne studien ønsker å utdype hvordan det oppleves å benytte verktøyet som et ledd i obligatorisk kartlegging av fødselsdepresjon.

METODE

Design og utvalg

Studien har en kvalitativ tilnærming med semistrukturerte intervjuer.

Utvalget besto av åtte helsesykepleiere, der flertallet hadde flere års erfaring med å kartlegge fødselsdepresjon. Erfaring med å bruke EPDS var et inklusjonskriterium, og alle informantene hadde fått opplæring i å bruke instrumentet.

Det var stor variasjon i hvor lenge de hadde jobbet som helsesykepleier. En hadde jobbet i underkant av tre år, mens den med lengst erfaring hadde nærmere 40 års erfaring.

Datainnsamling

Rekrutteringen foregikk i samarbeid med Trondheim kommune gjennom en kontaktperson som delte informasjon om prosjektet til enhetslederne og fagledere i fire bydeler. Vi fikk navn på helsesykepleiere som kunne tenke seg å delta.

Disse ble kontaktet og fikk tilsendt informasjonsskriv, og to helsesykepleiere fra hver av de fire bydelene ble intervjuet i løpet av høsten 2017. I forkant av intervjuene diskuterte vi hvordan vi best mulig kunne håndtere vår egen forforståelse for temaet mental helse for å unngå å stille ledende spørsmål.

Intervjuguiden hadde overordnede spørsmål i tillegg til flere utdypende oppfølgingsspørsmål: «Kan du fortelle meg litt om hvordan du arbeider med kartlegging av nedstemthet hos nye mødre?», «hvordan opplever du det er å gjøre en slik kartlegging?» og «kan du gi et eksempel på en situasjon […]».

Vi la vekt på å få frem størst mulig variasjon knyttet til både positive og negative erfaringer med kartlegging. Intervjuet ble tatt opp på diktafon, og det ble transkribert til skriftlig form ord for ord (verbatimt). Andre- og tredjeforfatterne utførte intervjuene og transkripsjonene, mens alle tre forfatterne deltok i analysene.

Etiske overveielser

Studien ble meldt inn til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (prosjektnummer 54814). Vi fjernet direkte identifiserende informasjon fra transkripsjonene og fulgte retningslinjene for oppbevaring og sletting av informasjon. Samtykkeerklæringer ble innhentet skriftlig.

Vi understreket både i informasjonsskriv som ble sendt på e-post, og på det fysiske møtet i forbindelse med intervjuet at det var frivillig å delta, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Videre opplyste vi om at det ikke ville være mulig å trekke samtykket etter at anonymiseringsprosessen var avsluttet.

Analyse

Tematisk analyse ble benyttet for å analysere datamaterialet. Det er seks steg i tematisk analyse (27), der det første gikk ut på å gjøre seg godt kjent med datamaterialet ved hjelp av grundig gjennomlesning av alle intervjuene flere ganger. Steg to besto av innledende koding, der tekstsegmenter ble gitt merkelapper.

I steg tre søkte vi etter temaer ved å gjennomgå kodene fra steg to. Tabell 1 viser et utdrag av analysene. I steg fire evaluerte vi temaene for å undersøke om de måtte deles opp, slås sammen eller forkastes. I det femte steget identifiserte vi essensen av hva hvert tema omhandlet, mens det siste steget var rapportskrivingen (27).

Temaene som kom frem i analysen, var følgende:

- Kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen
- Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»

Tabell 1. Analyseprosessen

Transkripsjon	Innledende kode	Tema
Det er lettere å komme inn på tema når du på en måte har den der agendaen om at dette her er noe vi gjør til alle […] Så det kom vel før også, men kanskje ikke så systematisk.	Enklere når det er noe som gjøres hos alle	Ufarliggjøring
Jeg lar meg bli overrasket noen ganger. Tenker at det er ikke fordi jeg føler meg naiv eller trangsynt, men jeg tenker at jøss, her var det litt annerledes enn hva jeg hadde en følelse av.	Uventet resultat	Fanger opp det mageføelsen ikke gjør

- Fanger opp det mageføleIsen ikke gjør
- Klinisk skjønn som et tilleggsverktøy

RESULTATER

I presentasjonen av resultatene fra analysen har vi navngitt de ulike helsesykepleierne med pseudonym for økt transparens.

Kartlegging setter mors psykiske helse på dagsordenen

Samtlige informanter syntes implementeringen av kartleggingsverktøyet EPDS hadde rammet inn og gjort det lettere å ta opp temaer knyttet til mors psykiske helse, både som et stoppested i løpet av møtene med den nybakte mammaen, og som et dybdedykk i mors psykiske helse.

Følgende sitat beskriver opplevelsen av at EPDS setter mors psykiske helse på dagsordenen:

«Det kan jo være ting både helsestasjonslegen og helsesøster [helsesykepleier] overser som kommer frem i det der materialet [EPDS]. Pluss at det gjør det [...] setter det på dagsordenen det at det prates om psykisk helse.» (Klara)

Flere påpekte at EPDS setter en ramme for samtalen, at man holder seg til temaet og sikrer at psykisk helse ikke blir glemt. EPDS skaper et rom for uforstyrret oppmerksomhet på mors psykiske helse, uavhengig av barnets utslett og eventuelle vaksiner.

Ved at psykisk helse settes på dagsordenen, og at helsesykepleieren får komme på banen tidligere i forløpet, opplevde helsesykepleierne at de i større grad kom i posisjon til å forebygge nedstemthet:

«Jeg tenker kanskje det å, å bare sette ord på det og prate om det, at det kan være en bra ting, da. Om det forebygger eller ikke, men [...] I hvert fall at det skal være lett å ta det opp da. At det ikke skal være en sånn terskel, at nei, vi snakker ikke om sånne ting for dette her handler kanskje bare om meg.» (Agnes)

Kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen bryr seg om mors psykiske helse, og at denne omsorgen kan bidra til at moren kanskje får en lavere terskel for å be om hjelp:

«Jo altså jo, på en måte så åpner du opp for ting. Det tror jeg kan være nyttig at mor ser at ei helsesøster [helsesykepleier] kan åpne opp for å være litt opptatt av hvordan jeg har det. At det er lettere å komme tilbake siden og ta opp ting. For det er nok mange som ikke vet hva vi står for på helsestasjonen. Det er bare barnet. Og når vi da også er opptatt av helsen til mor også, og far. At det har mye å si, det tror jeg.» (Anna)

Ufarliggjøring gjennom at «alle får det»

Majoriteten trakk frem fordelen ved at kartleggingen var forankret i helsesykepleiernes arbeidsoppgaver, og at det derfor ble enklere å presentere temaet psykisk helse for mor.

> **«Siden tidlige intervensjoner er mest effektive, vil det være viktig å fange opp nedstemthet hos mødre så raskt som mulig.»**

At de samme spørsmålene skal stilles til alle, gjorde at det opplevdes mindre utfordrende i samtalesituasjonen: «Jeg synes det er fint at det er noe sånn helt standard som alle skal igjennom på alle språk.» (Fredrikke)

Den klare forventningen til at helsesykepleieren skal sette av tid til å kartlegge, gjorde at rammene rundt kartleggingen ble strukturert, og det opplevdes trygt at dette var et fast innslag som alle skulle gjennom:

«Og så tror jeg jo det at sånn veldig tydelig føring på når vi skal ta opp ting, gjør at det blir gjort, så når vi holder fast ved psykisk helse på seksukerskontrollen, at det ikke bare er et spørsmål som skal ligge ved bestandig, for da kanskje det fort drukner i brukerens ønsker.» (Louise)

Terskelen for å bringe temaet på bane ble lavere siden alle mødrene skulle kartlegges, og derfor klarte de å fange opp flere. Det at terskelen ble lavere, belyses i følgende sitat:

«Det er lettere å komme inn på tema når du på en måte har den der agendaen om at dette her er noe vi gjør til alle [...]. Så det kom vel før også, men kanskje ikke så systematisk. Da var det mer at vi, hvis du så noe du stusset på. Mens nå er det jo på en måte litt mer systematikk, for du prater med alle om det da.» (Ellinor)

Fanger opp det mageføleIsen ikke gjør

Flere hadde en opplevelse av at implementeringen av EPDS har ført til en erkjennelse av at mageføleIsen og klinisk skjønn er et viktig aspekt ved jobben, men at mageføleIsen i enkelte situasjoner ikke er tilstrekkelig.

Flere påpekte at man ikke nødvendigvis klarer å avdekke nedstemthet og depresjon i samtaler med mor, og at EPDS kan være et godt hjelpemiddel.

Tidligere vurderte de om de skulle kartlegge nedstemthet basert på hvilken mageføleIse de satt med i samtalen med mor, men at de nå etter at EPDS ble innført, kartla alle for nedstemthet, uansett.

Dette sitatet fra en erfaren helsesykepleier beskriver godt hvordan hun opplevde at mageføleIse og sansing ikke alltid er nok til å avdekke nedstemthet hos mor:

«Jeg lar meg bli overrasket noen ganger. Tenker at det er ikke fordi jeg føler meg naiv eller trangsynt, men jeg tenker at jøss, her var det litt annerledes enn hva jeg hadde en følelse av. Og det å kanskje bli litt bevisst, det at det kanskje ikke er like lett å se alltid, og det er ikke alltid vi kan se igjennom alle, kan jo ikke skjønne alle, og vi har veldig ulike uttrykksmåter, så det er ikke sikkert jeg catcher dem. Så jeg tenker at det [EPDS] kan jo være med og hjelpe oss litt på det.» (Louise)

Mange tematiserte også tilfeller der de hadde opplevd at mageføleIsen sviktet, og at kartleggingen ved hjelp av EPDS hadde vært essensiell. Da en av helsesykepleierne fikk spørsmål om å gi et eksempel på en slik situasjon, beskrev hun følgende:

«Hun smilte og [...] du ser jo veldig ofte, sant, om folk har det greit eller ikke. Så, og da ble jeg veldig overrasket, og den hadde gått helt forbi meg altså, hadde jeg ikke tatt EPDS der, så hadde jeg tenkt at du har det fint, og dere har det fint, og her er det bare velstand.» (Inger)

En annen helsesykepleier beskrev også opplevelser med at sin egen mageføleIse hadde sviktet, og at hun uten EPDS ikke ville klart å avdekke nedstemthet eller depresjon hos mor:

«Jeg har vel tenkt et par ganger at [...]

jeg har fått litt sånn hakeslepp. Å! Når vi har fylt ut sånn skjema, EPDS-skjema. Fordi jeg har da tenkt at her sitter det en mor som er blid, smilende og har det veldig tilsynelatende [...] ingenting. Og så har de fylt ut skjemaet og så sitter jeg med et hakeslepp. Oi, du har det ikke noe bra. Sånn at det har vært et hjelpemiddel. Kanskje det også har vært lettere for dem selv å krysse ut enn å si det.» (Anna)

Klinisk skjønn som et tilleggsverktøy

Felles for informantene var deres opplevelse av at de kan «føle det på seg», eller se på mor når hun ikke har det bra, og at denne mageføelelsen i stor grad hadde preget hvordan de la opp samtalen rundt kartleggingen. Flere trakk frem situasjoner der resultatet fra EPDS hadde vist at mor ikke var nedstemt, men at mageføelelsen sa det motsatte:

«Man hører litt hvor de ligger hen, og da kan det jo være sånn at de har skåret lavt, men likevel så har du jo oppfattet, kanskje før, eller etterpå, at de har, at du tenker at her er det noe annet. Det er ikke helt greit selv om de har skåret lavt, sant.» (Dagny)

Etter at moren har fylt ut EPDS-skjema, er det helsesykepleierens oppgave å vurdere oppfølging. I slike sammenhenger brukte de ofte mageføelelsen eller klinisk skjønn:

«Selv om de skårer lavt også, så kan man jo gjennom samtale se at det er litt tyngre materie, altså du, det kan jo slå begge veier. At du kan tenke at ja, men det her er jo ikke så alvorlig, at det her har en enkel forklaring. Men så kan du jo ha de som skårer kanskje ikke så mye, men når du går gjennom, så blir du litt bekymret likevel.» (Ellinor)

Felles for de fleste helsesykepleierne var at de ikke fulgte grenseverdiene slavisk, men at vurderingen om videre oppfølging og tiltak også var basert på mageføelelse og klinisk skjønn.

DISKUSJON

Det kan være flere årsaker til at det er utfordrende å ta opp temaet psykisk helse overfor nybakte mødre. Arbeidspress og tidsmangel er viktige barrierer (13), mens andre vegrer seg for å ta opp temaet (14).

Helsesykepleierne i denne studien opplever at de gjennom rutinemessig kartlegging med EPDS kommer i en bedre posisjon til å ivareta mødrenes psykiske helse, og dermed bidra til å forebygge en negativ utvikling hos barnet.

Fordelene med å bruke EPDS som ble identifisert i denne studien, samsvarer med andre studier, som fant at bruk av EPDS bidrar til å fokusere på mors mentale helse og interaksjon med barnet og gir større bevissthet blant foreldrene om at helsestasjonen også ivaretar foreldrene, ikke bare barnet (16).

Helsepersonell er redde for å fornærme noen

Helsesykepleiere opplevde en ufarliggjøring gjennom at «alle får det», og at det derfor blir enklere å tematisere psykisk helse med mor. Det at helsepersonell er redde for å fornærme eller skape ubehag hos moren, er ofte en barriere mot å ta opp et tema knyttet til mental helse (14).

En universell kartlegging av alle mødre ser ut til å redusere den barrieren for informantene. Den universelle kartleggingen gir tydelige forventninger knyttet til arbeidsoppgavene deres, som igjen fører til at rammen rundt kartleggingen blir strukturert.

Universell kartlegging vil kunne være med på å styrke kartleggingen og føre til at flere mødre med depresjonssymptomer fanges opp tidlig. Morens utfordringer blir mer synlige for henne når hun selv må besvare skjemaet, og kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen er interessert i hennes psykiske helse.

Denne bevisstheten kan føre til at hun får en lavere terskel for å be om

«Kartleggingen gjør moren bevisst på at helsestasjonen bryr seg om mors psykiske helse.»

hjelp. Også andre studier har lagt vekt på at terskelen for å be om hjelp ved rutinemessig kartlegging med EPDS, blir lavere (16), og lavere terskel for å be om hjelp vil være verdifullt da mødre ofte opplever det som skamfullt å være nedstemt i barseltiden (1).

Friske kan bli kategorisert som deprimerte

Rutinemessig kartlegging kan potensielt ha negative sider, blant annet ved at man risikerer å kategorisere friske mødre som deprimerte (15).

Samtlige helsesykepleiere i studien oppgir at de har en opplevelse av at de kan se det på moren når hun ikke har det bra, og at klinisk skjønn er avgjørende for hvordan de velger å ivareta mors psykiske helse.

En del av helsesykepleierne gir eksempler på situasjoner der EPDS har gitt en lav sumskår, men at de likevel har opplevd moren som nedstemt.

Helsesykepleiernes praksis samsvarer med forskning som påpeker at kartleggingen av nedstemthet ikke er en oppgave med en klar definert fasit, og at depresjon, som alle andre psykiske lidelser, ikke er en direkte verifiserbar lidelse som utelukkende kan måles ved hjelp av et standardisert verktøy som EPDS (11).

For å forhindre feilbehandling og unødvendig ressursbruk er det viktig at verdien av helsesykepleiernes kliniske skjønn trekkes frem. På den andre siden er magefølelsen og klinisk skjønn

«Mange tematiserte også tilfeller der de hadde opplevd at magefølelsen sviktet, og at kartleggingen ved hjelp av EPDS hadde vært essensiell.»

ikke alltid tilstrekkelig, og i slike situasjoner er EPDS et godt og viktig verktøy.

Samtalen med mor etter skåring er viktig

Informantene trakk frem at de etter EPDS-kartleggingen har en samtale der de går gjennom skårene med mor, og at denne samtalen etterpå er essensiell. Disse funnene understøttes av forskning som påpeker at det er viktig at det som kommer frem i samtalen etter kartleggingen, er med på å avgjøre hva som skal skje videre (3, 18).

Helsesykepleiernes opplevelser av at samtalen i etterkant er svært viktig, underbygges av forskning som peker på at EPDS kun gir en indikasjon på depressive symptomer, og at støttesamtalen er essensiell for å vurdere hvorvidt resultatene tilsier en fødselsdepresjon (22).

Cox (22) vektlegger at det er viktig at de som bruker verktøyet, er komfortable med å bruke det. Obligatorisk kartlegging innebærer at ekstra arbeidsoppgaver kommer i tillegg til andre oppgaver i en travel arbeidshverdag.

Felles for helsesykepleierne i studien er deres opplevelse av at EPDS er et godt verktøy som gjør det lettere å bringe inn temaer knyttet til mors psykiske helse. Dette funnet samsvarer med andre studier (19), selv om vi hadde forventet at det også ville være negative opplevelser knyttet til for eksempel tidspress (13).

Informantene hadde ingen negative erfaringer fra arbeidet med kartleggingen. Tilstrekkelig opplæring er avgjørende for en vellykket innføring av rutinemessig kartlegging (16). Alle informantene hadde fått opplæring, noe som kan bidra til å forklare fraværet av negative erfaringer.

Opplevelsen av at EPDS gir tydelige rammer, og at verktøyet gir en god struktur for kartleggingen av mors psykiske helse, er et sentralt funn i studien. Innvendinger mot rutinemessig kartlegging av

Sykepleien Forskning er på Facebook

Følg eller lik oss på Facebook, så holder du deg oppdatert på den nyeste sykepleieforskningen

QR-KODE

Skann koden og kom rett til Sykepleien Forskning på Facebook.

facebook.com/SykepleienForskning

fødselsdepresjon vektlegger ofte uenigheter omkring cutoff-skårer og faren for feilaktig å kategorisere noen som deprimert (15, 20).

Funnene fra denne studien tyder på at helsesykepleiernes bruk av klinisk skjønn er viktig i situasjoner der instrumentet ikke fanger opp depresjon hos moren, og at rutinemessig kartlegging ved hjelp av Edinburgh-metoden bidrar til større oppmerksomhet på mental helse ut over selve kartleggingen av depresjon.

Metodediskusjon

Siden vi med vår psykologiske bakgrunn har en grunnholdning om at det er svært viktig å fokusere på fødselsdepresjon, diskuterte vi i forkant av intervjuene hvordan våre oppfatninger av tematikken, altså forforståelsen, kunne påvirke resultatene.

Under intervjuene spurte vi derfor om negative opplevelser knyttet til kartleggingen og søkte aktivt i analysene for å finne eksempler som gikk imot resultatene. En gjennomføring av et semistrukturert intervju vil ikke være ufeilbarlig. Flere feilkilder, som for eksempel et ønske om å framstille seg positivt, er til stede.

Kun åtte helsesykepleiere ble intervjuet, og vi kan ikke utelukke at et større utvalg ville gitt større variasjon i opplevelsene deres. At kartleggingen er universell og nedfelt i planen for kommunen, kan ha påvirket resultatene, og kommunens deltakelse i rekrutteringen kan ha gjort at informantene ikke følte de hadde tilstrekkelig konfidensialitet.

På tross av begrensningene ser vi at funnene samsvarer meget godt med liknende studier gjort på EPDS i Norge (19), noe som støtter opp om gyldigheten av studien.

KONKLUSJON

Helsesykepleierne opplevede at EPDS var en god ramme for å kartlegge fødselsdepresjon, men også for å sette søkelyset på mors psykiske helse generelt.

Innføring av obligatorisk kartlegging har gjort at de i større grad kan basere sine vurderinger på mer enn bare klinisk skjønn, noe som bidrar til at de identifiserer flere som har behov for hjelp.

Samtidig har funnene belyst at det er viktig at helsesykepleiere ikke frigjør seg fra mageføelsen og klinisk skjønn, da EPDS ikke alltid evner å avdekke alle tilfeller av nedstemthet hos mødre. Rutinemessig kartlegging med EPDS ser ut til å redusere barrierer mot å ta opp temaer knyttet til mental helse for helsesykepleierne.

REFERANSER

1. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014;3:297–301.
2. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. International Review of Psychiatry. 1996;8(1):37–54.
3. Cox J, Holden J, Henshaw C. Perinatal mental health: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual. 2. utg. London: Royal College of Psychiatrist Publications; 2014.
4. Slinning K, Eberhard-Gran M. Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I: Moe V, Slinning K, Hansen MB, red. Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010. s. 323–46.
5. Eberhard-Gran M, Slinning K. Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt; 2007.
6. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2000;20(5):561–92.
7. Junge C, Garthus-Niegel S, Slinning K, Polte C, Simonsen TB, Eberhard-Gran M. The impact of perinatal depression on children's social-emotional development: a longitudinal study. Maternal and Child Health Journal. 2017;21(3):607–15.
8. Liu Y, Kaaya S, Chai J, McCoy D, Surkan P, Black M, et al. Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. Psychological Medicine. 2017;47(4):680–9.
9. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. Clinical Child and Family Psychology Review. 2011;14(1):1–27.
10. Dåvøy GM. Skjønn er evident. Klinisk Sygepleje. 2007;21(3):21–8.
11. Skard HK. Et vitenskapelig skjønn. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2017;54(3):294–300.
12. Eells TD, Lombart KG, Kendjelic EM, Turner LC, Lucas CP. The quality of psychotherapy case formulations: a comparison of expert, experienced, and novice cognitive-behavioral and psychodynamic therapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2005;73(4):579.
13. Noonan M, Galvin R, Doody O, Jomeen J. A qualitative metasynthesis: public health nurses role in the identification and management of perinatal mental health problems. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(3):545–57.
14. Higgins A, Downes C, Monahan M, Gill A, Lamb SA, Carroll M. Barriers to midwives and nurses addressing mental health issues with women during the perinatal period: the mind mothers study. Journal of Clinical Nursing. 2018;27(9–10):1872–83.
15. Harris L. Screening for perinatal depression: a missed opportunity. The Lancet. 2016;387(10018):505.
16. Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. «It's about focusing on the mother's mental health»: screening for postnatal depression seen from the health visitors' perspective – a qualitative study. Scandinavian Journal of Public Health. 2009;37(3):239-45.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. The British Journal of Psychiatry. 1987;150(6):782–6.
18. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Schei B, Opjordsmoen S. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: validation in a Norwegian community sample. Nordic Journal of Psychiatry. 2001;55(2):113–7.
19. Glavin K, Ellefsen B, Erdal B. Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. 2010;27(3):255–62.
20. Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M. Screening for postnatal depression – a summary of current knowledge. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014;134(3):297–301.
21. Ben-David V, Jonson-Reid M, Tompkins R. Addressing the missing part of evidence-based practice: the importance of respecting clinical judgment in the process of adopting a new screening tool for postpartum depression. Issues in Mental Health Nursing. 2017;38(12):989–95. DOI: 10.1080/01612840.2017.1347221
22. Cox J. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): a ten point 'survival analysis'. Archives of Women's Mental Health. 2017;20(6):789–90.
23. Cuijpers P, Weitz E, Karyotaki E, Garber J, Andersson G. The effects of psychological treatment of maternal depression on children and parental functioning: a meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry. 2015;24(2):237–45.
24. Trondheim kommune. Temaplan. Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Trondheim kommune 2019–2022. Tilgjengelig fra: https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/04-helse-og-velferd/jordmor/temaplan---svangerskaps--fodsels--og-barselomsorgen-i-trondheim-kommune-2019---2022.pdf (nedlastet 23.04.2020).
25. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. IS-1561. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:961cda6577d48345aa0d6fe9642b6b6acc2a6506/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf (nedlastet 16.04.2020).
26. Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. Archives of Women's Mental Health. 2005;8(2):77–87.
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77–101.
28. Brennan PA, Hammen C, Andersen MJ, Bor W, Najman JM, Williams GM. Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5. Developmental Psychology. 2000;36(6):759.
29. Netsi E, Pearson R, Murray L, Cooper P, Craske M, Stein A. The long term course of persistent and severe postnatal depression and its impact on child development. JAMA Psychiatry. 2017;75(3):247–53.
30. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A, Spieker SJ, Mohan R, Blessing JS. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. Development and Psychopathology. 2004;16(2):231–52.

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Rutinemessig kartlegging av fødselsdepresjon setter psykisk helse på dagsordenen

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

HOVEDBUDSKAP:
Helsesykepleiere er voksne og fortrolige personer som kan komme tett på elever. De har derfor en unik mulighet til å tidlig fange opp ungdommer som ruser seg. Men helsesykepleiere må få oppdatert kunnskap om ungdommers rusbruk. Kompetanse og kompetanseutvikling må settes i system.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2019.79635

NØKKELORD:
Rusmiddel • Kompetanse • Hasjavvenning • Kjentmann

Slik kan helsesykepleiere hjelpe ungdom som ruser seg

Elever har fått mer liberale holdninger til bruk av cannabis. Vi må derfor stille oss spørsmålet: Snakker helsesykepleiere nok med ungdommer om rus?

FORFATTER

Elin Storvik-Olsen
Helsesykepleier, Karlsrud helsestasjon – skolehelsetjenesten, Lambertseter

Ung data undersøkelsen (1) viser at det har skjedd en økning i bruk av hasj og marihuana blant ungdom. Fra 13 prosent i 2015 til 16 prosent blant gutter på ungdomsskolen i 2018. Blant jentene på ungdomsskolen har det økt fra 8,7 prosent til 9,3 prosent i samme periode. Og siste året på videregående skole har 24 prosent av guttene og 13 prosent av jentene prøvd hasj eller marihuana. Andelen som har blitt tilbudt hasj og marihuana har også økt de siste tre årene (1).

Vi vet at bruk av hasj og marihuana kan gi økt risiko for psykiske lidelser og økt risiko for å avbryte utdanningen på videregående skole (2).

At elever har begynt å få liberale holdninger til bruk av cannabis gjør at vi må stille oss spørsmålet: Snakker helsesykepleiere nok med ungdommen om rus?

DE UNGE PÅVIRKER HVERANDRE

Cannabis er blitt mer vanlig, sosialt akseptert og synlig på offentlige steder som bakgårder, utesteder og på skoler (3). Flere hevder at THC-verdiene i cannabis er høyere enn før (8).

Tenåringshjernen er under utvikling helt frem til midten av 20-årene, hvilket gjør at de ikke alltid klarer å tenke hvilke konsekvenser handlingene deres vil få (4).

Ungdom som har begynt å ruse seg, kan oppleve at det ikke er så lett å komme seg ut av det på egen hånd. Ofte kan det være gruppepress og spenning som gjorde at de begynte å teste ut rus. (5) Påvirkning fra jevnaldrende har stor betydning for utvikling av holdninger til bruk av rusmidler, og rusdebut. Ungdommer kan romantisere og idealisere bruk av illegale stoffer (8).

ELEVENE ØNSKER TILTAK

Kompetansesenter KoRus Oslo har utarbeidet en kartlegging i Trondheim om rustrender til hjelpepersonell (9). Hovedfunnene viser at det er en økning i bruk av cannabis og MDMA. Flere unge bruker og selger cannabis regelmessig, og personer i hjelpeapparatet opplever en økning i etterspørselen etter helsehjelp (9).

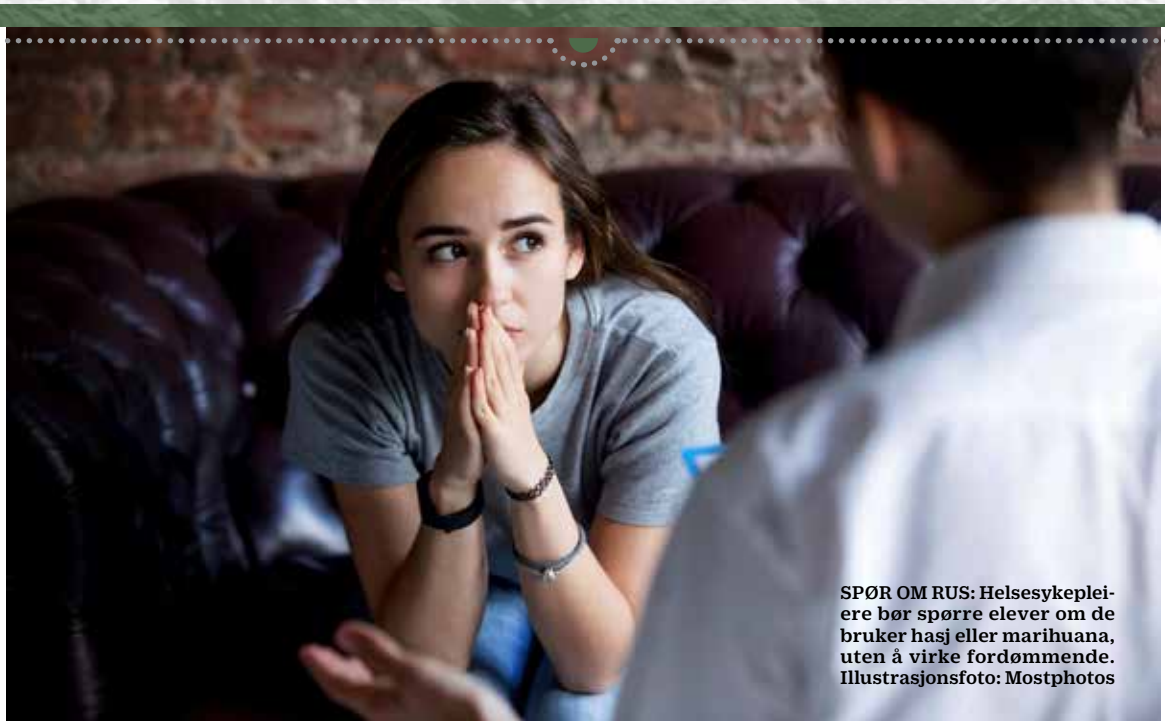
Det er kommet en revidert veileder om rusforebyggende arbeid i skolen (7). I den står det at elevene ønsker generelle rusforebyggende tiltak for å få et godt skolemiljø. De ønsker tillit og trygge relasjoner mellom elever og voksne. Elevene vil at voksne skal ha et åpent sinn, at de bryr seg, lytter og viser omsorg.

HELSESYKEPLEIERE KAN BIDRA

Hvorfor bør akkurat helsesykepleiere kunne mer om cannabis? Helsesykepleiere er voksne og fortrolige personer som kan komme tett på elevene. De har derfor en unik mulighet til å tidlig fange opp ungdommer som ruser seg.

Hvem er disse ungdommene? Jeg som helsesykepleier opplever at ungdom som ruser seg kommer fra alle ulike sosiale miljøer, uavhengig av religion eller bakgrunn eller utdannelse.

En helsesykepleier kan være en viktig støttespiller for ungdommene på skolen og på helsestasjon for ungdom. De unge oppholder seg mye på skolen og helsesykepleierne har mulighet til å få en relasjon til elevene (5).



SPØR OM RUS: Helsesykepleiere bør spørre elever om de bruker hasj eller marihuana, uten å virke fordømmende. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

I våre nye nasjonale retningslinjer (2) skal vi jobbe helsefremmende og forebyggende. Det står også at skolehelsetjenesten bør samarbeide med skolen om planer og tiltak for å forebygge bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler.

Helsesykepleiere kan si noe om aktuelle temaer som ungdom kan komme for å snakke med skolehelsetjenesten om. Det kan for eksempel være prevensjon, hjelp til å slutte med snus eller marihuana, eller å sette grenser for egen kropp. Det

> **«Elever ønsker at voksne har et åpent sinn, at de bryr seg, lytter og viser omsorg.»**

å være synlig i klasserommet – og tørre å snakke om psykisk helse og rus er viktig for det forebyggende arbeidet med ungdom (12).

SPØR ELEVENE OM RUS

Vi bør spørre ungdommer om bruk av rusmidler. Om ungdommene opplever at det er rutine å bli spurt om cannabis vil de kunne få mer tillit og mulighet til å fortelle om det til oss. Ungdommene vil også oppleve at vi i skolehelsetjenesten har kompetanse på dette.

Det at vi kjenner miljøet de er i, gjør at vi lettere kan hjelpe. Ofte deler de erfaringer med venner eller klassekamerater, og kan oppsøke skolehelsetjenesten for råd og støtte. Det å lære om kroppens reaksjoner når man ruser seg er nødvendig (7).

GI BESKJED TIL SKOLEN

I våre nasjonale retningslinjer står det at skolehelsetjenesten bør ha et systemrettet samarbeid med skolen for å bidra til å sikre at elevene får et godt fysisk og psykososialt miljø. Det står også at helsesykepleiere bør ta initiativ til et slikt samarbeid. Når en helsesykepleier oppdager at det er mye cannabisbruk blant elevene, kan det være greit å gi tilbakemelding til skolen om dette, og samtidig sikre at taushetsplikten blir ivaretatt (3).

VIS DEG FREM

Helsesykepleier kan undervise elever og lærere. De kan arrangere temakvelder for foreldrene, hvor ungdom kan komme med erfaringsopplevelser og foreldrene kan få kjennskap til ungdomskultur og rus.

Det å bruke ungdata som virkemiddel på foreldremøter for å realitetsorientere foreldre, kan være et effektivt forebyggende tiltak på systemnivå (14). Det er viktig at helsesykepleiere er med på foreldremøter for å vise ansikt og dele kunnskap, slik at det blir lettere for foreldrene å ta kontakt med skolehelsetjenesten (3, 14).

NYTTIG KUNNSKAP

Mange helsesykepleiere jobber både i skolehelsetjenesten og på helsestasjon for ungdom. De møter gjerne igjen tidligere elever som kommer tilbake for å snakke, da relasjonen allerede er der.

Helsesykepleiere kjenner ofte til hvordan bydelene fungerer og hvem som kan hjelpe til, og hvilke hjelpeinstanser elevene bør henvises til. På flere skoler er skolehelsetjenesten utvidet med psykolog og sammen kan de bidra til å hjelpe ungdommene (11, 12).

HVA ER HAP?

HAP er et program om hasjavvenning til dem som vil slutte, trappe ned eller ta en pause fra cannabis. Det er et kurs over fire dager via uteseksjonen i Oslo for hjelpere. Manualen bygger på forskning, klinisk erfaring og tilbakemeldinger fra brukere av cannabis (8).

Denne manualen kan brukes som individuell hasjavvenning og kan være et godt verktøy til helsesykepleiere som vil hjelpe ungdom med å slutte, trappe ned eller ha pause fra cannabis. Det finnes også en app som er et hjelpemiddel for dem som vil slutte med cannabis.

JEG BLE TRYGGERE

Etter å ha deltatt på et hasjavvenningskurs (HAP) med Uteseksjonen i Oslo, ble jeg tryggere på å ta opp temaet rus med ungdom på videregående skole og på helsestasjon for ungdom.

Når jeg stiller spørsmål om rus og undrer meg sammen med ungdommene, får jeg kjennskap til deres holdninger og verdier. Ofte kan det være rus som ligger bak de psykiske vanskene og flere selvmedisinerer seg ved å bruke hasj og marihuana. (4)

FAKTA

Hva er cannabis?

Cannabis er et stoff som produseres fra cannabisplanten. Planten inneholder en lang rekke substanser som har fellesbetegnelsen cannabinoider. Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) er et cannabinoid med psykoaktive virkninger. Det er dette stoffet som i hovedsak gir rus ved bruk av cannabis.

Marihuana dannes fra tørkede planteprodukter mens hasj består av plantesaften fra de blomstrende toppskuddene presset sammen med andre deler av plantematerialet.

Cannabis er det mest brukte illegale narkotiske stoffet i Norge. Den vanligste inntaksmåten for cannabis er røyking.

Kilde: Nhi.no Norsk helseinformatikk

SAMARBEID ER NØDVENDIG

For å kunne gi ungdommen riktig hjelp er det nødvendig å samarbeide med andre (9). Det kan være foreldre, lærere, BUP, DPS, rådgivere, barnevern, ruskonsulenter i de forskjellige bydelene, helsestasjon for ungdom eller fastlege. Det å få samtykke til å samarbeide kan være en utfordring, men ved å gi det tid og etter noen samtaler, ønsker ungdommen det ofte selv (12).

LÆRER OM ABSTINENSER

HAP-programmet gir informasjon om hvordan kroppen reagerer med THC i kroppen og når det trappes ned.

Det at ungdommen får informasjon om hvordan kroppen reagerer fysisk og psykisk, gjør at de kan takle å komme seg gjennom abstinenser. Ungdommene vet at de vil svette og få søvnproblemer, og da blir det mer forutsigbart og de er forberedt.

Scoringsskjema kan brukes til å se bedring eller forverring av symptomene (8). Disse scoringsskjemaene kunne helsesykepleiere hatt i journalen, så det blir lettere å dokumentere.

Det er lang ventetid for å få delta på hasjavvenningskurs for hjelpere, og ofte må det begrunnes hvor relevant det er for arbeidsplassen. Kunne vi fått dette inn i utdanningen til helsesykepleiere? Da ville alle helsesykepleiere fått lik kompetanse, og det ville ikke vært så tilfeldig som det er per i dag.

PÅ LAG MED EN «KJENTMANN»

Flere lærere og rådgivere, miljøkontakt og utekontakt har kjentmannkompetanse (6).

Kjentmannkompetanse gjør at man lettere skal kjenne tegn og symptomer på ungdom som har inntatt rusmidler. «Kjentmann» har til hensikt å styrke arbeidet med rusrelaterte problemstillinger. Målet er at de ansatte ved skolene skal få økt kompetanse, slik at de kan oppdage rusbruk og gripe inn så tidlig som mulig.

Det står skrevet i KoRus at helsesykepleiere er viktige samarbeidspartnere for «Kjentmann», men erfaringsmessig anbefales det ikke at en helsesykepleier er kjentmann fordi hun eller han ofte er tilegnet andre oppgaver på skolen (6).

Det er en forventning fra samarbeidspartnere at helsesykepleiere også bør ha kunnskap om rus. Det at flere samarbeidspartnere har kompetanse gjør at vi kan dra nytte av hverandre og jobbe forebyggende som et team (9,10). At ungdommene vet at både lærerne, miljøarbeiderne og helsesykepleierne har kunnskap og kan gjenkjenne tegn på rus på skolen, kan gjøre at færre vil ruse seg (6).

FORUM FOR FAGFOLK

Uteseksjon i Oslo har et nettverksforum for rus. Her kan helsesykepleiere, ruskonsulenter og utekontakter møtes og snakke om faglige temaer, utveksle erfaringer, diskutere og få veiledning. Vi har også Salto (Sammen for et bedre Oslo) som er en samarbeidsmodell i regi av Oslo kommune og Oslo politidistrikt for å forebygge kriminalitet og rusmisbruk blant unge.

Det er en koordinator i hver bydel som inviterer helsesykepleiere, rådgivere, utekontakter og ansatte ved fritidsklubber til et møte et par ganger i året. Det å samarbeide tverrfaglig om rus, russetid og andre utfordring er viktig for det forebyggende arbeidet (9).

KONKLUSJON

At helsesykepleier som jobber med ungdommer har kompetanse om rus er nyttig i det forebyggende arbeidet, da det blir brukt mer hasj og marihuana enn før.

> **«En helsesykepleier kan være en viktig støttespiller for ungdommene.»**

Det at helsesykepleier markedsfører ruskompetanse på skolen, vil senke elevenes terskel for å ta kontakt med skolehelsetjenesten.

Helsesykepleier har mulighet til å tilby samtaler når elevene trenger støtte, motivere dem til å slutte, vise dem omsorg og ha en åpen dør ved nedtrapping og når de ønsker å slutte med cannabis.

Det kan også være at ungdommen må henvises videre eller at helsesykepleieren må ta kontakt med andre samarbeidspartnere som foreldre, fastlege, helsestasjon for ungdom, barnevern, ruskonsulenter og politi. Det å være flere hjelpere kan få ungdom til å bli sett, noe de trenger i denne tøffe perioden. Ved å gi støtte, heie på dem, vise omsorg og motivere dem, kan vi hjelpe de unge til å ta riktige avgjørelser.

Helsesykepleiere er tilgjengelige på ungdommens trygge

arena, og det gjør at vi kan stille spørsmål rundt dette med rus når de kommer med fysiske, psykiske, psykososiale eller seksuelle spørsmål eller plager. Helsesykepleiere må stille spørsmål om rus på en naturlig og ikke dømmende måte, og la det bli rutine når vi kartlegger elever med helseplager.

Det å kunne gjenkjenne elevers symptomer krever faglig oppdatering og kompetanse. HAP-programmet er et godt verktøy for helsesykepleiere på skolen, men det er også ressurskrevende, da det tar mye tid for helsesykepleier, som har mange andre oppgaver på skolen.

Rus er ofte sammensatt og det må ofte flere inn for å hjelpe elevene. Det er nødvendig å samarbeide med andre faggrupper for å hjelpe ungdommen på rett vei. At skolen har kjentmannkompetanse er også rusforebyggende arbeid. Det er nødvendig å jobbe på systemnivå med skolen og ha rusforebyggende dager for ungdommene, men også å realitetsorientere foreldre så de får både kunnskap og veiledning om hvor de kan henvende seg hvis de opplever at barnet deres ruser seg. Det å snakke om rus gjør at terskelen for å ta kontakt blir lavere.

Rusforum og arenaer hvor man kan samarbeide på tvers er nyttige for hjelpere, men også å dele erfaringer om hva slags hjelp som fungerer og hvordan det skal gjøres.

REFERANSER

1. Bakken A. Ung i Oslo 2018. NOVA-rapport 6/18. Oslo: NOVA; 2019. Tilgjengelig fra: https://static.sykepleien.no/sites/default/files/ny-nettutgave-ung-i-oslo-2018-18-juni-2018_5.pdf (nedlastet 15.04.2020).
2. Helgeland IM. Ungdom i alvorlig trøbbel – veier til forandring. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
3. Helsedirektoratet. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Nasjonal faglige retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og skoletjeneste og helsestasjon for ungdom. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
4. Jensen F, Nutt AE. Tenåringshjernen: Hjerneforskerens overlevelsesguide til livet med ungdom. Oslo: Pax forlag; 2017.
5. Langaard K. Profesjonelle samtaler med ungdom. Et utviklingsfremmende perspektiv. Oslo: Gyldendal; 2018.
6. KoRus – Oslo. Kjentmann [internett]. Oslo: KoRus – Oslo; 10.02.19. [oppdatert 19.04.2017; sitert 20.02.2019]. Tilgjengelig fra: https://www.korusoslo.no/
7. KoRus – Oslo. Rusmiddelforebygging i skolen [internett]. Oslo: KoRus – Oslo; 10.02.19. [oppdatert 19.04.2017].Tilgjengelig fra: https://www.korusoslo.no/rusmiddelforebygging-folkehelsearbeid/rusmiddelforebygging-i-skolen/
8. Velferdsetaten, Oslo kommune, Uteseksjonen i Oslo. Ut av tåka. Manual for individuell hasjavvenning. Oslo; 2014
9. KoRus – Oslo. Føre var Oslo 2019 [internett]. Oslo: KoRus; 10.02.19. Tilgjengelig fra: https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/KORUS-FøreVar_2019-digital.pdf
10. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-Norge. Oslo: Kommuneforlaget; 2007.
11. Hertz S. Børne og ungdomspsykiatri. København: Akademisk Forlag; 2009.
12. Olaisen K. Ungdom og utviklingsfremmende samtaler. Oslo: Nic waals institutt; 2007.
13. Olaisen K. Utviklingsfremmende samtaler med ungdom. Samhandling på tvers. Oslo: Kommuneforlaget; 2012.
14. Tetzchner SV. Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomspsykologi. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2002.
15. Bøkestad C. Festen i helga var mandagens «snakkis» – nå er avholdenhet kult. Oslo: Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: http://handling.forebygging.no/ (nedlastet 12.02.2019).

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

FAGARTIKKEL:

Slik kan helsesykepleiere hjelpe ungdom som ruser seg

Derfor skrev jeg denne artikkelen

Elin Storvik-Olsen

Helsesykepleier. Karlsrud helsestasjon – skolehelsetjenesten, Lambertseter

Jeg har skrevet en artikkel om ungdom og rus fordi jeg savnet mer kunnskap om temaet i jobben min som helsesykepleier på videregående skole og på helsestasjon for ungdom. Etter å ha jobbet elleve år i fagfeltet har jeg sett at det har skjedd en endring i holdningene til ungdom og deres rusvaner. Det å ha et rusproblem er blitt mer akseptert, og de er mer ukritiske til bruk av narkotiske stoffer.

Jeg tenker at alle sykepleiere vil kunne møte alle slags mennesker i jobben sin med pasienter eller brukere, også de som sliter med rusmidler eller deres pårørende.

Etter at jeg skrev artikkelen, ville jeg fortsette å arbeide med ungdommenes holdninger til rus. De trenger ofte å vite hvor de kan gå, hvem som kan hjelpe dem og gi de støtte, slik at de kan bli motivert til endringsarbeid.

I løpet av det siste året er det blitt ansatt flere ruskonsulenter ute i bydelene i Oslo. Å få til et samarbeid med dem, oppdage rusbruk og få til en god oppfølging av ungdommene som trenger det, er nødvendig i det forebyggende arbeidet.

Det «nye» forslaget om rusreform mener jeg også kan gjøre at flere ungdommer og andre vil tenke at det ikke er så farlig å prøve narkotiske stoffer, da det ikke får noen andre konsekvenser enn at stoffet blir tatt fra dem. Det kan gjøre at rus blir et enda større problem enn det er nå.

DRØMMESYKEHUSET: Pasienter med psykiske lidelser har fortalt hva som styrket deres psykiske helse under døgninnleggelse, og hva slags helsefremmende forbedringer de ønsker for fremtidens sykehus. Illustrasjon: Monica Hilsen

FORFATTER

Møt forskeren 74

Nina Helen Mjøsund
Forsker, Forsknings- og utviklingsavdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

NØKKELORD

Sykepleie · Helsefremming · Psykisk helse · Salutogenese · Psykisk lidelse · Kvalitativ studie

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.80478

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Helsefremming for å styrke psykisk helse har fått økende oppmerksomhet og er et viktig kunnskapsområde i sykepleie. I denne artikkelen undersøker jeg norske forhold og diskuterer fremtiden for sykepleiefaget. God psykisk helse er viktig for velvære og livskvalitet. En salutogen teoretisk tilnærming til helsefremming gir andre innsikter enn en patogen tilnærming til sykdomsforebygging.

Hensikt: Å få kunnskap om hva personer med psykisk lidelse synes har styrket deres psykiske helse under døgninnleggelse i psykisk helsevern, og om hva de mener kan være helsefremmende forbedringer i fremtidens sykehus.

Metode: Forskningstilnærmingen Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) ble benyttet. Jeg samlet inn data gjennom dybdeintervju av tolv strategisk utvalgte, tidligere innlagte pasienter i psykisk helsevern med alvorlige psykiske lidelser. Intervjuene ble transkribert og analysert hver for seg før all tekst ble analysert samlet.

Resultat: Pasientene beskriver drømmesykehuset som et husrom med en forutsigbar døgnstruktur og tydelig organisering, der det tilbys bredspektret, individuelt tilpasset omsorg og behandling, og der helsepersonell inngår i helsefremmende relasjoner med pasientene.

Konklusjon: Pasientene beskriver helsefremmende forhold ved innleggelse som har relevans for det sykepleiefaglige ansvaret. De opplever det som helsefremmende å få hjelp til grunnleggende menneskelige behov som søvn og mat gjennom en tydelig døgnstruktur og individtilpasset omsorg. Helse skapes i relasjonene til helsepersonellet. Pleie og omsorg i psykisk helsevern er viktig i pasientenes bedringsprosess og blir en kilde til bedre helse og mer velvære. Sykepleie til personer med psykiske lidelser bør revitaliseres fordi pasientene trenger det og opplever det som helsefremmende.

Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus

Pasientene drømmer om et husrom med en forutsigbar døgnstruktur og tydelig organisering, der de får individuelt tilpasset omsorg og behandling, og der helsepersonell inngår i helsefremmende relasjoner med dem.

Psykisk lidelse og psykisk helse er ikke to sider av samme sak. De er forskjellige fenomener, men kan påvirke hverandre. Vi kan ha mer eller mindre lidelse eller være helt friske. Psykisk helse, derimot, har vi alle, hele tiden, men kvaliteten kan oppleves forskjellig.

For å utvikle helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner trenger vi kunnskap fra flere perspektiver. Når målet er å styrke helsen, trenger vi kunnskap om hva som føles helsefremmende. I strategien «Mestre hele livet» anses god psykisk helse som en ressurs for velvære og livskvalitet (1).

Helsefremming for å styrke psykisk helse har fått en tydeligere plass i internasjonale og nasjonale anbefalinger de siste årene (2, 3). En reorientering av helsevesenet mot mer helsefremming og forebygging ble stadfestet i Ottawa-charteret allerede i 1986 (4) og var en reaksjon på den ensidige oppmerksomheten på sykdom og kurativ virksomhet. Behovet for helsefremming ble igjen understreket i Shanghai-deklarasjonen (5).

Definisjon av psykisk helsevern og helse

Psykisk helsevern defineres som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse samt pleien og omsorgen det krever (6). Sykepleiere har kompetanse på kompenserende tiltak når psykiske lidelser påvirker egenomsorgsferdigheter i hverdagslivet, og på det å mestre livet med lidelse eller sykdom.

Sykepleiere har kunnskap om kroppslige behov når sykdom og lidelse rammer. Samtidig kan sykepleiere mye om grunnleggende behov, helse og normalutvikling i et livsløpsperspektiv.

Synet på helse har endret seg siden Florence Nightingale (1820–1910) mente at god helse ikke bare var å føle seg vel, men også å gjøre god bruk av våre ressurser (7). I 1946 definerte Verdens helseorganisasjon (8) helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.

En dansk studie fra 2017 (9) fremhever at mental sunnhet er alt det som gjør livet verdt å leve. Da forstås altså ikke psykisk helse som fravær av sykdom eller psykisk lidelse, og dermed kan personer med alvorlig psykisk lidelse oppleve å ha god psykisk helse.

Hva er salutogenese?

Salutogenese er kunnskap om hva som bringer helse (10); *salus* betyr helse og *genese* opprinnelse. For å tilby en helhetlig pleie og omsorg til pasienter med psykiske lidelser trenger vi kunnskap om både helse og sykdom. En salutogen forståelse av helse er en styrkebasert og ressursorientert tilnærming.

Salutogenese kan komplementere sykdomskunnskap basert på patogenese. Antonovsky stilte det salutogene spørsmålet «hva bringer helse?». Hans svar var den salutogene helsemodellen, der helse beskrives som en bevegelse, et kontinuum (11). Salutogenese er introdusert som et teoretisk rammeverk for helsefremmende forskning og praksis (12).

Keyes (13) har utviklet en modell av *psykisk helse* basert på en salutogen orientering, der psykisk helse defineres som tilstedeværelse av mer eller mindre psykologisk, sosialt og emosjonelt velvære. Det er en grunnleggende forskjell mellom psykiske lidelser og psykisk helse (14). Psykisk lidelse er noe vi ønsker å unngå og vil forebygge, mens mental sunnhet er noe vi etterstreber og ønsker mer av.

I en studie av hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse erfarte psykisk helse, fant Mjøsund og medarbeidere (15) at psykisk helse ble opplevd som noe alltid tilstedeværende, et dynamisk aspekt ved livet, som å bevege seg opp og ned en spiraltrapp, influert av kroppslige opplevelser, emosjoner, relasjoner og engasjement. Å anvende en salutogen tilnærming er relevant for sykepleiefaget (16) og er viktig kunnskap i arbeidet med psykisk syke (17).

Fra psykiatri til psykisk helsevern

Den norske spesialisthelsetjenesten er utviklet fra psykiatri til psykisk helsevern, en endring fra en biomedisinsk tilnærming til en mer helhetlig orientering, der flere perspektiver inkluderes i behandlingen. Det psykiatriske sykepleiefaget har også gjennomgått endringer, og i tråd med denne utviklingen benevnes nå faget som spesialsykepleie innen psykisk helse og rus.

Diskusjoner om hvordan faget skal utvikles, er nødvendig for en tidsriktig tilpasning. I klinisk praksis har sykepleiere ansvaret for å utøve en helhetlig omsorg som inkluderer både fysiske, sosiale, åndelige og mentale tilnærminger. I den hensikt å belyse deler av denne helheten teoretisk kan et spesifikt avgrenset perspektiv anvendes.

I denne artikkelen undersøker jeg psykisk helse, men i levd liv er selvsagt

psykisk helse innvevd med andre forhold, blant annet fysisk helse.

En recoveryorientert helsetjeneste fokuserer på å mestre langvarige utfordringer som følge av psykisk lidelse heller enn lidelsen i seg selv (18). I tillegg til behandling og symptomreduksjon trenger personer med psykiske lidelser intervensjoner for å styrke sin psykiske helse (19).

Det er få studier som undersøker hva pasienter i psykisk helsevern mener er helsefremmende, men Mjøsund og medarbeidere (20) fant at personer med psykisk lidelse opplevde det som helsefremmende å lære om sin psykiske lidelse og helse. De hadde appetitt for kunnskap om lidelsen, men også om hva som kan styrke helse og velvære (20).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hva personer med psykisk lidelse synes styrker deres psykiske helse under døgninnleggelse i psykisk helsevern, samt om hva som kan være helsefremmende forbedringer i fremtidens sykehus – deres drømmesykehus.

METODE

Den kvalitative metodologien fortolkende, fenomenologisk analyse (IPA, Interpretative Phenomenological Analysis) (21) ble anvendt for å undersøke deltakernes levde erfaringer. IPA kombinerer en fenomenologisk, hermeneutisk og ideografisk tilnærming med spesiell vekt på meningsdannelse – hvilken mening den enkelte person tillegger sine opplevelser.

IPA inkluderer en dobbel hermeneutikk fordi forskerens forståelse av hvilken mening deltakerne tillegger sine opplevelser, er det endelige resultatet av analysen.

Fem forskningsrådgivere med egen erfaring fra spesialisthelsetjenesten ble involvert gjennom hele forskningsprosessen (22). Samarbeidet bidro til bedre forskningskvalitet (23).

Rekruttering og utvalg

Tolv tidligere døgninnlagte pasienter ble strategisk utvalgt av sykepleiere ved fire døgnseksjoner. Deltakerne hadde vært innlagt minst 14 dager de siste to årene og hadde ifølge dem selv opplevd å få hjelp av helsetjenesten i sin bedringsprosess.

Deltakerne var sju kvinner og fem menn i alderen 23 til 80 år, som hadde levd med alvorlige psykiske lidelser: to hadde psykoselidelser, fem hadde bipolare lidelser, to hadde alvorlige depresjoner, og tre hadde dobbeltdiagnosen rus og psykisk lidelse (3).

Sykehistorienes varighet var fra ett til 24 år. Til sammen hadde de over 100 innleggelser, både på åpne og lukkede enheter. Antallet innleggelser per person varierte fra en til over femti ganger.

«Det er en av grunnene til at jeg blir lagt inn – det er å få faste rutiner.»
Deltaker i studien

Datainnsamling

Jeg gjennomførte og transkriberte semistrukturerte intervjuer (50–120 minutter). En intervjuguide basert på en salutogen orientering ble benyttet, der åpningsspørsmålet var som følger: «Fortell meg hva du opplevde som fremmet din helse mens du var innlagt?»

Erfaringer om hva som hadde vært bra, nyttig og viktig, ble spesielt etterspurt. I tillegg ble deltakerne stimulert til kreativ tenkning for å få frem ideer til forbedringer basert på betingelsesløse spørsmål.

Analyse

Jeg fulgte analysetrinnene i IPA (21). Analyseprosessen begynte allerede under intervjuene og fortsatte ved å lytte til lydopptakene gjentatte ganger samt lese gjennom transkriptene. Hvert intervju ble analysert før neste intervju ble gjennomført, en analyse der oppmerksomheten rettes mot hver enkelt deltakers fortelling.

Så gjennomførte vi en på-tvers-analyse, der sitater fra alle intervjuene ble samlet under tentative temaer. En ny gjennomgang med søkelyset på mønster, likheter, nyanser og variasjon, sammenhenger og kontraster resulterte i tre temaer. Den analytiske prosessen ble tilrettelagt ved hjelp av tankekart og NVivo 10.

Personvern og forskningsetikk

Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (referansenummer 2012/566/REK) og gjennomført i tråd med lover og retningslinjer (24).

RESULTATER

Erfaringer fra personer med alvorlige psykiske lidelser er rike kilder til kunnskap om helsefremming under innleggelse.

Lytter vi til disse tidligere pasientene, er drømmesykehuset et hus med tak og vegger, forstått som fysiske *rammer*, med *en struktur* der det tilbys en *bredspektret* og *tilpasset sykepleie og behandling* av helsepersonell som inngår i *helsefremmende relasjoner* til pasientene.

Rammer og struktur bereder grunnen for bedring og helsefremming

Døgninnleggelse betyr å oppholde seg og være i et *hus*, en sykehusavdeling eller et distriktspsykiatrisk senter (DPS). Deltakerne fremhevet hvor viktig det var med fysiske rammer og rutiner for døgnets aktiviteter.

En møtestruktur og en måltidsrutine er en selvfølge i døgnseksjoner, men deltakerne understreket hvor viktig det var for opplevelsen av helsefremming. Flere delte denne betraktningen:

«Rutiner er avgjørende for å forholde meg til en fast ukeplan, så det at det skjer, klokka ti så er det gruppe, uansett. Det er en av grunnene til at jeg blir lagt inn – det er å få faste rutiner, fordi det er jo ofte det som skjer at jeg skjener ut og sover lenge og sovner sent og spiser lite, spiser usunt. Så å få igjen døgnrytmen – i hovedsak er det søvn, faste medisiner eller medisiner til fast tid, og mat, som er viktigst når jeg er innlagt.»

Deltakerne beskrev hvordan vedlikehold og estetisk standard på seksjonene påvirket dem. Forfall og omgivelsenes utforming taler sitt eget språk, slik disse sitatene viser:

«Vi kunne godt ha pusset opp litt, fordi det er så sykt falleferdig. Det er veldig lite hyggelig. Det påvirker meg

faktisk mye. For det å komme dit hvor det er så stygt og så uhyggelig. Så de ansatte kan være så hyggelige de bare vil, men når det ser sånn fælt ut, det er så demotiverende.»

«Men så tillates det et sånt forfall som på en måte er med på å bekrefte, ja, det bekrefter jo på en måte sykdommen din kanskje da, og så høyt er jeg verdsatt i min lidelse, og det er ikke så viktig hvordan det ser ut der.»

Tilpasset og bredspektret omsorg og behandling fremmer helse

På drømmesykehuset blir pasientene behandlet som unike personer, og omsorgen er individtilpasset. Det forutsetter medisinsk kunnskap om lidelsene og hvordan det kan være å leve med en psykisk lidelse samt kunnskap om behandlingsalternativer, medisiners virkning og bivirkninger. En pasient var opptatt av å bli møtt med kunnskapsbasert forståelse for symptomene hun opplevde:

«Så det var starthjelpen da, for liksom å få det til å bli en vane, en struktur i livet, det har vært veldig viktig for at jeg skal komme meg. Det blir en sånn startkabel [ler]. Ja, bare for å komme i gang igjen, lite granne hjelp bare på de enkleste småtingene kan gjøre at du klarer den dørstokkmila helt selv til slutt, ikke sant? Mange forstår ikke hele den greia, hvorfor det kan være så vanskelig å gå over dørstokken. Da er det veldig deilig når du kommer på et sted hvor de forstår og skjønner.»

Deltakerne syntes sykepleie og behandling av mer helhetlig og omfattende karakter var helsefremmende. Flere ga uttrykk for frustrasjon over for mye oppmerksomhet på medikamenter:

«I mitt ideelle sykehus, så er det mindre medisinbruk og mer annen behandling. Fordi hvis du starter på medisiner og går på medisiner noen år, og jo eldre du blir – det må tenkes mer på langtidseffekten av medisin enn bare å fjerne den depresjonen som er nå. Så det faktisk provoserer meg hver gang de skal ha meg på nye medisiner fordi jeg er deprimert. Nei, da vil jeg heller jobbe meg ut av det og se på hva som faktisk har vært grunnen til at man er deprimert. Da vil jeg heller bli lagt inn tre ganger ekstra enn å drive med det medisinstyret.»

«Bredspektret behandling. Gå til verks på alt, ikke bare selve merkelappen bipolar. For meg har det gjennom alle årene – de har bare peset på med medisiner. Jeg har sikkert prøvd 14–15 forskjellige antidepressiva og stemningsstabiliserende. Når jeg kom til behandleren min, så var det bare snakk om medisiner. Så når jeg fikk dette oppholdet her, altså det å være innlagt, hvor mye det hjelper på hele greia. Du tar tak, mat og søvn, medisin, du rydder opp i veldig mye – i tillegg lære om tanker, følelser og får behandling på alt. Det har i hvert fall vært gull verdt for meg.»

«Ifølge deltakerne inneholder drømmesykehuset elementer som finnes i dagens helsetjenester.»

En deltaker satte fingeren på behovet for et mer kjønnstilpasset behandlingstilbud:

«Det er aktiviteter nesten uten unntak som i utgangspunktet er kvinnelige, og det provoserte meg grenseløst. Og jeg trakk meg fra flere ting, og det var ikke fordi jeg mente at jeg ikke hadde godt av det, for å sitte og male kunne sikkert ha trigget ting i meg. Men jeg savnet et miljø hvor menn kunne være menn.»

Relasjonenes helsefremmende kraft

Alle deltakerne trakk frem betydningen av å ha gode relasjoner til helsepersonellet under innleggelsen. En sa følgende:

«Primærkontakten betydde hele greia for meg. Hun ble et slags holdepunkt. Jeg visste at jeg kunne gå til henne. Jeg visste at hun forsto meg, på et vis. Det var helt alfa og omega for hele oppholdet, egentlig. Jeg føler at hun reddet livet mitt, egentlig. Så det med den primærkontakten, det er en viktig ting, tror jeg. Å ha den ene personen som du kjenner, som er min, og som har hørt og kjenner historien min litt mer grundig.»

Relasjonene var forankret i en opplevelse av å bli sett og bekreftet som menneske over tid, av noen som tok et dedikert ansvar. I tanker om drømmesykehuset ble kontinuitet i relasjoner trukket frem som avgjørende for å få god hjelp, slik en deltaker sa det:

«Hvis man trenger institusjonsopphold, og så har man en behandler på en poliklinikk da, så kan han komme inn og ha kontakt med deg mens du er innlagt og fortsette etterpå. Da hadde vi jo sluppet de bruddene som blir også. Det er en ting som kunne vært ideelt.»

En deltaker mente at relasjonene og samhandlingen med helsepersonellet på døgnavdelingen bidro til bedring og påvirket ham positivt:

«Hvis vi tar 24 timer i døgnet ganger sju, så havner man på 170 timer. Så har man en samtale med behandler – som jeg var veldig fornøyd med, og som betydde mye for meg. To timer! Men de andre 168 timene [sammen med helsepersonell i avdelingen] – det er ikke noe tvil i mitt bilde hvor jeg ble frisk igjen! Psykologen toppet det, og det var fantastiske samtaler. Men vel så viktig er jo det miljøet rundt og de man omgås med hele tiden i det daglige.»

DISKUSJON

Funnene kan kanskje ikke betegnes som overraskende, men er likevel viktige. Pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, peker på forhold som kan gi dem symptomlette og bedring, men også mer helse og velvære – altså mindre av noe negativt, som psykisk lidelse, og mer av noe positivt, som helse.

Denne kunnskapen er relevant for sykepleiere i psykisk helsevern fordi det handler om grunnleggende sykepleie. Ifølge deltakerne inneholder drømmesykehuset elementer som finnes i dagens helsetjenester.

Men har viktigheten av pleie og omsorg for de aller sykeste bleknet? Trenger vi å revitalisere betydningen av sykepleie til pasienter innlagt i psykisk helsevern? Da er pasientene selv gode allierte.

På vegne av pasientene må sykepleierne tydelig beskrive hva kyndig og nødvendig omsorg innbefatter, i tråd med det som psykisk helsevernloven forutsetter (6). Argumentene for omsorgsutøvelse er forankret i pasientenes behov, slik deltakerne i denne studien bekrefter.

De miljøterapeutiske rammene virket helsefremmende for deltakerne. Prinsipper for samhandling og atmosfæren som preger prosesser innomhus, har utviklet seg over tid. Miljøterapi, konstituert av alt i det fysiske og sosiale miljøet, har potensialet til å påvirke en terapeutisk endring (25).

Sykepleierne må dekke pasientens grunnleggende behov

Siden Nightingales tid har sykepleiere vært opptatt av å fjerne eller lindre plager hos pasienten og tilrettelegge omgivelsene for en helende prosess (7).

Pasienter med psykiske lidelser kan i tiden før innleggelse oppleve at kostholdet forringes, aktivitetsmønstre endres, rutiner smuldres bort, og døgnet snus. Da bør de møte kvalifiserte sykepleiere som vektlegger søvn, hvile og aktivitet, mat og ernæring, personlig hygiene og stell samt medmenneskelig samvær.

Sykepleiens kjernekompetanse handler om grunnleggende behov, kunnskap om helse og sykdom samt mestring av sykdom og lidelse i hverdagslivet. Menneskets grunnleggende behov er livsviktig å dekke – de er sykliske og må tilfredsstilles hver dag. Imøtekommelsen av behovene er ferskvare.

Ifølge Fause (26) har grunnleggende sykepleie kombinert med kunnskap om de psykiske lidelsene fått mindre plass i spesialutdanningene innen psykisk helse. Dette gjenspeiles i en nasjonal debatt om hva sykepleie er, og hvilke strategier som skal utvikle sykepleiefaget fremover (27).

Forsvarlig drift i tråd med psykisk helsevernforskriften (28) pålegger institusjonene å sørge for medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse som er tilstrekkelig til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Slik jeg tolker teksten i denne forskriften, reduseres den sykepleiefaglige kompetansen til å være understøttende for en medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon. Det er en alvorlig devaluering nettopp av det deltakerne i denne studien beskriver som helsefremmende omsorg.

Kompetente sykepleiere er viktig for liv og helse

Med utgangspunkt i pasientenes behov må jeg argumentere for at sykepleie utført av kompetente og kyndige sykepleiere er viktig for liv og helse. Årsaken til at personer med psykiske lidelser innlegges i psykisk helsevern, er hovedsakelig deres behov for ivaretakelse, pleie og omsorg. I motsatt fall hadde de blitt behandlet poliklinisk.

«Flere av deltakerne trakk frem hvor viktig estetiske forhold var for helse og velvære.»

«Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død», sier Elstad (27). Når symptomer og forverring inntrer, greier ikke personen selv å tilfredsstille de grunnleggende behovene slik at helse og velvære opprettholdes. Over tid vil manglende ivaretakelse av disse basale behovene være forenlig med døden.

Deltakerne i denne studien erfarte at regelmessig søvn, mat og medisiner til rett tid var viktigst ved innleggelse, altså klare sykepleiefaglige ansvarsområder. Neglisjering av disse behovene, som er et sykepleieansvar, kan ses på som kvalitetsavvik og kan resultere i omsorgssvikt.

Helsefremming må satses mer på

Sykepleiere har kunnskap om både helsefremming og sykdomsforebygging, men strukturen, organiseringen og rapporteringen i psykisk helsevern retter for tiden søkelyset på risiko, symptomer og behandling.

En biomedisinsk orientering får oppmerksomhet, kanskje på bekostning av handlinger som tar sikte på å styrke helsen og velværet gjennom tilpasset omsorg, kyndig ivaretakelse og pleie.

Helsefremming er viktig for alle, men slik jeg ser det, kan spesielt grupper med langvarige fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelser og/eller symptomer profittere ekstra på helsefremmende intervensjoner.

Det er derfor nødvendig med et helsefremmende kunnskapsløft. Det kan bidra til mestring av utfordringer og en opplevelse av mening, livsglede og tiltro til egne ressurser (29).

Pasientens omgivelser er også viktig

Funnene i denne studien impliserer en mer aktiv kunnskapsutvikling innen sykepleie og helsefremming basert på salutogenese. Helsefremming kan teoretisk deles opp i mental, sosial og fysisk helsefremming.

I levd liv og klinisk sykepleiepraksis blir oppdelingen kunstig, men teoretisk kan en utvikling gi oss begreper og målrettede avgrensede intervensjoner. Det er den helsefremmende omsorgen pasientene etterspør og beskriver som betydningsfull for bedringen deres, og for at de skal ha det bra.

Sykepleie er å ivareta kroppslige funksjoner, men det er også viktig å bidra til trivsel og velvære. Flere av deltakerne trakk frem hvor viktig estetiske forhold var for helse og velvære.

Sykepleiere kan ta ansvar, i Florence Nightingales ånd, for å legge til rette for pasientens velvære gjennom å være opptatt av de fysiske forholdene rundt pasientene: lys, frisk luft og pene omgivelser.

Danmark satser på en salutogen tilnærming

Den strukturerte innsatsen ABC (Act, Belong, Commit) for mental sunnhet basert på en salutogen tilnærming er innført i Danmark for å bedre befolkningens mentale helse (30). Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester tar til orde for at Norge også bør anlegge denne forskningsbaserte, mentalt helsefremmende strategien.

ABC er intuitivt og enkelt: aktivitet, fellesskap og engasjement. Prinsippene ABC kan guide sykepleiehandlinger både på individnivå, som når pasienten er akutt syk, og fungere som ramme for intervensjoner på populasjonsnivå.

Å kunne utforske interesser og engasjement sammen med pasienten, for så å avtale en aktivitet sammen, bygger på ABC-prinsippene og fremmer mental helse og velvære.

Den alvorlig deprimerte, psykotiske eldre damen, med en varm interesse for Sigrid Undsets bøker, får et lettere drag over øynene når sykepleieren leser høyt fra boka *Kransen*, som hun hadde lovet å ta med.

Eksemplet kan virke banalt, men jeg mener situasjonsbeskrivelsen inneholder mye anerkjennelse og bekreftelse som påvirker vår mentale helse. Å gjøre en positiv handling (Act) sammen (Belong) som avtalt (Commit) er helsefremmende.

Relasjoner må bygges på tillit og nærhet

Relasjonene mellom pasienter og helsepersonell er selve bærebjelken i helsevesenet. Det er i møtene mellom mennesker at helse skapes. Virksomme relasjoner bygges på tillit og nærhet over tid.

Pasienter setter pris på omsorg som innebærer raushet og kjærlighet, og på at sykepleiere synes godt om dem og vil dem vel. Sykepleiere med sin 24/7-tilstedeværelse, i alle deler av helsevesenet, er i en unik posisjon for å inngå i helsefremmende relasjoner i fremtidens drømmesykehus.

Studiens svakhet

En svakhet med denne studien om mental helsefremming for personer med alvorlig psykisk lidelse er at den ikke berører behovet for også å ivareta den fysiske helsen.

Personer med psykiske lidelser kan ha utsikter til en redusert levetid på 15 til 25 år og har mange kroppslige plager og svakheter som må adresseres i klinisk praksis og i fremtidig forskning. Samordnet og strukturerte helhetlige tiltak bør på plass, der sykepleiere kan inngå som en viktig ressurs.

Psykisk helsevern preges av en tverrfaglig praksis, et faktum som ikke er diskutert, i og med at funnene er forstått ut fra et sykepleiefaglig ståsted.

KONKLUSJON

Deltakerne i studien anerkjenner betydningen av innleggelse på en helseinstitusjon. De opplever at ivaretakelsen av grunnleggende menneskelige behov gjennom en tydelig døgnstruktur og individtilpasset omsorg er helsefremmende. Det er i relasjonene til helsepersonellet at helse skapes.

Sykepleiere er i en unik posisjon med døgnkontinuerlig tilstedeværelse for å kunne inngå i helsefremmende relasjoner gjennom direkte utøvelse av sykepleie og omsorg. Sykepleiefaget vil profittere på forskning og teoriutvikling, der både salutogenese og patogenese inngår, for å kunne utvikle en helhetlig sykepleiepraksis.

Sykepleie til personer med psykiske lidelser bør revitaliseres fordi pasientene trenger det og opplever det som helsefremmende.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartement. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (nedlastet 23.05.2019).
2. Verdens helseorganisasjon. Mental health: strengthening our response [internett]. WHO; 18.03.2018 [sitert 23.05.2019]. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response
3. Helsedirektoratet. Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid (nedlastet 23.05.2019).
4. Verdens helseorganisasjon. Ottawa charter for health promotion. Canadian Journal of Public Health. 1986;77(6):425–30. Tilgjengelig fra: https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html (nedlastet 23.05.2019).
5. Verdens helseorganisasjon. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. Shanghai; 2016. s. 1–2. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1 (nedlastet 23.05.2019).
6. Lov 14. juni 2013 nr. 37 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62 (nedlastet 23.05.2019).
7. Nightingale F. Notes on nursing: What is nursing and what it is not. New York: Dover Publications; 1860.
8. Verdens helseorganisasjon. Constitution of the World Health Organization. WHO chron. 1948;(1).
9. Nielsen L, Sørensen BB, Donovan RJ, Tjørnhøj-Thomsen T, Koushede V. 'Mental health is what makes life worth living': an exploration of lay people's understandings of mental health in Denmark. International Journal of Mental Health Promotion. 2017;19(1):26–37. Tilgjengelig fra: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14623730.2017.1290540 (nedlastet 23.05.2019).
10. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The handbook of salutogenesis. Cham, Sveits: Springer International Publishing; 2017. Tilgjengelig fra: https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-04600-6 (nedlastet 23.05.2019).
11. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
12. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11(1):11–8.
13. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior. 2002;43(2):207–22.
14. Iasiello M, van Agteren J, Keyes CLM, Cochrane EM. Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. Journal of Affective Disorders. 2019;251:227–30. Tilgjengelig fra: http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/1932.pdf (lastet ned 23.05.2019).
15. Mjøsund NH, Eriksson M, Norheim I, Keyes CLM, Espnes GA, Vinje HF. Mental health as perceived by persons with mental disorders–an interpretative phenomenological study. International Journal of Mental Health Promotion. 2015;17(4):215–33.
16. Langeland E. Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. Klinisk Sygepleje. 2012;26(2):38–48.
17. Langeland E. Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2014. Tilgjengelig fra: https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf (nedlastet 23.05.2019).
18. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatr Serv. 2006;57(5):640–5. Tilgjengelig fra: https://www.researchgate.net/publication/7104772_The_Top_Ten_Concerns_About_Recovery_Encountered_in_Mental_Health_System_Transformation (nedlastet 23.05.2019).
19. Keyes CLM. Promoting and protecting positive mental health: early and often throughout the lifespan. I: Keyes CLM, red. Mental well-being: international contributions to the study of positive mental health. Dordrecht: Springer; 2013.
20. Mjøsund NH, Eriksson M, Espnes GA, Vinje HF. Reorienting Norwegian mental healthcare services: listen to patients' learning appetite. Health Promotion International. 2018;34(3):541–51. Tilgjengelig fra: https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/day012/4944649 (nedlastet 23.05.2019).
21. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. London: Sage Publications; 2009.
22. Mjøsund NH, Eriksson M, Haaland-Øverby M, Jensen SL, Kjus S, Norheim I, et al. Salutogenic service user involvement in nursing research: a case study. Journal of Advanced Nursing. 2018;74(9):2145–56. Tilgjengelig fra: https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/day012/4944649 (nedlastet 23.05.2019).
23. Mjøsund NH, Eriksson M, Espnes GA, Haaland-Øverby M, Jensen SL, Norheim I, et al. Service user involvement enhanced the research quality in a study using interpretative phenomenological analysis: the power of multiple perspectives. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(1):265–78. Tilgjengelig fra: https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2451560/Mj-sund_et_al-2016-Journal_of_Advanced_Nursing.pdf?sequence=2 (nedlastet 23.05.2019).
24. Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44 (nedlastet 23.05.2019).
25. Smith Y, Spitzmueller MC. Worker perspectives on contemporary milieu therapy: a cross-site ethnographic study. Social Work Research. 2016;40(2):105–16. Tilgjengelig fra: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886270/ (nedlastet 23.05.2019).
26. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? Sykepleien. 2019;107(74841):(e-74841). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.74841
27. Elstad I. Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død. Sykepleien. 2019;107(74511):(e-74511). DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.74511
28. Helsedirektoratet. Psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer (nedlastet 23.05.2019).
29. Aglen BS, Olufsen V, Espnes G-A. Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. Sykepleien. 2018;106(70809):e-70809. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2018.70809
30. Koushede V, Nielsen L, Meilstrup C, Donovan RJ. From rhetoric to action: Adapting the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Programme to a Danish context. International Journal of Mental Health Promotion. 2015;17(1):22–33.

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

Møt forskeren

Psykisk helsevern:

Pasientene mener god sykepleie er helsefremmende under innleggelse

– Vi må fremsnakke jobben vi gjør på vegne av pasientene, sier forsker Nina Helen Mjøsund.

Tekst **Kari Anne Dolonen** ◐ Foto **Erik M. Sundt**

Nina Helen Mjøsund har intervjuet tidligere pasienter som har vært innlagt på døgnavdeling i psykisk helsevern med en alvorlig psykisk lidelse.

– Jeg ønsket å finne ut hva de opplevde at fremmet deres helse mens de var innlagt, sier Mjøsund.

Funnene burde ifølge henne gjøre sykepleierne stolte av jobben de gjør.

Nina Helen Mjøsund

- Mjøsund er forsker ved forsknings- og utviklingsavdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF.

Hun står bak artikkelen «Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus» på side **68**.

ERFARINGER FRA OVER HUNDRE INNLEGGELSER

Sammen med sykepleiere fra døgnavdelinger i klinikken plukket Mjøsund ut tolv deltakere til studien. Alle hadde vært innlagt minst 14 dager de siste to årene, og hadde ifølge dem selv opplevd å få hjelp av helsetjenesten i sin bedringsprosess.

Sju av deltakerne var kvinner og fem var menn i alderen 23 til 80 år. To deltakere hadde psykoselidelser, fem hadde bipolare lidelser, to hadde alvorlige depresjoner, og tre hadde dobbeltdiagnosen rus og psykisk lidelse.

Informantenes sykehistorie varierte fra ett til 24 år. Til sammen hadde de over hundre innleggelser, både på åpne og lukkede enheter. Antallet innleggelser per person varierte fra én til over femti ganger.

SATT MED INFORMASJON OM PASIENTERS OPPLEVELSER

Mjøsund er forsker ved Vestre Vikens avdeling for forskning og fagutvikling ved Klinikk for psykisk helse og rus.

– Litt enkelt kan jeg si at forskningen jeg gjør, handler om å få kunnskap om tjenestene helseforetaket yter, og at forskningen skal komme pasientene til gode, sier hun.

Forskningsartikkelen, «Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus», er et biprodukt av data hun satt igjen med etter å ha levert sin doktorgrad.

– Jeg satt igjen med mye informasjon om hva pasientene opplevde som helsefremmende da de var innlagt. Dette er kunnskap som jeg gjerne ville dele med norske sykepleiere på norsk, sier hun.

HELT BASALT, MEN VIKTIG PÅMINNELSE

– *Hva fant du ut?*

– For oss sykepleiere kan funnene kanskje virke litt selvfølgelige, men mine informanter trakk al-

> **«De snur døgnet, spiser uregelmessig eller usunt. Døgnstrukturen går i ball.»**
> Nina Helen Mjøsund

le frem trekk ved basal sykepleie som viktig, sier hun og utdyper:

– Å få struktur på døgnet – å få måltider til faste tider, å ta medisiner til faste tider, at det skal være ro

STRUKTUR: Å få struktur på døgnet er noe pasientene trakk frem som viktig å få støtte til fra sykepleierne, viser Nina Helen Mjøsunds forskning.

på avdelingen 22.30, og at avtaler og møter foregår på faste tidspunkter – dette var noe de fleste trakk frem som viktig.

For det er ofte de faste rammene som ifølge Mjøsund går i ball når personer med alvorlige psykiske lidelser blir mer preget av lidelsen og har behov for døgnbehandling.

– De snur døgnet, spiser uregelmessig eller usunt. Døgnstrukturen går i ball, sier hun.

Dette fortalte en av informantene:

«Rutiner er avgjørende for å forholde meg til en fast ukeplan, så det at det skjer, klokka ti så er det gruppe, uansett. Det er en av grunnene til at jeg blir lagt inn – det er å få faste rutiner, fordi det er jo ofte det som skjer at jeg skjener ut og sover lenge og sovner sent og spiser lite, spiser usunt. Så å få igjen døgnrytmen – i hovedsak er det søvn, faste medisiner eller medisiner til fast tid, og mat, som er viktigst når jeg er innlagt.»

DEN VIKTIGE OMSORGEN

Intervjuobjektene til Mjøsund trekker også frem omsorgen sykepleierne utviser i handlinger, som helsefremmende.

– For alle, også for disse pasientene, føles det godt at noen vil oss vel og bryr seg om oss. Det å ha blikk for hverdagslige og grunnleggende behov for helse og velvære er viktig. Det å bli anmodet om å ta en dusj og få pusset tennene før en legger seg i en ren og oppredd seng, setter de fleste pris på, sier hun.

Mjøsund påpeker at samvær og samhandling gir sykepleiere mulighet for å gjøre viktige observasjoner av pasientenes fysiske og mentale tilstand.

– Å ha blikk for pasientenes tilstand og hva de trenger av kyndig omsorg og pleie, er livsviktig for noen av pasientene som er innlagt i døgnavdeling, sier hun.

«Å ta en samtale over for eksempel et fotbad kan oppleves fint. Det handler om velvære.»
Nina Helen Mjøsund

Å bygge gode relasjoner er også en del av dette.

– Å ta en samtale over for eksempel et fotbad kan oppleves fint. Det handler om velvære. Å riste dynen eller gjøre andre ting som du vet gjør andre vel, betyr mye – både for den som gir, og den som mottar handlingen, sier Mjøsund.

Hun mener dette er helt i kjernen av hva sykepleie er.

– Når vi ser hvor viktig pasientene mener dette er for at de skal ha det bedre, burde vi bli flinkere til å fremsnakke dette, selv om det kan høres selvfølgelig ut. Den jobben sykepleierne gjør, er et unikt bidrag for at pasientene skal få bedre helse, vi må bare bli flinkere til å si det høyt, sier hun.

Slik beskriver en informant hverdagen:

«Så det var starthjelpen da, for liksom å få det til å bli en vane, en struktur i livet, det har vært veldig viktig for at jeg skal komme meg. Det blir en sånn startkabel [ler]. Ja, bare for å komme i gang igjen, lite granne hjelp bare på de enkleste småtingene kan gjøre at du klarer den dørstokkmila helt selv til slutt, ikke sant? Mange forstår

ikke hele den greia, hvorfor det kan være så vanskelig å gå over dørstokken. Da er det veldig deilig når du kommer på et sted hvor de forstår og skjønner.»

– Sykepleiere er gode på å se hvordan pasientenes sykdommer og lidelser påvirker hverdagslivet. Vi forsøker å gi dem en verktøykasse som gjør at det å takle hverdagen blir enklere, sier Mjøsund.

Hun understreker at det i denne prosessen er viktig å lytte til det pasienten selv beskriver som vanskelig.

– Det er de som er eksperten på egen helse, men vi er deres nærmeste allierte. Sykepleiere anvender kunnskap om helse og sykdom og benytter erfaring fra samhandling med mange pasienter, sier hun.

FRUSTRERT OVER MEDISINERINGEN

Flere av informantene i Mjøsunds studie var frustrert over for mye oppmerksomhet på medikamenter.

– Medisinering må gjøres med omhu, og sykepleiere har en viktig funksjon når det gjelder observasjon av virkninger og tiltak for å motvirke bivirkninger. Men medisiner må kompletteres med annen behandling. I en stresset hverdag kan nok pasientene oppleve at av den tiden de har sammen med helsepersonell, går mye til å justere eller bytte medisiner, sier hun.

Dette er en av informantenes erfaring:

«I mitt ideelle sykehus, så er det mindre medisinbruk og mer annen behandling. Fordi hvis du starter på medisiner og går på medisiner noen år, og jo eldre du blir – det må tenkes mer på langtidseffekten av medisin enn bare å fjerne den depresjonen som er nå. Så det faktisk provoserer meg hver gang de skal ha meg på nye medisiner fordi jeg er deprimert. Nei, da vil jeg heller jobbe meg ut av det og se på hva som faktisk har vært grunnen til at man er deprimert. Da vil jeg heller bli lagt inn tre ganger ekstra enn å drive med det medisinstyret.»

– VÆR STOLTE

– Hva håper du sykepleiere som leser forskningsartikkelen, får ut av den?

– Jeg håper de kjenner seg igjen, og at de er stolte av å være sykepleiere når de ser hvor viktige de er for å bedre helsen til alvorlig psykisk syke pasienter, sier Mjøsund.

Hun er begeistret for NSFs slagord: Tydelig, modig, stolt.

– Vi har all grunn til å være nettopp dette. Vi må fremsnakke jobben vi gjør på vegne av pasientene. Vi må bli flinkere til å kreve at våre pasienter får god sykepleie.

– Hadde jeg gjort liknende undersøkelser blant pasienter med langvarige eller kroniske sykdommer i somatikken, tror jeg at jeg ville fått liknende historier, sier hun.

De siste årene har det vært mye oppmerksomhet på tverrfaglighet i psykisk helsevern.

– Det er viktig at alle profesjonene jobber godt sammen. Men ... det er også viktig at vi sykepleiere i dialogen med andre er flinke til å argumentere for hva som er unikt for den kompetansen vi sykepleiere har.

DEL ARTIKKELEN
sykepleien.no
LAST NED PDF

Likte du artikkelen?

På **sykepleien.no** finner du dette og flere andre forskerintervjuer.

Nå ut internasjonalt

Sykepleien Forskning oversetter alle forskningsartiklene til engelsk

Sykepleien Forskning

sykepleien.no/forskning/arkiv/en

HOVEDBUDSKAP:

Den teknologiske utviklingen de siste årene har bidratt til at ungdom er flittige brukere av sosiale og digitale verktøy. Befolkningsundersøkelser viser i tillegg en økning i psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser blant ungdom. Det er derfor viktig at helsesykepleiere og skolehelsetjenesten jobber med gode forebyggende tiltak rettet mot ungdom, og at ungdommen selv får bidra til å utforme tiltakene.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2019.79774

NØKKELORD:
Ungdommer ◗ Psykisk helse ◗ sosiale medier ◗ Digitale media

Hyppig bruk av sosiale medier kan gi ungdom psykiske utfordringer

Jenter og gutter påvirkes ulikt av sosiale og digitale medier. Angst, depresjon og dårlig selvbilde rammer oftere jenter enn gutter, mens aggressive reaksjoner og atferdsvansker rammer gutter hyppigst.

I Norge har de fleste ungdommer i dag tilgang til internett og smarttelefoner. Bakken (1) fant at skjermbruk blant ungdom har økt raskt over relativt kort tid. Tall fra rapporten Psykisk helse i Norge (2) viser at 77 prosent av barn og unge oppgir å bruke tid på internett daglig. I alderen 9–16 år har 94 prosent av informantene tilgang på mobiltelefon. Medier blir hyppig brukt i sosiale sammenhenger, nye medier er blitt tilgjengelige og tidsbruken har økt betraktelig (3).

FORFATTERE

Siw Christine Sørvik Brattøy
Sykepleierstudent, Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Molde

Åshild Rosvoll
Sykepleierstudent, Avdeling for helse og sosialfag, Høgskolen i Molde

Trude Fløystad Eines
Førsteamanuensis, Høgskolen i Molde

UNGE FØLGER MED PÅ HVA ANDRE GJØR

Schiefloe (4) beskriver sosiale medier som et verktøy som har forandret mulighetene for informasjon og kommunikasjon mellom venner og bekjente. Her kan man følge med på hva en person i sitt eget nettverk holder på med, hvor de befinner seg og ofte hvordan de har det. Ved hjelp av sosiale og digitale medier kan man kommentere direkte eller kommentere det andre har lagt ut av ytringer, bilder og filmklipp (4).

Sosiale medier består av ulike apper og nettsider. Facebook er blitt verdens største nettmøteplass i sosiale medier. YouTube er en videokanal hvor brukere laster opp, ser og deler videoklipp. Foruten disse to er også Snapchat, Twitter og Instagram mye brukt blant ungdom (5). Ved hjelp av slike medier har måten ungdom kommuniserer med hverandre på, endret seg.

FLERE UNGE FÅR PSYKISKE PLAGER

Dagens ungdom framstår ofte som veltilpassede og aktive. Likevel rapporterer ungdom selv at deres psykiske plager har økt de siste 10–15 årene, spesielt blant jenter (1). Stadig flere rapporterer at de føler seg mer deprimert, engstelig og stresset. Parallelt med at de psykiske plagene blant ungdom øker, øker også antall uføre under 30 år. Den viktigste årsaken til dette, er psykiske lidelser (6).

Fagartikkelen er skrevet med utgangspunkt i en bacheloroppgave i sykepleie. Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan bruk av sosiale og digitale medier påvirker ungdoms psykiske helse.

METODE

Studien er en systematisk litteraturstudie basert på sju kvantitative og fire kvalitative artikler.

Vi benyttet PIO-skjema (7) for å planlegge systematiske søk, siden dette skjemaet bidrar til struktur for systematiske litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteraturen. Vi gjennomførte søk i databasene Proquest, SweMed, PsycINFO og APA PsycNETT fra januar til mars 2019 med følgende inklusjonskriterier:

- Forskningsartikler publisert i tidsrommet 2014–2019.
- Deltakerne i studiene skal være ungdom i alderen 10–18 år.
- Studiene skulle være gjennomført i vestlige land.
- Etiske hensyn skulle være ivaretatt.
- Den vitenskapelig kvaliteten på artiklene skulle være god eller høy.
- Engelsk- eller skandinaviskspråklige artikler.

BLIR PÅVIRKET: Jo mer tid jenter bruker på sosiale medier, desto mer kan deres følelsesliv bli påvirket. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

FAKTA

Bruk av PIO-skjema

P = Bruker/problem (bruker problem) beskriver hvilken type bruker eller brukergruppe man ønsker å undersøke. I litteraturstudien ønsket vi å undersøke adolescent (ungdom).

I = Intervensjon (intervensjon/tiltak) beskriver hvilket tiltak eller intervensjon man ønsker å vurdere. Under dette punktet valgte vi begrepet Social media (sosiale media) or digital* (digital*).

O = Outcome (utfall) definerer hvilket utfall man er interessert i å vurdere eller oppnå. I denne litteraturstudien valgte vi å benytte begrepene mental health (psykisk helse).

Kilde: Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinar (7).

Vi fant 21 artikler og for å kvalitetsvurdere hver av dem, benyttet vi sjekklister for både kvalitative studier og tverrsnittstudier som ligger på Helsebiblioteket (8). Ti av artiklene ble ekskludert fordi kvaliteten ikke var tilstrekkelig god, at studiene ikke var gjennomført i vestlige land eller at alderen på deltakerne i studien ikke tilfredsstilte litteraturstudiens inklusjonskriterier.

HVA MOTIVERER UNGDOM?

Ungdommene rapporterte at sosiale medier blir brukt for å holde kontakt med venner og familie, samt for å utvide sosiale nettverk (10). Jentene la mer følelser i – og rapporterte om mer bruk av sosiale medier enn gutter (11,12).

> **«Stadig flere rapporterer at de føler seg deprimert, engstelig og stresset.»**

Det å være redd for å gå glipp av noe, ble også nevnt som en motivasjonsfaktor for å bruke sosiale og digitale medier både blant guttene og jentene (10, 13). Spesielt guttene rapporterte om et konstant ønske om å spille via internett eller være pålogget (14).

Funn i tre av studiene viste at ungdom med psykiske utfordringer benyttet sosiale og digitale medier som strategi for å samhandle med jevnaldrende uten at plagene var synlige for andre (10–12). Både gutter og jenter rapporterte også at de brukte sosiale og digitale medier som en mestringsstrategi for å kommunisere og være sosialt aktive dersom de hadde sosiale utfordringer eller hadde sosial angst (15).

JENTER OG GUTTER PÅVIRKES ULIKT

I flere av studiene fant vi ulik rapportering om hvordan ungdom lot seg påvirke av sosiale og digitale medier.

Jentene rapporterte at de ofte kjente på symptomer som angst, depresjon, redusert selvbilde eller selvtillit og kroppspress (11,15–17). Vi fant også at jo mer tid jentene brukte på sosiale medier, jo mer påvirket dette deres psykiske helse og følelsesliv (12,17).

Guttene rapporterte om reaksjoner som frustrasjon, aggresjon og forstyrrelser i konsentrasjon (12,18–20). I to studier fant vi at nettbaserte spill påvirket gutters temperament og ga økt aggressiv atferd (18, 19).

En 14-åriggutt beskrev dette på følgende måte:

Hvis internettet klikker mens jeg spiller, er det krise. Jeg ødela tastaturet en gang. Jeg slo i veggen en annen gang det skjedde. (19:134)

De to samme studiene viser at jenter i større grad enn gutter blir emosjonelt påvirket når det gjelder bruken av sosiale medier (18, 19). Vi fant også at bruken av sosiale medier blant jenter styres av følelser i større grad enn blant gutter, og at dette kunne ha en uheldig innvirkning på jentenes psykiske helse (15,19).

Selv om sosiale medier hadde en negativ innvirkning på jenters selvtillit, viste funn i to av studiene hvordan

> **«Spesielt guttene rapporterte om et konstant ønske om å spille via internett eller være pålogget.»**

sosiale medier også blir brukt som et virkemiddel for å styrke selvtilliten gjennom å motta «likes» og positive kommentarer og komplimenter i sosiale medier (10,11). I studien til Burnette, Kwitowski og Mazzeo (11) ble deltakerne i den ene fokusgruppen spurt om hva de trodde motiverte andre til å legge ut selfier. Ei av jentene uttrykte det på denne måten:

En gang kommenterte mange at jeg var stygg da jeg la ut et bilde av meg. Jeg tror de skrev det for å føle seg bedre selv, noe som heller ikke er bra. (11:123)

SØVNKVALITETEN BLIR REDUSERT

Tre av artiklene beskrev hvordan søvn i ulik grad blir påvirket av ungdoms bruk av sosiale og digitale medier (13,19,20).

I studien til Scott og Woods (13) ble det beskrevet at det var redselen for å gå glipp av noe som hadde størst effekt på negativ søvnkvalitet, og ikke den generelle bruken av sosiale medier.

Ungdommens avhengighet knyttet til å være konstant oppdatert, påvirket både innsovningen og søvnkvaliteten, og de fikk ikke tilstrekkelig med søvn (13,20). Frykten for å gå glipp av noe virket også uheldig inn på skolearbeidet, da ungdommene opplevd konflikt mellom det de måtte gjøre og det de helst ville gjøre. Det ble i tillegg rapportert om gruppepress knyttet til å holde seg oppdatert og være tilgjengelig for sine venner (10).

DISKUSJON

Litteraturstudiens hensikt var å belyse hvordan bruken av sosiale og digitale medier kan påvirke ungdoms psykiske helse.

Den sosiale og digitale utviklingen de siste årene gjør hele verden tilgjengelig ved ett tastetrykk (5). Litteraturstudien viser at bruken av sosiale og digitale medier blant ungdom synes å være avhengighetsskapende.

Med mobiltelefon er det enkelt å holde seg oppdatert, men dette medfører også et opplevd press og stress blant ungdom knyttet til at man alltid bør være tilgjengelig. King og medforfattere (21) beskriver dette som en type stresslidelse som kalles nomofobi. Nomofobi defineres som de stress- og angstsymptomer som oppstår når man ikke har tilgang til internett eller mobiltelefon (21).

Vi mener derfor det er viktig at helsesykepleiere samarbeider tett med lærere og rådgivere om å bevisstgjøre ungdom og lære dem å sette grenser for bruk av sosiale og digitale medier (22).

BILDER VISER UOPPNÅELIGE IDEALER

Litteraturstudien viser videre at det er kjønnsforskjeller når det gjelder hva som motiverer til bruk av digitale og sosial medier.

Jenter er i større grad følelsesmessig motivert til å bruke sosiale medier enn gutter. Sosiale og digitale medier som Instagram og Snapchat er verktøy hvor ungdom ofte publiserer og speiler bilder.

Bilder i sosiale medier presenterer ofte et redigert, uvirkelig og uoppnåelig bilde av det «perfekte kroppsidealet», noe som bidrar til at spesielt unge jenter er selvkritiske i jaget for å nå disse idealene. Dette støttes også av Helgesen (23) som beskriver medienes rolle i formidling av perfekte ideal.

PÅVIRKER PSYKEN POSITIVT OG NEGATIVT

Mye av kontakten og kommunikasjonen mellom ungdom skjer i dag via ulike sosiale og digitale plattformer. Litteraturstudien viser hvordan sosiale og digitale medier påvirker ungdoms vennskap med jevnaldrende, så vel som det å utvikle nye sosiale nettverk. Dette påvirker deres psykiske helse både positivt og negativt.

Litteraturstudien viser at ungdom blant annet benytter sosiale og digitale medier som mestringsstrategi ved sosiale utfordringer. Det kan derfor være viktig å benytte digitale og sosiale medier som strategiske verktøy i helsefremmende arbeid i samarbeid mellom ungdom, helsesykepleier og skolehelsetjenesten (24).

Bruk av sosiale og digitale medier påvirker ungdoms psykiske helse negativt, som tap av sosial kompetanse. Selv om ungdom selv kan oppleve mestring ved kommunikasjon gjennom digitale og sosiale medier, vil denne kommunikasjonsformen påvirke sosial læring (25). Kommunikasjon som foregår via en mobil- eller dataskjerm mangler elementer som ansiktsuttrykk, stemmeleie og spontan respons på formidlet budskap som vil finne sted i en samtale, ansikt til ansikt (25).

«Ungdommens avhengighet påvirket innsovningen og søvnkvaliteten.»

HØY TIDSBRUK GIR MER PLAGER

Litteraturstudien viser at det er sammenheng mellom tiden ungdom bruker på sosiale og digitale medier og proporsjonal økt selvrapportering av psykiske plager.

Som tidligere beskrevet forklarer ungdom at økt tidsbruk på sosiale og digitale medier ofte skyldes gruppepress knyttet til alltid å være tilgjengelig.

Litteraturstudien viser videre at gutter og jenter rapporterer ulike psykiske plager knyttet til bruk av sosiale og digitale medier. Jenter opplever oftere plager som angst- og depresjonssymptomer og deres kroppsbilde og selvtillit påvirkes i større grad enn hos guttene. Jentene bidrar selv til økt kroppsfokus ved å legge ut bilder og kommentere andres bilder.

Gutter bruker sosiale medier i mindre grad enn jenter, men de bruker mer tid på digitale medier som internettbaserte spill som bidrar til økt aggressiv atferd. Suren og medforfattere (2) fant at psykiske utfordringer blant gutter som følge av sosial og digital mediebruk ofte fanges opp tidlig på grunn av atferdsvansker, mens jentene holder plagene lengre skjult (2).

UNGE FÅR FOR LITE SØVN

Utfordringer med søvn, både i form av lengde, kvalitet og innsovningsproblem, oppleves likt av jenter og gutter og er en av de synligste plagene blant ungdom som bruker mye tid på sosiale og digitale medier.

Frykt for å gå glipp av noe blir løftet frem som et viktig resultat knyttet til hvorfor ungdom bruker mye tid på sosiale eller digitale medier i denne litteraturstudien. Dette støttes også av Hysing og medforfattere (26) som beskriver i sin studie at ungdoms skjermtid kan gi utfordringer

knyttet til søvn og at ungdoms bruk av elektronisk utstyr er så integrert i hverdagen deres at de kan ha problemer med å logge av.

Tap av søvn eller dårlig søvnkvalitet er et av de tidligste symptomene på psykiske utfordringer hos ungdom (1,2). Helsesykepleiere, lærere og foreldre bør derfor være observante når ungdom opplever vansker knyttet til søvn, slik at utfordringer knyttet til psykiske plager og bruk av sosiale og digitale medier kan avdekkes tidlig.

NETTKOMMUNIKASJON FØLES TRYGGERE

Ungdom som har psykiske utfordringer eller finner det utfordrende å delta i sosiale sammenhenger, opplever mestring og trygghet når de bruker sosiale medier som kommunikasjonsplattform. Dette er et funn som er viktig å merke seg for alle som skal jobbe med å forebygge psykiske plager blant barn og ungdom.

Skolehelsetjenesten kan dra nytte av å involvere ungdom når helsefremmende tiltak skal utformes.

KONKLUSJON

Hensikten med studien var å belyse hvordan bruk av sosiale og digitale medier påvirker ungdoms psykiske helse. Funnene i litteraturstudien viser at det er sammenheng mellom ungdoms hyppige bruk av sosiale og digitale medier og økt rapportering av psykiske utfordringer.

Fordelt mellom kjønn opplever jenter i større grad utfordringer som depresjon, angst og dårlig selvbilde, mens gutter

«Ungdom benytter sosiale og digitale medier som mestringsstrategi ved sosiale utfordringer.»

preges mer av aggressive reaksjoner og ulike atferdsvansker.

Bruk av sosiale og digitale medier påvirker søvnkvaliteten til både jenter og gutter.

Ungdom sammenlikner seg med andre på sosiale medier og dette har stor innvirkning på ungdoms selvbilde, spesielt hos jentene.

Det er viktig at det hele tiden jobbes med å utforme gode forebyggende tiltak rettet mot ungdom og at ungdommen selv får muligheten til å bidra i utforming av disse tiltakene. Det er derfor viktig med tidlig involvering av helsesykepleier og skolehelsetjenesten gjennom forebyggende og helsefremmende arbeid på alle barne- og ungdomsskoler.

REFERANSER

1. Bakken A. Ungdata 2018. Nasjonale resultater (internett). Oslo: NOVA/Velferdsforskningsinstituttet/Høgskolen i Oslo og Akershus; NOVA rapport 8/18. Tilgjengelig fra: http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2018/Ungdata-2018.-Nasjonale-resultater (nedlastet 23.06.2019).
2. Surèn P, Aarø LE, Aase H, Bakken IJ, Furu K, Hauge LJ, et al. I: Reneflot A, Aarø LE, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Tambs K, Øverland S. Psykisk helse i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. s. 50–101.
3. Fritze Y, Haugsbakk G, Nordkvelle YT. Digitale forstyrrelser i skolen – erfaringer med begrensninger av elevers mobilbruk. Norsk pedagogisk tidsskrift. 2017; 101(3): 201-12. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/npt/2017/03/digitale_forstyrrelser_i_skolen (nedlastet 11.12.2019).
4. Schiefloe PM. Mennesker og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.
5. Staude C, Marthinsen ST. Sosial kommunikasjon. Oslo: Kommuneforlaget; 2013.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremme god psykisk helse hos barn og unge. Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse. Helse- og omsorgsdepartementet: Oslo; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf (nedlastet 17.06.2019).
7. Nordtvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim LV, Reinar LM. Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok. Oslo: Akribe forlag; 2012.
8. Helsebiblioteket. Sjekklister. Oslo: Helsebiblioteket; 2016. Tilgjengelig fra: https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister (nedlastet 18.11.2019).
9. Evans D. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. Australian Journal of Advanced Nursing. 2002; 20 (2): 22–6.
10. Throuvala MA, Griffiths MD, Rennoldson M, Kuss DJ. Motivational processes and dysfunctional mechanisms of social media use among adolescents: A qualitative focus group study. Computers in Human Behavior. 2019 april; 93: 164–75. Doi: 10.1016/j.chb.2018.12.012
11. Burnette CB, Kwitowski MA, Mazzeo SE. I don't need people to tell me I'm pretty on social media and body image in early adolescent girls. Body image. 2017; 23: 119–26. Doi: 10.1016/j.bodyim.2017.09.001
12. Hawk ST, Van den Eijnden RJJM, Lissa CJ, ter Bogt TFM. Narcissistic adolescents' attention-seeking following social rejection: Links with social media disclosure, problematic social media use, and smartphone stress. Computers in Human Behavior. 2019 mars; 92: 73–8. Doi: 10.1016/j.chb.2018.10.032
13. Scott H, Woods HC. Fear of missing out and sleep: Cognitive behavioural factors in adolecents' nighttime social media use. Journal of adolescence. 2018; 68: 63.
14. Nesi J, Prinstein MJ. Using social media for social comparison and feedback-seeking: Gender and popularity moderate associations with depressive symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology. 2015; 43(8): 1427–38.
15. Asam AE, Samara M, Terry P. Problematic internet use and mental health among British children and adolecents. Addictive Behaviors. 2019 mars; 90: 428–36. Doi: 10.1016/j.addbeh.2018.09.007
16. Cribb VL, Haase AM. Girls feeling good at school: school gender environment, internalization and awareness of socio-cultural attitudes associations with self-esteem in adolescent girls. Journal of adolescence. 2015 januar; 46: 110–11. Doi: 10.1016/j.adolescence.2015.10.019
17. Øgård-Repål A, Strand SA, Karlsen T-I. Karakterpress, kroppspress og gjengpress – Fokusgruppeintervju av jenter i 9. klassetrinn etter funn fra ungdata-undersøkelsen. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2017; 14 (2): 7–12. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2017/02/karakterpress_kroppspress_og_gjengpress_-_fokusgruppeinter (nedlastet 15.04.2020).
18. Marengo D, Longobardi C, Fabris MA, Settanni M. Highly-visual social media and internalizing symptoms in adolecence: The mediating role of body image concerns. Computers in Human Behaviour. 2018 mai; 82: 63–9. Doi: 10.1016/j.chb.2018.01.003
19. Smahel, D, Michelle F. Wright og Martina Cernikova. The impact of digital media on health: Children's perspectives. Swiss school of public health. 2015; 60: 133–35 https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00038-015-0649-z (nedlastet 22.11.2019).
20. Woods HC, Scott H. #Sleepyteens: Social media use in adolescence with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. Journal of Adolescence. 2016 august; 51: 41–9. Doi: 10.1016/j.adolescence.2016.05.008
21. King ALS, Valenca AM, Cardoso A, Sancassiani F, Machado S, Nardi AE. Nomophobia: Impact of cell phone use interfering with symptoms and emotions of individuals with panic disorder compared with a control group. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. 2014 februar; 10(1): 28–35. Doi: 10.2174/1745017901410010028
22. Grønseth R, Markestad T. Pediatri og pediatrisk sykepleie. Bergen: Fagbokforlaget; 2017.
23. Helgesen LA. Menneskets dimensjoner. Oslo: Cappelen Damm AS; 2017.
24. Helsedirektoratet. Bruk av sosiale medier i helsestasjon og skolehelsetjenesten. Oslo; Helsedirektoratet; 2019. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/sosiale-medier-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten (nedlastet 29.05.2019).
25. Ogden T. Sosial kompetanse og sosial læring hos barn og unge. Oslo: Helsedirektoratet; 2012. Tilgjengelig fra: http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Sosial-kompetanse-og-sosial-laring-hos-barn-og-unge/ (nedlastet 29.05.2019).
26. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM, Jakobsen R, Lundervold AJ, Sivertsen B. Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study. BMJ Open. 2015; 5:e006748. Doi: 10.1136/bmjopen-2014-006748

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

DEL ARTIKKELEN

LAST NED PDF

FAGARTIKKEL:

Hyppig bruk av sosiale medier kan gi ungdom psykiske utfordringer

HOVEDBUDSKAP:

Personer med alvorlig psykisk lidelse er mer tilbøyelige til å bruke rusmidler enn andre, og de skårer lavt på viktige levekårsindekser. Men vi vet fortsatt lite om hvorfor og hvordan personer med psykoselidelse ruser seg. Deltakerne i denne studien brukte rusmidler for å mestre livet, kontrollere symptomer, motvirke bivirkninger av medikamenter og balansere ambivalens. De ønsket å bli rusfrie på grunn av frykt for å bli avhengig og rusens negative påvirkning på sosiale relasjoner og fordi rusen skapte avstand til personer og steder.

DOI-NUMMER:
10.4220/Sykepleiens.2020.80910

NØKKELORD:
Kvalitativ studie • Psykisk lidelse • Stoffmisbruk • Rus • Rusmiddel

Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

FORFATTER

Henning Pettersen
Førsteamanuensis, Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Innlandet

Profesjonelle helsearbeidere spør sjelden hvorfor og hvordan pasienter med alvorlige psykiske lidelser bruker rusmidler når det er grunn til å tro at de gjør det.

I denne artikkelen, som bygger på mitt doktorgradsarbeid fra 2015, redegjør jeg for hvilke erfaringer en gruppe pasienter med psykoselidelse og samtidig ruslidelse i oppsøkende behandling har med rusmidler.

VI VET LITE OM PSYKOSELIDELSE OG RUSBRUK

Personer med alvorlig psykisk lidelse er mer tilbøyelige til å bruke rusmidler enn andre (1, 2). Internasjonal forskning viser at disse personene skårer dårligere enn andre på viktige levekårsindekser (3), er vanskelige å få i behandling og har en tendens til å droppe ut av behandlingen (4).

Behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse) gjøres både i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og til en viss grad i kommunene.

Selv om vi vet mye om de skadelige virkningene av rusmidler, finnes det også forskning som viser at visse rusmidler i et gitt omfang har en positiv effekt for brukerne dersom de ikke bruker det for ofte, og ikke bruker for sterke rusmidler (5).

Men vi vet fortsatt lite om hvorfor og hvordan personer med psykoselidelse ruser seg. Er det tilfeldig hvilke rusmidler de bruker, i hvilke mengder, og hvor ofte de bruker det? Og er det slik at personer med en spesifikk psykiatrisk diagnose foretrekker bestemte typer rusmidler fremfor andre?

STADIG FLERE FÅR BEHANDLING I ACT-TEAM

Som en del av regjeringens satsing på samhandling i psykisk helsefeltet bevilget Helse- og omsorgsdepartementet gjennom statsbudsjettet for 2010 midler til opprettelse og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT-team) i Norge.

I løpet av perioden 2008–2012 startet departementet opp 14 slike team. Parallelt startet en forskningsbasert evaluering av disse teamene. Evalueringen viste at de som var inkludert i ACT, hadde redusert behov for innleggelser på sykehus og ble i mindre grad enn ved annen behandling underlagt tvangsvedtak (6).

> **«Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet.»**

I de påfølgende årene har stadig flere med ROP-lidelser fått behandling og oppfølging i ACT-team eller Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT-team), som har blitt et satsingsområde for helsemyndighetene.

DE FLESTE HADDE EN PSYKISK LIDELSE FØRST

Denne studien hadde et deskriptivt og eksplorativt design med en fenomenologisk tilnærming. Den handlet om forskningsdeltakernes livserfaringer og er beskrevet i tidligere arbeider (7–9).

MOTSETNINGSFYLT FORHOLD: Noen personer med psykoselidelse mener at de har bedre livskvalitet når de bruker rusmidler enn når de er avholdende. Illustrasjonsfoto: imageBROKER / NTB scanpix

Jeg gjennomførte til sammen 20 individuelle intervjuer med et utvalg av brukere (n = 11) med ROP-lidelse inkludert norske ACT-team. Inklusjonskriteriene var oppnådd bedring på områdene livskvalitet og/eller funksjonsnivå og/eller rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling.

Deltakerne var ni menn og to kvinner i alderen 27–63 år. De fleste var diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, men det var også deltakere med bipolar og uspesifisert psykoselidelse. For de fleste av deltakerne hadde den psykiske lidelsen vært fremtredende før de begynte med rusmidler.

Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet. De rusmidlene som deltakerne benyttet hyppigst, var cannabis og amfetamin. Også alkohol ble benyttet, men i noe mindre grad.

ALLE DELTAKERNE BODDE ALENE

De fleste ruset seg tre–fire ganger per uke, ofte i sammenheng med økte symptomer på den psykiske lidelsen. Fire av deltakerne hadde sluttet helt med rusmidler.

Alle bodde alene, de fleste i en bolig de leide gjennom kommunen, mens to av deltakerne eide leiligheten de bodde i. Fire av deltakerne var i lønnet arbeid, enten i praksisplass gjennom Nav eller annet tilrettelagt tilbud. De øvrige var helt eller delvis uføretrygdet.

Jeg gjennomførte individuelle intervjuer hjemme hos deltakerne eller i et egnet møterom i ACT-teamets lokaler. Intervjuene hadde en varighet på om lag en time. Deretter analyserte jeg den transkriberte teksten fra intervjuene med systematisk tekstkondensering (10).

FORHOLDET TIL RUS VAR MOTSETNINGSFYLT

Deltakerne i studien hadde et motsetningsfylt forhold til rusmidler. På den ene siden ga rusmidler dem positive opplevelser og var en måte å mestre den psykiske lidelsen på.

På den andre siden hadde de fleste også negative erfaringer med bruk av rusmidler og hadde etablert strategier for å kutte ut eller redusere bruken.

Hovedtemaene og undertemaene jeg kom frem til i studien, kan vi se i figur 1.

ALKOHOL DEMPET ANGST OG DEPRESJON

Jeg undersøkte hvordan ulike emosjonelle tilstander ble påvirket av rusmidler. Noen av deltakerne som brukte eller hadde brukt alkohol regelmessig, forklarte at hensikten med alkoholbruken var å dempe angst og depresjon og ta en pause fra alt som var vanskelig i livet.

Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler. Andre uttrykte en forkjærlighet for cannabis eller amfetamin og omtalte alkohol i negative ordelag ved at den ofte skaper større problemer både for enkeltindivider og på samfunnsnivå.

Årsakene de oppga for å bruke rusmidler, var at det både var en måte å unnslippe ubehagelige tilstander på og en mulighet til å fokusere på noe annet. De forklarte dette ved hjelp av uttrykk som pause, avbrudd eller flukt.

Noen hadde utviklet strategier for å innarbeide slike «timeouts» i sin hverdag, mens det skjedde mer vilkårlig for andre.

CANNABISBRUK MILDNET INDRE STEMMER

En av deltakerne (mann, 45 år) var diagnostisert med paranoid schizofreni og hadde brukt alkohol i mange år som en bevisst strategi for å håndtere angst og depressive tanker:

«Det går en periode på 24 dager, og så kommer det 12 øl som stopper det vanskelige [...] som en pause. Og det er å være et annet sted fordi du er full. Altså, da er jeg er fornøyd når jeg begynner på blanke ark og fortsetter 24 dager til. Og så kommer det tolv øl [...] og så går jo livet sånn, da. Så får du jo kanskje en takk av Gud eller et eller annet fordi du har greid det.»

Flere av deltakerne anså bruk av cannabis som en måte å håndtere indre stemmer på. I de fleste tilfellene kunne cannabisbruk mildne påvirkningen av høye og dominerende eller befalende stemmer.

AMFETAMIN KUNNE REGULERE MANISKE FASER

Bruken av amfetamin så ut til å ha mange funksjoner. Et anvendelsesområde var å regulere eller initiere maniske faser ved bipolar lidelse. De av deltakerne dette gjaldt, forklarte at mani som var fremskyndet av amfetamin, var lettere å håndtere enn andre maniske episoder.

Fordi kontroll og stabilitet er viktig ved en bipolar lidelse, så de på amfetamin som et virkemiddel til å få hyppige-

> **«Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler.»**

re maniske faser, men at fasene var mindre dramatiske enn uten påvirkning av amfetamin.

Amfetamin syntes å være det foretrukne rusmiddelet når det gjaldt å håndtere plagsomme bivirkninger av antipsykotika. Vektøkning og medfølgende inaktivitet ble rapportert av mange av deltakerne som hadde brukt slike medikamenter.

ANTIPSYKOTIKA GJORDE DELTAKERNE SØVNIGE

Flere av deltakerne uttrykte at de hadde behov for flere våkne dager siden antipsykotika gjorde dem sløve og søvnige. Det gjorde at de fikk en utpreget trang til å sove både dag og natt.

En av deltakerne (mann, 33 år) var diagnostisert med en schizoaffektiv lidelse og hadde brukt ulike antipsykotika i en årrekke:

«Jeg sto på Zyprexa, da fikk jeg angst og sov veldig mye. Det var da amfetaminbruken min begynte, så det har nok litt å gjøre med virkningen av antipsykotisk medisin. Jeg husker at jeg sov så mye... at jeg ønsket meg en dag eller en helg i måneden hvor jeg var våken.»

Deltakernes årsaker til å bruke rusmidler handlet også om ambivalens og tvil. Det samme rusmiddelet kunne ha forskjellige betydninger, virkninger og konsekvenser for ulike personer.

BRUK AV RUSMIDLER KUNNE SKAPE PROBLEMER

I et overordnet perspektiv anerkjente deltakerne den positive korttidsvirkningen av rusmidlene, men samtidig var de bevisst på skadelige langtidsvirkninger. Bruk av rusmidler kunne skape problemer, men likevel bidro de til at deltakerne fungerte bedre på mange arenaer.

Noen deltakere hadde erfart at spesielt amfetamin ga dem økt energi og livslyst, men at de senere kunne få ubehagelige skjelvinger og oppleve betydelig nedstemthet.

Figur 1. Hovedtemaer og undertemaer som kom frem under analysen.

En deltaker (mann, 40 år) slet med overvekt og hadde brukt både amfetamin og cannabis for å gå ned i vekt. Han mente at det kunne være en hårfin balansegang. Han forklarte:

«Jeg husker at amfetamin gjorde at jeg gikk raskt ned i vekt, men etter hvert ble det ikke noe behagelig. Noen ganger har jeg brukt cannabis fordi det ikke har den umiddelbare effekten. Det er best å gjøre det gradvis. Jeg håper å stabilisere vekten på et akseptabelt nivå slik at jeg kan føle et slags velvære.»

Alle deltakerne brukte rusmidler for å håndtere episoder som oppsto på grunn av den psykiske lidelsen. Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.

MANGE FRYKTET MER ALVORLIG RUSMISBRUK

Rusmidlene kunne være til hjelp for å mestre noen plagsomme symptomer knyttet til deltakernes psykiske lidelse på kort sikt, men de fleste deltakerne innså at langtidsvirkningen av rusmidlene var negativ. De innså at det var viktig å kunne redusere eller slutte med rusmidler.

Mange uttrykte redsel for å utvikle toleranse overfor rusmidler og en mulig overgang til mer alvorlig rusmisbruk. De anså injisering av heroin som det farligste.

For de fleste deltakerne var en overgang fra rusmisbruk til avhengighet et symbol på en alvorlig forverring av selvbildet, noe som syntes å bidra til at noen hadde klart å kutte ut bruken av rusmidler. En av deltakerne (mann, 40 år), som for det meste hadde brukt alkohol, uttrykte seg slik:

«Det beste er egentlig å holde seg unna alkoholen fordi hvis du har drukket i mange år, vil det fortsatt fremstå som en fristelse, både drikking og bruk av andre rusmidler. Du har et toleransenivå. Denne veien starter i det små, og etter hvert blir det heroin. Hasj ligger omtrent i midten. Så målet må være å ikke begi seg ut på den veien eller stake ut en annen kurs før det er for sent.»

DELTAKERNE SLET MED AVHOLDENHET

Deltakerne fryktet å miste kontrollen på rusbruken og bli så påvirket at det forverret den psykiske lidelsen. Likevel ble perioder med avholdenhet opplevd som vanskelig for flere av dem fordi de ofte kjente på følelser som utilstrekkelighet og frykt.

Det syntes som om fraværet av rusen ledet til både positive og negative opplevelser. Alle deltakerne hadde erfart perioder med avholdenhet, men de fleste hadde ikke vært avhengig av rusmidler. Flertallet mente at de hadde et gjennomgående bedre funksjonsnivå når de holdt seg unna rusmidler.

Relasjonelle faktorer var innbefattet i de fleste betingelsene for å klare å slutte med rusmidler. Aktiviteter med ulike formål og i ulike kontekster ble ofte nevnt og assosiert med forholdet til andre mennesker.

De fleste av deltakerne hadde erfart at å gjenopprette bånd med familie og nære venner og være i stand til å delta i dagliglivets aktiviteter var helt avgjørende.

Mange av årsakene deltakerne oppga for å bli rusfrie, handlet om betydningen av sosiale relasjoner og å unngå isolasjon og ensomhet. Argumentene var at man måtte være edru for å finne en partner, og at å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.

DELTAKERNE UNNGIKK TIDLIGERE RUSMILJØER

De fleste av deltakerne fortalte om den negative innflytelsen fra tidligere rusmiljøer. For å unngå å vende tilbake til tidligere venner i rusmiljøene var det avgjørende for dem å motstå trangen til å gjenoppsøke disse miljøene.

Det fungerte ikke å innta en slags «mellomholdning». Det var enten-eller. En deltaker (mann, 43 år) hadde vært inn og

> **«Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.»**

ut av rusinstitusjoner mange ganger og hadde etter hvert utviklet en strategi for å stå imot rustrangen:

«Jeg hadde ommøblert leiligheten, slik at det var annerledes å komme hjem den siste gangen, fordi jeg har opplevd å komme hjem på permisjon når alt i leiligheten minnet meg om mitt tidligere liv, og jeg ble fristet til å ruse meg igjen. Den siste gangen fikk jeg ikke slike tanker i det hele tatt og har klart å holde meg rusfri siden.»

RUSMIDDELBRUKEN HADDE ULIKE FORMÅL

Deltakerne i studien ruset seg hovedsakelig for å håndtere vanskelige følelser og plagsomme symptomer på en alvorlig psykisk lidelse. De samme rusmidlene ble brukt til ulike formål for ulike personer.

For eksempel ble amfetamin brukt som et beroligende middel i forbindelse med plagsomme indre stemmer, for å kompensere for emosjonell avflating og som et slankemiddel. Deltakerne som uttalte dette, hadde en psykoselidelse.

Funnene fra studien støtter den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen (11) fordi spesifikke rusmidler ble brukt for å håndtere plagsomme symptomer, ubehagelige følelser eller dysfori.

Disse funnene avviker imidlertid fra andre studier som har undersøkt pasientenes perspektiver, der det kom frem at bruk av rusmidler hovedsakelig hadde en negativ effekt på psykoselidelsen (12, 13). Det er imidlertid uklart hva som er plagsomme symptomer, ubehagelige følelser og dysfori (14).

FÅ HADDE NEGATIVE ERFARINGER MED RUS

Det som skiller funnene i de ovennevnte studiene fra denne studien, er at deltakerne primært hadde en ruslidelse, mens deltakerne i denne studien hadde utviklet en

psykoselidelse over flere år med påfølgende rusmisbruk.

Et annet viktig aspekt kan være at flertallet av deltakerne i denne studien rapporterte få negative erfaringer med bruk av rusmidler, antakelig fordi de fleste av dem ikke hadde utviklet avhengighet.

Et annet fremtredende funn i denne studien var at deltakerne vektla å ta det riktige rusmiddelet på riktig måte for å redusere skadelige effekter. I så henseende var amfetamin det hyppigst benyttede rusmiddelet.

Forskningslitteraturen sier lite om hvordan utbredelsen av amfetamin og andre stimulerende midler er blant personer med psykoselidelser, og hvordan midlene brukes.

Det er få studier som omhandler hvordan personer med psykoselidelser bruker og erfarer virkningen av slike rusmidler, selv om det finnes eldre studier som har funnet at personer med schizofreni har lettere for å utvikle aktiv psykose ved bruk av stimulerende midler enn personer med andre psykiske lidelser (15).

DE FÆRRESTE KLARTE Å BLI RUSFRIE

Få deltakere i denne studien hadde klart å bli rusfrie. En mulig forklaring er at de fleste av dem, som tidligere nevnt, ikke hadde utviklet avhengighet og heller ikke ruset seg daglig. Mange hadde derfor ikke opplevd alvorlige skadevirkninger av sitt rusmiddelbruk.

Noen av dem som var avholdende, og noen av dem som fortsatt ruset seg, men hadde initiert rusfrie perioder, uttalte at frykten for å bli avhengig eller psykotisk var et argument for å kutte ut rusen.

Frykt for å utvikle avhengighet som en motivasjon for avholdenhet er ikke gjenfunnet i andre studier, selv om det er rapportert om negative konsekvenser av rusen som motivasjon for å bli rusfri (12, 16).

De overnevnte studiene skilte seg imidlertid fra denne studien ved at de omhandlet deltakere med gjennomgående tungt rusmiddelmisbruk.

STØTTENDE NETTVERK HAR STOR BETYDNING

Mine resultater indikerer at deltakernes ruserfaringer kombinert med psykisk lidelse ga dem en bevissthet om at langsiktig eller kortsiktig avholdenhet fra rusmidler var viktig for å opprettholde stabilitet i livet.

Et hovedfunn i denne studien var at deltakerne måtte ta avstand fra sitt tidligere rusmiljø for å oppnå rusfrihet. Dette samsvarer med resultatene fra Davis og O'Neills studie, som også undersøkte deltakernes strategier for å bli rusfrie (17).

Andre kvalitative studier med utvalg som ikke var direkte sammenliknbare med denne studien, identifiserte imidlertid ikke avstand som strategi for å bli rusfri (16, 18, 19).

Flere av deltakerne i denne studien viste til betydningen av å kutte ut rusmiddelbruken for å finne en partner og komme ut av isolasjonen. Betydningen av et støttende sosialt nettverk var fremtredende, og til en viss grad ble behandlere i ACT ansett som en del av nettverket.

En gradvis bevisstgjøring om at rusmiddelbruk kom i konflikt med et vanlig liv og personlig velbefinnende, var fremtredende hos deltakerne. Flere kvalitative studier har konkludert med at støttende nettverk hadde mest å bety for at personer med psykoselidelse kunne oppnå rusfrihet (20–22).

RUSMIDDELBRUK BLE IKKE ANSETT SOM MISBRUK

Henwood og medarbeideres casestudie identifiserte tre begivenheter som bidro til at personer klarte å kutte ut rusmiddelbruken: vendepunkter i livet, gradvis modning og institusjonsbehandling (18). Denne studien var sammenliknbar med min studie bortsett fra at deltakerne hadde vært rusfrie over lengre tid.

> **«Det å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.»**

Å finne den rette balansen og gjenvinne eller opprettholde stabiliteten var viktig både for dem som fortsatt brukte rusmidler, og hadde eller ikke hadde rusfrie perioder, og for dem som hadde kuttet ut rusmidler.

De aktive brukerne legitimerte rusmiddelbruken mer som bruk enn misbruk. Deltakerne mente at moderat bruk av alkohol og cannabis var harmløst. Det meste av ambivalensen var knyttet til bruk av amfetamin, som flere av deltakerne hadde både gode og dårlige erfaringer med.

Ut fra funnene kan det se ut som om mennesker med psykoselidelse ofte opplever motstridende følelser knyttet til sin bruk av rusmidler (13). Samtidig kan det å bli rusfri være både besværlig og konfliktfylt (16). For mennesker både med og uten alvorlig psykisk lidelse har rusen flere ansikter.

BEHANDLERE MÅ SPØRRE OM RUSMIDDELBRUK

Når det gjelder selvmedisinering, bør behandlere være oppmerksomme på at pasientene kan anvende rusmidler for å lindre symptomer på psykisk lidelse, og at spesifikke rusmidler kan brukes for å motvirke både positive og negative symptomer på psykoselidelse.

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

Slik kartlegging bør også ta i betraktning om rusmiddelbruken har foranlediget psykisk sykdom, eller vice versa. Nettopp det kan ha innvirkning på pasientenes syn på rusmidlenes funksjon.

HVORFOR TRENGER PASIENTENE RUSMIDLER?

Behandlere trenger å motivere brukere til å redusere rusmiddelbruken, og brukere trenger hjelp til å håndtere angst og depresjon. Hvordan man kan leve med å høre indre stemmer, blir også viktig i behandlingen.

Ved kartlegging av rusmiddelbruk er det like viktig å spørre om hvordan og hvorfor pasientene bruker rusmidler, som hvilket rusmiddel de benytter.

Ved behandling med antipsykotika bør behandlere nøye vurdere bivirkningene av medikasjonen. Noen personer med psykoselidelse synes å ha bedre livskvalitet når de bruker rusmidler enn når de er avholdende.

I noen grad kan det innebære å jobbe sammen med brukerne for å minimere snarere enn å eliminere rusmiddelbruken, og behandlere bør i større grad være bevisst på slike forhold.

REFERANSER

1. Hartz S, Pato C, Medeiros H, Cavazos-Reg P, Sobell J, Knowles J, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. Jama Psychiatry. 2014;71(3):248–54. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.3726
2. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(3):165. DOI: 10.1097/yco.0b013e3283523dcc
3. Padgett DK, Smith BT, Henwood BF, Tiderington E. Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. Am J Orthopsychiatry. 2012;82(3):421–30. DOI: 10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x
4. Fredwall TE. En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse. Oppsummering nr. 10. Omsorgsbiblioteket; 2018.
5. Wagstaff C. Towards understanding the self-perception of people with psychotic illness who use illicit substances and have a history of disengagement from mental health services: qualitative research. Int J Psychiatr Nurs Res. 2007;12(3):1503–20.
6. Landheim A, Ruud T. Evaluering av ACT-team. Sluttrapport: Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse. Lørenskog: Akershus universitetssykehus; 2014.
7. Pettersen H, Ravndal E, Ruud T, Landheim A. Searching for sobriety: How persons with severe mental illness experience abstaining from substance use. J Addict Res Ther. 2014;5(4). DOI: 10.4172/2155-6105.1000193
8. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Landheim A. Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. Int J Qual Stud Health Well-being. 2013;8:21968. DOI: 10.3402/qhw.v8i0.21968
9. Pettersen H. Erfaringer med rusmiddelbruk og oppsøkende behandling hos personer med psykoselidelse. (Doktorgradsavhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795–805. DOI: 10.1177/1403494812465030
11. Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry. 1997;4(5):231–44. DOI: 10.3109/10673229709030550
12. Charles V, Weaver T. A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. J Ment Health. 2010;19(1):99–106. DOI: 10.3109/09638230802523039
13. Cruce G, Øyehagen A, Nordstrøm M. Experiences of alcohol and other drugs in individuals with severe mental illness and concomitant substance use disorders. Mental health and Substance use: dual diagnosis. 2008;1(3):228–41. DOI: 10.1080/17523280802317404
14. Henwood B, Padgett D. Re-evaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. Am J Addict. 2007;16(3):160–5. DOI: 10.1080/10550490701375368
15. Lieberman J, Kane J, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizofrenia. Psychopharmacology. 1987;91(4):415–33. DOI: 10.1007/bf00216006
16. Laudet A, Magura S, Vogel H, Knight E. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. Am J Orthopsychiatry. 2004;74:365–75. DOI: 10.1037/0002-9432.74.3.365
17. Davis KE, O'Neill SJ. A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders. Psychiatr Serv. 2005;56(10):1288–91. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1288
18. Henwood B, Padgett D, Smith B, Tiderington E. Substance abuse recovery after experiencing homelessness and mental illness: case studies of change over time. J Dual Diagn. 2012;8(3):238–46. DOI: 10.1080/15504263.2012.697448
19. Asher C, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. BMC psychiatry. 2010;10:94. DOI: 10.1186/1471-244x-10-94
20. Alverson H, Alverson M, Drake R. Social patterns of substance-use among people with dual diagnoses. Ment Health Serv Res. 2001;3(1):3–14. DOI: 10.1023/a:1010104317348
21. Gomez M, Primm A, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Hong T, Crum R. A description of precipitants of drug use among dually diagnosed patients with chronic mental illness. Community Ment Health J. 2000;36(4):351–62.
22. Thommesen H. Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer. (Doktorgradsavhandling.) Bodø: Høgskolen i Bodø; 2008.

QR-KODE

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

LES ARTIKKELEN LASTNED PDF

FAGARTIKKEL:

Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse

Derfor skrev jeg denne artikkelen

Henning Pettersen

Førsteamanuensis. Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskolen i Innlandet

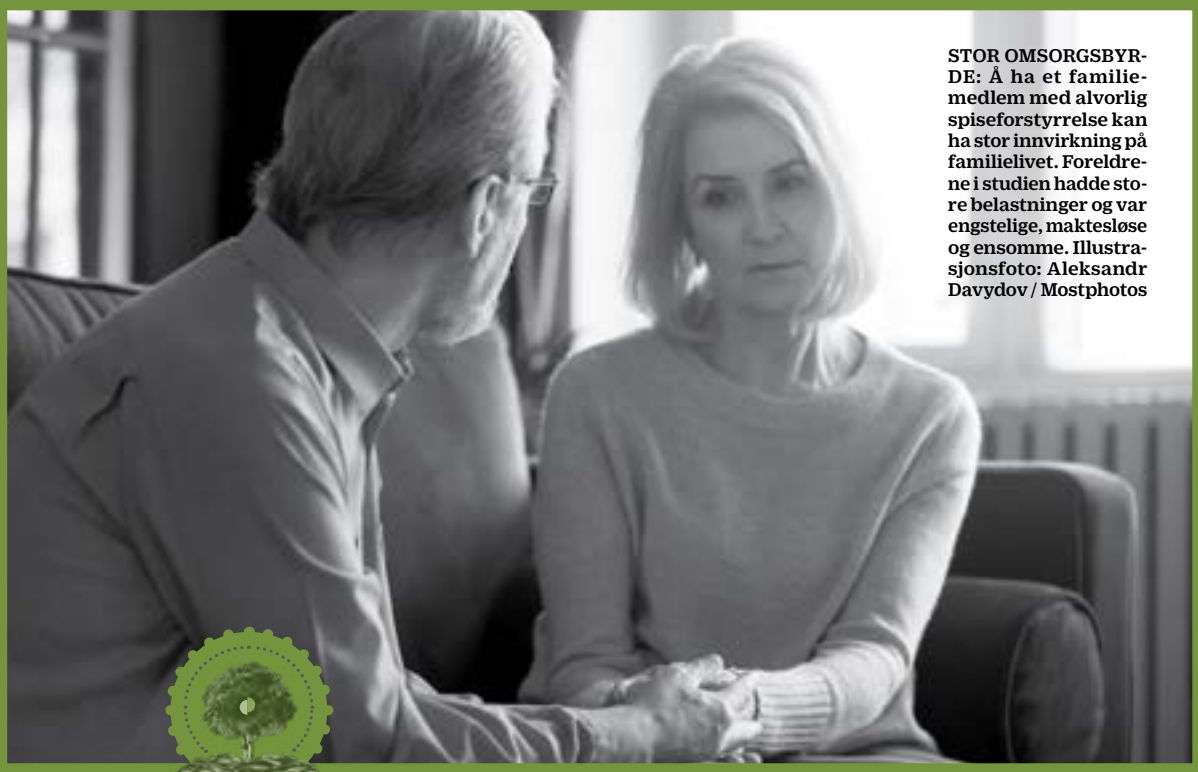
Fagartikkelen ble skrevet på oppfordring fra *Sykepleien*, som ønsket mer stoff om tematikken rus og psykisk helse. Samtidig var det en fin anledning for meg til å nå ut til et større publikum med de viktigste funnene fra doktorgradsarbeidet mitt.

Forskning de siste 20 årene har vist at behandling for både ruslidelse og psykisk lidelse bør gjøres samtidig, såkalt integrert behandling. Dessverre er det få helseforetak og kommuner som tilbyr slik behandling.

Sykepleiere som jobber på feltet, bør kjenne til hvilke sammenhenger det er mellom ruslidelse og psykisk lidelse, og fronte behandlingstiltak som bidrar til integrert behandling.

Det som opptar meg mest for tiden, er hva som blir resultatet av rusreformutvalgets innstilling om hvorvidt straff for besittelse og bruk av illegale rusmidler skal erstattes med behandling.

I tillegg er det viktig i dagens situasjon med koronaviruset og isoleringstiltak at tilbudet til mennesker med ruslidelser og psykiske lidelser blir opprettholdt, slik at ikke angst og ensomhetsfølelse forsterkes hos en sårbar gruppe.



STOR OMSORGSBYRDE: Å ha et familiemedlem med alvorlig spiseforstyrrelse kan ha stor innvirkning på familielivet. Foreldrene i studien hadde store belastninger og var engstelige, maktesløse og ensomme. Illustrasjonsfoto: Aleksandr Davydov / Mostphotos

FORFATTERE

Anne-Lise Grønningsæter Loftfjell
Universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Mo i Rana

Solveig Margaret Thomassen
Universitetslektor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Mo i Rana

Jannike Karlstad
Ph.d.-stipendiat, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Bodø

Berit Støre Brinchmann
Professor, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Nord universitet, Bodø og Nordlandssykehuset, Bodø

NØKKELORD

Spiseforstyrrelse ◗ Foreldreerfaringer ◗ Kvalitativ studie ◗ Anoreksi ◗ Bulimia nervosa ◗ Bulimi

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.81474

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Å ha et familiemedlem med alvorlig spiseforstyrrelse kan ha stor innvirkning på familielivet. Tidligere forskning viser at foreldrene opplever angst og bekymring samt økt omsorgsbyrde og belastning. Sammenliknet med pårørende til mennesker med andre alvorlige psykiske lidelser har denne gruppen en større omsorgsbyrde. De gir uttrykk for å ha et større behov for informasjon og støtte fra hjelpeapparatet. Det viser seg å være sammenheng mellom varigheten av sykdommen og erfaringene til de pårørende.

Hensikt: Formålet med denne studien var å beskrive foreldres erfaringer med å ha en voksen datter med alvorlig spiseforstyrrelse. Kunnskap om foreldrenes erfaringer kan bedre hjelpetilbudet til familien.

Metode: Vi brukte kvalitative dybdeintervjuer med åpne spørsmål for å få frem foreldrenes erfaringer, etterfulgt av Graneheim og Lundmans innholdsanalyse. Deltakerne var fem mødre og seks fedre til en voksen datter (21–23 år) med anoreksi eller bulimi.

Resultater: Tre kategorier ble identifisert: «På tå hev», «Spiseforstyrrelsen tar over hjemmet» og «Ensomhet»

Konklusjon: Funnene viser at disse døtrenes alvorlige spiseforstyrrelse førte til en livssituasjon for foreldrene som besto av stress, angst, skam, maktesløshet, svekket helse og ensomhet. Helsevesenet viste til taushetsplikten og mente at pasienten først og fremst var deres ansvar. Basert på disse funnene kom det frem at foreldrene alltid var «på tå hev». Videre førte situasjonen også til mindre kontakt med familie og venner. Foreldrene følte seg overlatt til seg selv med et ansvar som var overveldende. Det er viktig for helsepersonell å kjenne til foreldres erfaringer for å kunne samtale med dem om pårørenderollen og spiseforstyrrelsen. Slik kunnskap kan også brukes til å utvikle tjenester som imøtekommer pårørende til voksne på en bedre måte.

Foreldres opplevelse av å ha en voksen datter med spiseforstyrrelse

De er konstant på tå hev overfor datteren, blir ensomme og føler at spiseforstyrrelsen tar over hjemmet.

Å ha et familiemedlem med en alvorlig spiseforstyrrelse kan påvirke alle aspekter av familielivet. I denne studien er elleve foreldre til voksne kvinner med anoreksi eller bulimi blitt intervjuet om sine erfaringer som pårørende.

Mødre og fedre beskriver erfaringer fra hverdagen med et sykt familiemedlem samt sine opplevelser fra møter med hjelpeapparatet. Ansvars- og omsorgsoppgavene mange pårørende utøver overfor sine nærmeste, utgjør en sentral del av vårt samfunns totale omsorgsressurs (1).

Det er viktig for sykepleiere og helsepersonell å kjenne til foreldres opplevelser og erfaringer for å kunne samtale med dem om relevante temaer relatert til pårørenderollen og spiseforstyrrelsen.

Erfaringskompetanse, systematiserte og reflekterte bruker- og pårørendeerfaringer vektlegges i offentlige føringer, veiledere og i en kunnskapsbasert praksis. Pårørendes erfaringer kan anvendes til videreutvikling og forbedring av tjenestene.

Spiseforstyrrelser i Norge

Det foreligger ikke nøyaktige eller oppdaterte tall på forekomsten av spiseforstyrrelser i Norge. I 2015 ble 5500 pasienter behandlet for en spiseforstyrrelse i spesialisthelsetjenesten (2). Av disse var 43 prosent registrert med diagnosen anoreksi og 25 prosent med diagnosen bulimi (2).

En spiseforstyrrelse defineres som overopptatthet av mat, kropp og vekt i en slik grad at det begrenser livsutfoldelsen og forringer livskvaliteten (3). Anoreksi regnes som den mest dødelige diagnosen av alle psykiske lidelser (4).

Anoreksi kjennetegnes ved alvorlig undervekt og frykt for vektoppgang. Personer med anoreksi oppfatter ofte kroppen som stor til tross for undervekt. Bulimi kjennetegnes ved gjentatte episoder med overspising og påfølgende oppkast. Personer med bulimi er ofte normalvektige (3).

Pårørendes erfaringer

Weimand (5) belyser erfaringer med å være pårørende til mennesker med alvorlig psykisk lidelse og deres behov for støtte fra hjelpeapparatet. Å gi omsorg og støtte til sine nærmeste kan være meningsfullt og gi mestringsfølelse.

Pårørende kan også ha utfordringer og dilemmaer. De kan være utsatt for isolasjon, stress, belastning og utmattelse (1). Baronets (6) oversiktsstudie viser at psykisk lidelse hos et familiemedlem fører til økte belastnings- og omsorgsoppgaver for øvrige familiemedlemmer.

Tidligere studier av pårørende

Flere studier har sammenliknet pårørende til mennesker med spiseforstyrrelse med andre grupper som har alvorlige lidelser, som rusmisbruk, depresjon og schizofreni. Linacre og Hills (7) fant at pårørende til denne gruppen har dårligere livskvalitet enn pårørende til mennesker med psykoseproblematikk.

Flere av disse pårørende har svekket psykisk helse, stress og et innskrenket sosialt liv. Det er ofte sammenheng mellom pårørendes psykologiske velvære og sykdommens varighet, alvorlighetsgrad og utfall.

Pårørende til mennesker med spiseforstyrrelse opplever en høyere omsorgsbyrde enn dem som har omsorg for mennesker med psykoser (7). De uttrykker et behov for støtte og informasjon fra hjelpeapparatet samt mer involvering i behandlingen av den syke (8–13).

Pårørende sliter ofte med angst og depresjon når de lever sammen med noen som har en spiseforstyrrelse (6). Enkelte studier viser at spesielt mødrene har en høy grad av depresjon på grunn av familiesituasjonen (14–16). Mødre, til forskjell fra fedre, kan kjenne på en større omsorgsbyrde (17).

En del av litteraturen har fokusert på mindreårige med spiseforstyrrelser og pårørendes behov for hjelp og støtte (18–22). Foreldre til mindreårige med anoreksi kan beskrive et håp om tilfriskning, og at livskvaliteten enda ikke er så hardt rammet (20, 22).

Eisler (23) skriver at mange med spiseforstyrrelse ofte bor lenger hjemme hos sin primærfamilie enn jevnaldrende. Familiene involveres i større grad i den sykes liv enn hva som er naturlig i forhold til deres biologiske alder.

En systematisk oversiktsstudie viser at det er en sammenheng mellom spiseforstyrrelsens varighet og de pårørendes erfaringer (8). I en kvalitativ studie som omhandler langtidssyke med spiseforstyrrelse, kom det frem at det varierte i hvilken grad familien stilte opp for den syke (24).

Det er forsket lite på pårørende til voksne med langvarig spiseforstyrrelse (7). Vi har ved systematisk litteratursøk ikke funnet annen forskning på foreldre til voksne med anoreksi eller bulimi.

Hensikten med studien

Studiens hensikt er å beskrive hvordan det oppleves å være foreldre til en

voksen datter med alvorlig spiseforstyrrelse. Kunnskap om foreldres erfaringer kan bedre hjelpetilbudet til familien.

METODE

Forskningsdesign

Studien er kvalitativ og eksplorerende. Datainnsamlingsmetoden er individuelle intervjuer med foreldre til unge voksne kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser. Analysemetoden er Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (25).

Sisteforfatteren var prosjektleder, og studien er gjennomført av alle forfatterne. To medforskere med pasient- og pårørendeerfaring deltok i drøftingen av funnene.

Rekruttering og forskningsetikk

Foreldrene ble rekruttert via en enhet for spiseforstyrrelser ved et norsk sykehus. De hadde tidligere deltatt i multifamilieterapi (MFT) (26, 27) og ble forespurt av sisteforfatteren om å delta i forskningsprosjektet. Antallet deltakere ble fastsatt ut fra metning.

Fjorten foreldre ble forespurt. Av disse samtykket elleve til å delta. Vi inkluderte ikke flere i studien da det ikke lenger kom frem nye opplysninger i intervjuene.

Studien ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonens prinsipper. Forskningsprosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) 13.07.2017 (referansenummer 2014/1621/REK vest).

«Flere av foreldrene fortalte at de var i konstant alarmberedskap.»

Alle deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, og signerte samtykkeskjemaet. De ble også informert om at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien. Datamaterialet er anonymisert og behandlet konfidensielt.

Deltakere

Deltakerne besto av fem mødre og seks fedre til sju unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser (tabell 1).

Tabell 1. Deltakere

Deltaker (46–57 år)	Datter (21–23 år)	Andre barn (19–26 år)	Datterens bosted	Sivilstatus
1 mor	Anne	1	hos foreldrene	skilt
2 far	Bente	2	egen bolig	gift
3 mor	Catherine	1	hos foreldrene	gift
4 far				gift
5 far	Dagmar	1	egen bolig	skilt
6 mor	Emma	2	egen bolig	gift
7 far				gift
8 mor	Frida	2	egen bolig	gift
9 far				gift
10 far	Grete	1	egen bolig	skilt
11 mor				skilt

Figur 1. Intervjuguide

1. Kan du fortelle hvordan det har vært å være forelder til en voksen datter med alvorlig spiseforstyrrelse?
2. Er det noe som har vært spesielt utfordrende?
3. Forskning og erfaring viser at mange opplever angst, bekymring og depresjon. Er det noe du kjenner deg igjen i?
4. Hvordan opplevde du møtet med helsevesenet?
5. Har du kjent på skyldfølelse, ensomhet og sinne?
6. Skulle du ønske noe var annerledes?

Fem av de unge kvinnene hadde anoreksi som hoveddiagnose. Noen hadde innslag av oppkast og overtreningsproblematikk, og noen hadde i tillegg komorbiditet som selvskading og personlighetsforstyrrelser. To av kvinnene hadde bulimi.

Alle kvinnene hadde langvarige sykdomsforløp, fra to til sju år, og hadde vært innlagt flere ganger. De fleste hadde vært tvangsinnlagt. Ingen var innlagt da vi intervjuet foreldrene. En av foreldrene og en av søsknene hadde også spiseforstyrrelser.

Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble foretatt i tidsrommet 31.08.2017–19.10.2017. Vi intervjuet foreldrene hver for seg. Deltakerne valgte selv om de ville intervjues på et kontor på sykehuset eller hjemme hos seg selv. Første-, andre- og sisteforfatteren gjennomførte intervjuene. Sisteforfatteren deltok i alle intervjuene.

Første- og andreforfatteren deltok i opplæringsøyemed sammen med sisteforfatteren i seks av intervjuene. Tredjeforfatteren har jobbet klinisk med noen av pasientene og deltok ikke i datainnsamlingen. Vi benyttet kvalitative dybdeintervjuer med åpne spørsmål.

Deltakerne fikk følgende som innledende spørsmål: «Kan du fortelle hvordan det har vært å være foreldre til en voksen datter med spiseforstyrrelse?», og vi supplerte med tilleggsspørsmål (intervjuguide, figur 1). Vi utformet spørsmålene i intervjuguiden på bakgrunn av praksiserfaring og tidligere forskning.

Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk. Vi erfarte at deltakerne snakket veldig fritt om sine erfaringer, også om positive opplevelser. Intervjuene varte fra en til halvannen time, og vi benyttet lydbåndopptaker. Datamaterialet ble ordrett transkribert. Antallet ord i alle transkriberte intervjuer var 81 258.

Analyse

Analysemetoden er Graneheim og Lundmans (25) kvalitative innholdsanalyse. Intervjuene ble først lest for å danne et helhetsinntrykk av innholdet. Deretter identifiserte vi meningsenheter som ord, setninger og avsnitt, og kondenserte meningsenhetene ved å korte ned teksten.

De kondenserte meningsenhetene

ble kodet, og kategorier ble dannet ved å slå sammen koder med innholdsmessige sammenhenger (25) (tabell 2).

Alle forfatterne deltok i analysen. Alle forfatterne analyserte det første intervjuet i fellesskap. Deretter fordelte vi de resterende ti intervjuene mellom oss og jobbet med identifisering av meningsenheter, kondensering, koding og kategorisering – først hver for oss, og senere to og to.

I dette arbeidet rullerte vi, slik at alle samarbeidet med hverandre gjennom prosessen. Avslutningsvis møttes alle forfatterne for å drøfte foreløpige underkategorier og forslag til hovedkategorier. Disse kategoriene ble også presentert og diskutert med to medforskere som hadde pasient- og pårørendeerfaring.

RESULTATER

Funnene i intervjuene kan oppsummeres i tre kategorier: «På tå hev», «Spiseforstyrrelsen tar over hjemmet» og «Ensomhet»

På tå hev

Hovedfunnet i studien beskriver en gjennomgående opplevelse hos foreldrene av å være «på tå hev» for den syke datteren, i relasjonen foreldrene seg imellom, ellers i familien, overfor venner og også i møte med hjelpeapparatet.

Flere av foreldrene fortalte at de var i konstant alarmberedskap fordi de hele tiden forberedte seg på at noe alvorlig kunne skje. En far beskrev hvordan han lå utenfor datterens soverom om natten og passet på. I en annen familie lå en mor våken om natten med mobiltelefonen på nattbordet i tilfelle datteren sendte meldinger.

«Deltakerne beskrev situasjonen de var i, som så krevende at de kunne lure på om livet var verdt å leve.»

Enkelte beskrev en balansegang i måten å forholde seg på overfor datteren. Foreldrene kjente seg maktesløse mot datterens lidelse og følte at de måtte unngå alt som kunne skape konflikt. I enkelte hjem ble det innført regler for hva man kunne si og ikke si.

Feiltolkninger kunne utløse forferdelige sinneutbrudd. Besøk av venner og bekjente kunne også ende opp i konfrontasjoner fordi noe hadde blitt uttalt på feil måte eller blitt tolket feil av datteren. Flere av foreldrene fortalte at de følte seg bundet til regler for hva som kunne snakkes om, og at handlingsrommet også ble innskrenket overfor hjelpeapparatet.

Enkelte fryktet at de ville bli møtt med hjelpeapparatets krav om taushetsplikt, og noen unngikk å kontakte hjelpeapparatet da den syke datteren ikke ønsket en slik involvering fra foreldrene (tabell 3).

Spiseforstyrrelsen tar over hjemmet

Foreldrene opplevde at spiseforstyrrelsen tok mer og mer over livet til datteren, og til slutt tok den også over hjemmet og var styrende for familiens liv. Mat ble tabu i hjemmet. Noen foreldre sluttet helt å lage mat for å unngå matlukt i huset.

Høytider og sammenkomster med familie og venner kunne bli en stor belastning. For enkelte ble dette for utfordrende; de sluttet å delta på familiesammenkomster og andre sosiale settinger som inkluderte mat for å beskytte seg selv og datteren.

Foreldrene syntes det var vanskelig å se at datteren ble tynnere og tynnere, og at de ikke kunne snakke om det. Lidelsen ble styrende for hva familien kunne samtale om (tabell 3).

Ensomhet

Deltakerne fortalte om ensomhet i parforholdet og i familien fordi spiseforstyrrelsen splittet foreldrene og førte til konflikter mellom dem, og mellom datteren og foreldrene. Mange foreldre beskrev at de hadde mistet kontakten med venner og familie på grunn av datterens lidelse.

Venner og familie forsto ikke hvor vanskelig de hadde det, og situasjonen i familien var så preget av spiseforstyrrelsen at det var vanskelig å ha besøk. Deltakerne følte seg veldig alene som pårørende. Når de tok kontakt med helsepersonell for å få hjelp, råd eller informasjon, viste de ofte til taushetsplikten. Informasjonen de fikk, var preget av det datteren selv ønsket å formidle.

Som pårørende bekymrer man seg, selv om barnet er over 18. Foreldrene visste ikke alltid om datteren var innlagt, eller om det gikk bra eller ikke. Når man har alvorlig lidelse i familien og opplever å bli avvist av helsevesenet, forsterkes ensomhetsfølelsen.

Deltakerne beskrev situasjonen de var i, som så krevende at de kunne lure på om livet var verdt å leve. De erfarte at det

Tabell 2. Eksempel på meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder og kategori («Ensomhet»)

Deltaker	Meningsenhet	Kondensering	Kode	Kategori
1. mor	«Det behandlingsapparatet vi hadde hjemme, avviste oss, pårørende veldig.»	Hjelpeapparatet avviser pårørende	Ensomhet hjelpeapparat	Ensomhet
2. far	«Nå er det sånn at vi har en voksen. Det er enda verre, du har ikke en unge. Du har en voksen person og informasjonen du får, er veldig begrenset.»	Begrenset informasjon til pårørende til voksne	Ensomhet hjelpeapparat	Ensomhet
8. mor	«Jeg følte at jeg ikke fikk svar på mine spørsmål. Man hadde ingen kjennskap til det, og man omgås ingen man kunne spørre om det.»	Manglende kunnskap ingen å spørre.	Ensomhet hjelpeapparat	Ensomhet
1. mor	«Det var helt forferdelig, det var veldig ensomt. Det var ingen som forsto hvordan det var å være i denne situasjonen uten å ha vært det selv.»	Ingen forstår uten egen erfaring	Ingen forstår	Ensomhet
3. mor	«Du har ikke noen å støtte deg til utenom ar[ved]. Det finnes ikke en forening […] Du kjenner ingen du kan snakke med.»	Ingen å støtte seg til eller spørre	Total ensomhet	Ensomhet
4. far	«Ja, venner, har vi venner? Nei, vi har ikke noen venner.»	Ingen venner	Ensomhet venner	Ensomhet
9. far	«Jeg følte meg helt tilsidesatt, totalt. Akkurat som om jeg var alene om det.»	Opplevelse av total ensomhet	Alene som far	Ensomhet

livet de tidligere hadde levd, var borte, og fryktet at de aldri skulle få det tilbake. De ønsket å rømme fra situasjonen (tabell 3).

DISKUSJON

Foreldrene følte seg overlatt til seg selv, sin mangel på kunnskap og alle utfordringer som spiseforstyrrelsen førte med seg. De opplevde at det ikke fantes noen de kunne ta kontakt med.

Opplevelsen av ensomhet og lite hjelp og støtte blir forsterket av at samfunnet generelt har liten bevissthet om og forståelse for spiseforstyrrelser, skriver Highet og medarbeidere (28). Denne studien er fra Australia, hvor tilgangen på helsetjenester beskrives som manglende eller lite tilgjengelig.

I Fowlers (9) oversiktsartikkel er majoriteten av studiene fra Australia og England. Her rapporters det om at lang ventetid kan bidra til en forverring av tilstanden. En annen australsk studie viser at oppmerksomheten kun er på den syke, til tross for at spiseforstyrrelsen påvirker hele familien (29).

Familier i middelhavslandene kan ha høyere toleranse for å ta vare på de syke, da det er vanligere å bo sammen lenger (8). Kultur har ikke bare innvirkning på hvordan man ser på forekomsten av spiseforstyrrelser, men påvirker også hvordan hjelpeapparatet fungerer (30).

Taushetsplikten virket utestengende

Til tross for det norske velferdssystemet rapporterte også foreldrene i vårt utvalg om manglende støtte fra hjelpeapparatet, og at taushetsplikten føltes som en hemsko. Det kan være vanskelig å sammenlikne disse funnene på tvers av kulturer, da det kan tenkes at pårørendes forventninger til hjelpeapparatet er ulike.

> «Taushetsplikten føltes som en hemsko.»

I velferdsstater som Norge forventer pårørende en viss form for hjelp og er opptatt av kvaliteten på hjelpen som tilbys. Noe som går igjen, er at taushetsplikten virker utestengende, og at pårørende generelt blir lite involvert i behandlingen. I flere av de utenlandske studiene er temaet at hjelpen uteblir.

Tabell 3. Sentrale sitater

Deltaker		På tå hev
11	mor	«Det å sove med mobilen på nattbordet, ikke på lydløs.»
1	mor	«Jeg lå jo på alerten hele tiden og var livredd for å få ei melding [...]. Jeg var livredd for at hun skulle ta livet av seg på naborommet. Jeg våknet mange ganger av melding og kodeord. Da sto hun klar i gangen til å dra til legevakten midt på natten. Så hun sov jo ikke, og jeg sov jo omtrent ikke.»
4	far	«Jeg følte at jeg tråkket i salaten hele tiden [...] Vi hadde skrevet lister som hang på kjøleskapet om hva vi kunne si og ikke si.»
8	mor	«Det var kjempetøft å være mamma når hun la lokk på det. Vi fikk ikke lov til å snakke om det. Det var kanskje det verste. Man hadde ingen man kunne snakke med.»
		Spiseforstyrrelsen tar over hjemmet
3	mor	«Vi kunne ikke lage mat hjemme, vi måtte også slutte å spise, så vi spiste på tur hjem fra jobb.»
10	far	«Å finne rom til de gode samtalene er jo veldig vanskelig når de hele tiden må være på hennes premisser.»
4	far	«Vi var helt styrt av sykdommen. Det var ikke noe godt å være hjemme. Man gruet seg til å komme hjem fra jobb, og det var godt å være borte.»
		Ensomhet
1	mor	«Det var helt forferdelig, det var veldig ensomt. Det var ingen som forsto hvordan det var å være i denne situasjonen uten å ha vært det selv.»
4	far	«Ja, venner, har vi venner? Nei, vi har ikke noen venner.»
9	far	«Jeg følte meg helt tilsidesatt, totalt. Akkurat som om jeg var alene om det.»

Dialog ble en vanskelig balansegang

Weimand (5) sier at pårørende til psykisk syke generelt opplever relasjonen som svært sårbar. Foreldrene i vår studie beskrev en balansegang i måten å forholde seg til datteren på. Forsøk på dialog med datteren kunne bli møtt med sinne, aggresjon, selvskading og avvisning.

De syntes også at det var vanskelig å sette grenser for uakseptabel atferd. Tilpasning til den sykes behov ble gjort på flere plan. Det var for eksempel utfordrende å ha besøk av familie og venner. Datteren kontrollerte familiens sosiale nettverk. Ifølge Eisler (23) føler pårørende seg ofte frosset fast i situasjonen.

De vet kanskje at det de gjør, er feil, men frykter at endringer kan forverre lidelsen. Situasjonen er vanskelig å komme ut av fordi datteren kontinuerlig er avhengig av hjelp og støtte. Hun er voksen, men trenger et barns omsorg (15).

Familiene følte seg stigmatisert

Highet og medarbeidere (28) fant at det ofte ble en balanse mellom å nå frem med et budskap og unngå konfrontasjon og trigge lidelsen. Pårørende unngikk å invitere venner og familie hjem. Noen opplevde også at nettverket ikke ønsket å komme på besøk. Familiene følte seg stigmatisert (28).

I vårt materiale kom ikke opplevelsen av stigma direkte frem, men man kan ane nyanser av stigma. Det er en forventning i samfunnet om at voksne barn skal klare seg selv. For utenforstående kan det være vanskelig å sette seg inn i den omsorgsbelastningen disse foreldrene opplever.

Ytterligere utfordrende er det dersom den syke bor hjemme. Hjemmene blir isolerte enheter der ingen slipper inn. Familiene blir alene med ansvaret for den syke (28).

Foreldrene etterkom den sykes behov

For å unngå en forverring av spiseforstyrrelsen etterkom foreldrene i vårt

materiale mange av døtrenes krav. Foreldrene tilrettela for den syke. Elementer av beskyttelse og overbeskyttelse kan være fremtredende i slike relasjoner, noe som kan føre til at foreldrene føler tap av kontroll, mens den syke opplever økt kontroll (31).

Fox og medarbeidere (10) fant at foreldrene strakte seg langt etter å møte behovene til den syke. Det innebar å omorganisere hverdagen, forsake aktiviteter og være borte fra jobb. Mye tid gikk med til å tilrettelegge og overvåke måltider.

Våre deltakere beskrev en slik endret familiedynamikk som skremmende og deprimerende. En mor i vårt materiale fortalte at familien sluttet å lage mat hjemme for å unngå konfrontasjoner. Mat er sentralt i ethvert hjem og er viktig for sosialt samhold, hygge og høytider.

I familier med spiseforstyrrelse fører nettopp mat og måltider til utrygghet, konfrontasjon og isolasjon. Den sykes behov for å kontrollere maten medfører kontrolltap og ensomhet hos foreldrene.

Disse momentene kan kanskje bidra til å forklare hvorfor pårørende til denne pasientgruppen beskriver en høyere omsorgsbyrde enn pårørende til mennesker med andre alvorlige psykiske lidelser (6, 7).

Foreldrene var redde for forverring av sykdommen

Flere av deltakerne uttalte at de var redde for at datteren skulle bli enda sykere og dø. Mange pårørende rapporterte at situasjonen var enda vanskeligere ved langvarige sykdomsforløp uten bedring og med manglende støtte (8–10, 28).

Kyriacou og medarbeidere (14) fant at spesielt mødrene til de med anoreksi har behov for psykososial støtte, og at deres egen psykiske helse er utsatt. I vårt materiale kom det ikke frem noen vesentlige forskjeller mellom mødres og fedres erfaringer.

Like erfaringer hos mødre og fedre kan også være kulturelt betinget fordi foreldre i Norge i dag anses som likeverdige omsorgsgivere. I enkelte andre land bærer kjønnsrollene preg av mer tradisjonelt mønster ved at mer av ansvaret faller på mor.

Studiens styrker og begrensninger

Studien er basert på et lite utvalg på elleve deltakere, og det kan tenkes at andre nyanser ville vist seg ved å intervjue et større utvalg. En av forfatterne har jobbet klinisk med den aktuelle pasientgruppen og bringer derfor med seg en forforståelse som kan tenkes å ha påvirket studien.

Fire forfattere har jobbet med studien, og derfor har den blitt sett på fra ulike synsvinkler, med ulike erfaringer. To medforskere med pasient- og

Fagartikkel eller forskningsartikkel?

Lurer du på hva som skiller de to artikkeltypene fra hverandre? Her er noen punkter:

Kriterier	Forskningsartikkel	Fagartikkel
Fagfellevurdering	Ja	Nei
Introduksjon/bakgrunn	Ja	Ja
Metodebeskrivelse	Ja	Nei (men kan ha metodedel)
Resultatbeskrivelse	Ja	Ja
Diskusjon	Ja	Ja
Krav til transparens og etterprøvbarhet	Ja	Nei
Krav til pålitelig metode (reliabilitet)	Ja	Nei, men pålitelige kilder
Krav til gyldige resultater (validitet)	Ja	Nei
Krav til overførbarhet/generaliserbarhet	Ja	Nei
Relevans for utøvelse av sykepleie	Ja	Ja
Resultatene kan tas direkte i bruk i praksis	Nei	Ja
Faglig vurdert av redaktør	Ja	Ja

pårørendeerfaring har også bidratt til å drøfte resultatene, noe som styrker studiens troverdighet og gyldighet.

Studiens pålitelighet er ivaretatt ved at vi har fulgt og beskrevet trinnene i analyseprosessen nøye. To og to forfattere analyserte hvert intervju, og alle forfatterne drøftet underkategorier og hovedkategorier i fellesskap.

KONKLUSJON

Hensikten med studien var å utforske hvordan foreldre opplever det å ha en voksen datter med alvorlig spiseforstyrrelse. En gjennomgående opplevelse hos foreldrene var å være «på tå hev».

Livssituasjonen besto i stor grad av å tilpasse seg til datterens sykdom. Opplevelsen av «ensomhet» og at «spiseforstyrrelsen tok over hjemmet» kan ses som konsekvenser av denne tilpasningen.

Belastninger, engstelse, maktesløshet og ensomhet var sentrale elementer. Foreldrene opplevde å bli isolert i sitt eget hjem, uten «innblanding» fra hjelpeapparatet. I hjemmet rådet hun som hadde spiseforstyrrelsen.

Kommunikasjonen i familien, matlagingen og måltidene, kontakten med det sosiale nettverket og informasjonen fra hjelpeapparatet ble tilpasset datterens sykdom. Foreldrene følte at de mistet kontrollen og følte seg overlatt til seg selv med et ansvar som var overveldende.

Studien viser at pårørende erfarte at de ikke fikk hjelp og støtte fra helsevesenet. Foreldrene ønsket informasjon, både for sin egen del og for datterens del, men opplevde å bli ekskludert til tross for at brukermedvirkning og familieperspektivet er lovpålagt.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Sykepleiere trenger kjennskap til vanlige utfordringer for og behov til foreldre for å kunne informere dem om andres erfaringer. Slik informasjon kan hjelpe foreldre til å forstå, skape mening og håndtere den krevende situasjonen de står i.

Kunnskap om foreldres erfaringer og behov kan også brukes til å utvikle tjenester som imøtekommer pårørende til voksne på en bedre måte. Det er behov for studier om gjennomføring, tilfredshet med og effekt av pårørendeinvolvering i behandling av voksne.

Videre kan det være aktuelt å undersøke om det er forskjell på pårørendeerfaringer når den syke er barn eller ungdom og voksen, om pårørendes erfaringer varierer ved ulike diagnoser, som anoreksi og bulimi, og om mødres og fedres erfaringer varierer.

Takk til våre medforskere Mari Wattum og Ragni Adelsten Stokland for nyttige innspill til artikkelen.

Anne-Lise Grønningsæter Loftfjell og Solveig Margaret Thomassen har delt førsteforfatterskap.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Pårørendeveileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen (nedlastet 23.03.2020).
2. Skarbø T, Rohde M. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis). Årsrapport for 2016 med plan for forbedringstiltak. Bodø: Nordlandssykehuset; 2017. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/50_arsrapport_2016_norspis.pdf (nedlastet 30.04.2020).
3. Skårderud F, Stänicke E, Haugsgjerd S, Maizels D, Engell S. Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
4. Seierstad A, Langengen IW, Nylund HK, Reinar LM, Jamtvedt G. Forebygging og behandling av spiseforstyrrelser. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2004.
5. Weimand BM. Experiences and nursing support of relatives of persons with severe mental illness. (Doktoravhandling.) Karlstad: Karlstad universitet, Faculty of social and life science; 2012.
6. Baronet A-M. Factors associated with caregiver burden in mental illness: a critical review of the research literature. Clinical Psychology Review. 1999;19(7):819–41.
7. Linacre SJ, Hill A. The wellbeing of carers of people with severe and enduring eating disorders (SEED). Leeds: University of Leeds; 2011.
8. Anastasiadou D, Medina-Pradas C, Sepulveda AR, Treasure J. A systematic review of family caregiving in eating disorders. Eating Behaviors. 2014;15(3):464–77.
9. Fowler E, Quayle E, Newman E. Supporting someone with an eating disorder: a systematic review of caregiver experiences of eating disorder treatment and a qualitative exploration of burnout management within eating disorder services. Edinburgh: University of Edinburgh; 2016.
10. Fox JR, Dean M, Whittlesea A. The experience of caring for or living with an individual with an eating disorder: a meta-synthesis of qualitative studies. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2017;24(1):103–25.
11. Hibbs R, Rhind C, Leppanen J, Treasure J. Interventions for caregivers of someone with an eating disorder: a meta-analysis. International Journal of Eating Disorders. 2015;48(4):349–61.
12. Sharkey D-AM. Caring for someone with an eating disorder: the experiences and perceptions of carers. Birmingham: University of Birmingham; 2007.
13. Zabala MJ, Macdonald P, Treasure J. Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. European Eating Disorders Review. 2009;17(5):338–49.
14. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. International Journal of Eating Disorders. 2008;41(3):233–42.
15. Hazell P, Woolrich R, Horsch A. Posttraumatic stress disorder in mothers of individuals with anorexia nervosa: a pilot study. Advances in Eating Disorders: Theory, Research and Practice. 2014;2(1):31–41.
16. Ma JLC. An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: implications for social work practice. Child and Family Social Work. 2011;16(1):33–42.
17. Masa'Deh R. Perceived stress in family caregivers of individuals with mental illness. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2017;55(6):30.
18. Bezance J, Holliday J. Mothers' experiences of home treatment for adolescents with anorexia nervosa: an interpretative phenomenological analysis. Eating Disorders. 2014;22(5):1–19.
19. Franta C, Philipp J, Waldherr K, Truttmann S, Merl E, Schöfbeck G, et al. Supporting carers of children and adolescents with eating disorders in Austria (SUCCEAT): study protocol for a randomised controlled trial. European Eating Disorders Review. 2018;26(5):447–61.
20. McCormack C, McCann E. Caring for an adolescent with anorexia nervosa: parent's views and experiences. Archives of Psychiatric Nursing. 2015;29(3):143–7.
21. Parks M, Anastasiadou D, Sánchez JC, Graell M, Sepulveda AR. Experience of caregiving and coping strategies in caregivers of adolescents with an eating disorder: a comparative study. Psychiatry Research. 2018;260:241–7.
22. Svensson E, Nilsson K, Levi R, Suarez NC. Parents' experiences of having and caring for a child with an eating disorder. Eating Disorders. 2013;21(5):395–407.
23. Eisler I. The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. Journal of Family Therapy. 2005;27(2):104–31.
24. Robinson PH, Kukucska R, Guidetti G, Leavey G. Severe and enduring anorexia nervosa (SEED-AN): a qualitative study of patients with 20+ years of anorexia nervosa. European Eating Disorders Review. 2015;23(4):318–26.
25. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105–12.
26. Brinchmann BS, Moe C, Valvik ME, Balmbra S, Lyngmo S, Skarbø T. An Aristotelian view of therapists' practice in multifamily therapy for young adults with severe eating disorders. Nursing Ethics. 2019;26(4):1149–59.
27. Skarbø T, Balmbra, S. Establishment of a multifamily therapy (MFT) service for young adults with a severe eating disorder – experience from 11 MFT groups, and from designing and implementing the method. Journal of Eating Disorders. 2020;8(9):2–12.
28. Highet N, Thompson M, King RM. The experience of living with a person with an eating disorder: the impact on the carers. Eating Disorders. 2005;13(4):327–44.
29. Hillege S, Beale B, McMaster R. Impact of eating disorders on family life: individual parents' stories. Journal of Clinical Nursing. 2006;15(8):1016–22.
30. Hoek HW. Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2016;29(6):336–9.
31. Treasure J, Sepulveda AR, Macdonald P, Whitaker W, Lopez C, Zabala M, et al. The assessment of the family of people with eating disorders. European Eating Disorders Review. 2008;16(4):247–55.

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Foreldres opplevelse av å ha en voksen datter med spiseforstyrrelse

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

HJELP TIL Å ENDRE ALKOHOLVANER: Pasientens livssituasjon, alkoholvaner og annen rusmiddelbruk kartlegges i én-til-én-samtaler med en ruskonsulent. Illustrasjonsfoto: Gabby Baldrocco / Mostphotos

FORFATTERE

Torgeir Gilje Lid
Overlege og postdoktor, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR), Helse Stavanger HF, Helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger og Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE Norwegian Research Centre

Hege Tvedt
Ruskonsulent og klinisk sosionom, KORFOR, Helse Stavanger HF

Birgitte Nathalie Idsøe
Ruskonsulent og klinisk spesialist i sykepleie, KORFOR, Helse Stavanger HF

Inger Bjørgo Hustvedt
Rådgiver, KORFOR, Helse Stavanger HF

Sverre Nesvåg
Forskningsleder, KORFOR, Helse Stavanger HF og Helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger

NØKKELORD

Alkohol · Alder · Kartlegging · Rusmiddel · Sykehus

DOI-NUMMER: 10.4220/Sykepleienf.2020.80932

SAMMENDRAG

Bakgrunn: For høyt alkoholforbruk er en viktig årsak til økt sykelighet og dødelighet. Norske sykehus er pålagt å fange opp og treffe nødvendige tiltak når alkoholvaner kan være medvirkende til pasientens helseproblem. Å forstå pasienters verdier, preferanser og erfaringer er sentralt i kunnskapsbasert praksis sammen med kunnskap om behandlingseffekt og klinikeres erfaringsbaserte kunnskap.

Hensikt: Å undersøke hvordan pasienter uten tidligere kjente rusproblemer opplevde det å få henvisning til og samtale med ruskonsulent.

Metode: Stavanger universitetssjukehus (SUS) har siden 2008 hatt en ruskonsulentordning, som i dag består av en sykepleier og en sosionom. Målet med ordningen er å bedre behandlingskvaliteten på somatiske avdelinger ved å fange opp og tilby hjelp for underliggende rusproblemer. Pasienter uten tidligere kjente rusproblemer som hadde samtale med en ruskonsulent ved SUS, ble invitert til et telefonintervju en uke etter innleggelsen.

Resultater: Flertallet av studiedeltakerne var positive til at alkoholvaner ble adressert. Pasienter under 60 år var gjennomgående mer positive, og de så en klarere sammenheng mellom alkoholvaner og egen helse enn pasienter som var 60 år og eldre. Nittitre prosent av deltakerne opplevde at samtalen med ruskonsulenten i noen eller stor grad handlet om deres egen helse og livssituasjon, mens 54 prosent trodde at alkoholvaner ville bli et tema hos fastlegen etterpå.

Konklusjon: Studien viser at pasienter uten tidligere kjente rusproblemer oftest aksepterer at alkoholvaner adresseres, og at de henvises til en ruskonsulent. Vi trenger mer kunnskap om hvordan alkohol kan tematiseres på måter som gir mening for den enkelte pasienten, og om hvilket perspektiv pasientene har på samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner?

Pasientene aksepterte å bli spurt om alkoholvaner og henvist til en ruskonsulent. De under 60 år var mest positive.

For høyt alkoholforbruk er en viktig årsak til økt sykelighet og dødelighet (1). Derfor er det både ut fra et folkehelseperspektiv og fra den enkelte pasientens perspektiv viktig at helsevesenet er oppmerksomt på alkohol som en mulig medvirkende årsak til – eller kompliserende faktor for – pasienters helseproblemer.

Alkoholomsetningen per person over 15 år i Norge økte med nærmere 40 prosent fra rundt 5 liter ren alkohol tidlig på 90-tallet og frem til cirka 2010, men har gått litt ned igjen og ligger nå på rett over 6 liter (2, 3). I et livstidsperspektiv vil 10–20 prosent oppleve skader forårsaket av rusmiddelbruk, og da som oftest alkohol (2).

Det første tiåret etter århundreskiftet økte antallet alkoholrelaterte sykehusinnleggelser med 44 prosent, regnet per 100 000 innbyggere (4). I Norge og i den vestlige verden for øvrig er det størst økning i alkoholforbruket hos den såkalte babyboom-generasjonen, de store årskullene som ble født de to første tiårene etter andre verdenskrig (5).

I tillegg gjør fysiologiske endringer, sykdomstilstander og medikamentbruk eldre mer sårbare for uheldige effekter av alkoholbruk (6).

Rutiner for å fange opp rusmisbruk er etablert

Oppdragsdokumentet til norske sykehus fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2013 presiserte at det skal være etablert «system ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og evt. henvise disse videre til tverrfaglig spesialisert behandling» (7).

Parallelt ble Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (NKTSB) opprettet, blant annet for å bidra til å utvikle slike tiltak. Liknende oppdrag er gitt i andre land, eksempelvis i Storbritannia, hvor anbefalingen er rutinemessig screening (8).

Men det har vært utfordrende å etablere slike rutiner som en del av vanlig klinisk praksis, og det har vært vanskelig å dokumentere effekt i forskningen (9, 10). Forskere ved Sørlandet sykehus, Kristiansand fant at det var en betydelig lavere andel av pasienter med risikofylt eller skadelig alkoholforbruk enn av røykere som fikk råd om endring i forbindelse med en sykehusinnleggelse (11).

Det er likevel belegg for å hevde at det å snakke med pasienter om alkoholvaner i forbindelse med en sykehusinnleggelse kan ha effekt hvis pasienten selv forstår sammenhengen mellom helseproblemet og behandlingen (12).

Hva mener pasienter om å bli spurt om rusbruk?

Sannsynligvis ønsker mange pasienter med alvorlige og sammensatte rusmiddelproblemer å motta hjelp i forbindelse med en sykehusinnleggelse (13). Men vi vet lite om hvordan pasienter som ikke tidligere har fått kartlagt sine alkoholvaner, opplever det å bli «identifisert» og tilbudt hjelp når de er innlagt (14).

Kunnskapsbasert praksis bygger på forskningsbasert kunnskap om behandlingseffekt, klinikeres erfaringsbaserte kunnskap og pasientenes verdier og preferanser (15). Pasienters aksept av å bli spurt om alkoholvaner er et sentralt spørsmål å utforske, da det er vist at helsepersonell har forestillinger om manglende aksept fra pasientene, og at det er en viktig barriere mot å spørre (16, 17).

Det er også vist i befolkningsundersøkelser at personer med risikofylt eller skadelig alkoholforbruk er mer negative til å kartlegge alkoholvaner i helsevesenet (18, 19).

Internasjonalt utføres kartleggingen hovedsakelig av sykepleiere på akuttmottak. De få kvalitative studiene som er utført, har primært identifisert barrierer, både personlige, systemrelaterte og pasientrelaterte (17, 20, 21).

Hensikten med studien

Målet med studien vår var å undersøke hvordan pasienter syntes det var å bli spurt om alkoholvaner for første gang under innleggelse på somatisk avdeling, og hvordan de opplevde den hjelpen de fikk. Vi undersøkte også om ulike aldersgrupper opplevde systematiske forskjeller.

METODE

Undersøkelsen ble gjennomført ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) i perioden 1. desember 2015 til 1. juni 2017. Pasientene ble rekruttert av ruskonsulentene i deres daglige arbeid.

Inklusjonskriteriene var alder over 18 år, ikke tidligere kartlagt eller behandlet for et alkoholproblem, i stand til å kommunisere på skandinavisk eller engelsk, normal kognitiv status og klinisk ikke ruspåvirket. I forbindelse med den første samtalen spurte ruskonsulentene om samtykke fra pasienter som tilfredsstilte inklusjonskriteriene.

Ruskonsulentordningen ved Stavanger universitetssjukehus

I 2008 startet SUS som første sykehus i

Norge et prosjekt med egen ruskonsulent i observasjons- og behandlingsposten (MOBA, en del av Akuttklinikken), infeksjonsmedisinsk avdeling og gastroenterologisk avdeling. Ordningen er nå en fast del av tilbudet ved alle somatiske avdelinger.

Målet er tidlig intervensjon ved rusrelaterte helseproblemer ved å identifisere og intervenere overfor risikofylt eller skadelig rusmiddelbruk, og dermed bedre behandlingen for den lidelsen eller skaden pasienten er innlagt for.

En sykepleier eller lege på avdelingen sender tilsynsforespørsel ved sykdommer, tilstander eller funn der alkoholvaner kan være relevant, ved akutte hendelser kombinert med beruselse, og ved bekymring fra pårørende. Ruskonsulentene driver også opplysningsarbeid overfor avdelingene og faggrupper.

Tilbudet, én-til-tre-samtaler på enerom, innebærer en kartlegging av pasientens livssituasjon, alkoholvaner og annen rusmiddelbruk og hjelp til å endre alkoholvaner. Samtalene gjennomføres hovedsakelig under innleggelsen, iblant kort tid etterpå.

Metoden bygger på *motiverende intervju* (MI), og råd og informasjon forankres i pasientens helseproblem (22). Fastlegen mottar en oppsummering av samtalen eller samtalene, og ved behov henvises pasienten til kommunale tiltak eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Ruskonsulentordningens målgrupper

Ruskonsulentordningen er rettet mot to målgrupper, der *primærgruppen* er pasienter med mulig alkoholrelaterte helseproblemer, men uten tidligere rusdiagnose og uten tidligere kartlegging av alkoholvaner. *Sekundærgruppen* er pasienter med kjente og alvorlige rusrelaterte helseproblemer, ofte med flere tidligere rusrelaterte innleggelser.

Figur 1 viser de ti vanligste innleggelsesårsakene for primærgruppen. Differensieringen mellom primær- og sekundærgruppen ble innført for å øke bevisstheten om «de usynlige» rusproblemene, særlig alkohol.

En kvalitativ studie hadde vist at fastleger var spesielt opptatt av å få tilbakemelding ved nyoppdagede alkoholproblemer, da de var klar over at det var en del pasienter med alkoholproblemer som de ikke visste om (23).

Manglende evidens for *hvilke* kartleggingsstrategier som er best egnet for *hvilke* pasienter, var bakgrunnen for at SUS valgte en strategi basert på klinisk relevans i stedet for generell screening av alle pasienter (14, 24). I studieperioden ble 1026 pasienter henvist til en ruskonsulent, hvorav 301 pasienter tilhørte primærgruppen.

«I et livstidsperspektiv vil 10–20 prosent oppleve skader forårsaket av rusmiddelbruk, og da som oftest alkohol.»

Opplysninger om totalmaterialet i studieperioden er hentet fra et tidsavgrenset kvalitetsregister knyttet til ruskonsulentordningen. Vi sammenliknet bakgrunnsopplysninger om deltakerne med bakgrunnsopplysninger for alle i primærgruppen i studieperioden.

Spørreskjemaet og intervjuet

I studien benyttet vi et spørreskjema utviklet for dette formålet. Spørsmålene i undersøkelsen er gjengitt i tabell 1, med antall svar på de ulike svaralternativene.

Intervjuet inneholdt åtte spørsmål med graderte svaralternativer og ett åpent spørsmål: «Er det noe annet du ønsker å fortelle oss om hvordan du opplevde det tilbudet du fikk om å snakke med en ruskonsulent?»

Både sykepleiere og pasienter kan oppfatte kartlegging av og intervensjon overfor uheldige alkoholvaner i helsevesenet som sensitivt. Derfor valgte vi spørsmålene for å belyse viktige vilkår for hvorvidt tilbudet ville bli akseptert av pasientene.

Spørsmålene adresserer hvorvidt pasientene fikk nødvendig informasjon om tilbudet, hvorvidt de opplevde det som relevant for og tilpasset sin situasjon, hvorvidt det ble gjennomført på en god måte, og hvorvidt de opplevde tilbudet som integrert i det øvrige helsetilbudet.

Pasienter som samtykket til å delta, ble intervjuet over telefon av en forskningsassistent en uke etter innleggelsen. Pasienter som ikke svarte på telefonen, ble ringt opp totalt tre ganger. Sammenhengen mellom deltakernes svar og alder er analysert med kjikvadrattester.

Vi brukte kjikvadrattest for å undersøke hvorvidt det var en signifikant forskjell på aldersgruppene. Dersom testen var signifikant, utførte vi parvise tester mellom to og to aldersgrupper. Analysene er gjort i SPSS 24.

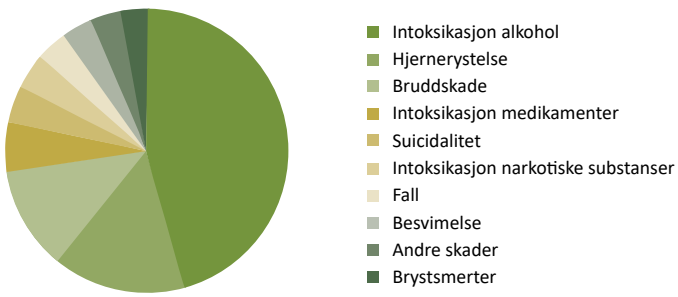
Etisk godkjenning

Forskningsprosjektet er godkjent av Personvernombudet ved SUS.

RESULTATER

I studieperioden ble det sendt totalt 1026 tilsynsforespørsler. Av disse var 301 pasienter i primærgruppen over 18 år. I primærgruppen som helhet var det 37 prosent kvinner, og 60 prosent var i arbeid, mens sekundærgruppen (725 pasienter) besto av 31 prosent kvinner, og 18 prosent var i arbeid.

Figur 1. De ti vanligste innleggelsesårsakene for primærgruppen



Ruskonsulentene gjennomførte minst én samtale med 182 pasienter, hvorav halvparten (91 pasienter) samtykket til å delta. Av disse 91 har 58 svart, mens 12 pasienter trakk sitt samtykke, og 21 pasienter svarte ikke da studiepersonellet ringte.

Dette gir en svarprosent på 64 av dem som samtykket. Det var 119 av de 301 pasientene i primærgruppen i studieperioden som ikke hadde samtale med ruskonsulent. Det skyldtes at pasienten ikke var til stede (utskrevet eller hadde selv forlatt avdelingen), pasientens tilstand (alvorlig somatisk syk, uavklart psykisk tilstand, beruselse eller kognitivt svekket) eller språkproblemer.

Nittien pasienter som hadde samtale med ruskonsulent, ble ikke invitert til å delta eller samtykket ikke. De fleste av disse ble ikke invitert fordi de fremsto som for syke, kognitivt svekket eller klinisk ruspåvirket i samtalen.

Men det er dessverre ikke registrert hvor mange som ikke ble spurt på bakgrunn av at de ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene, og hvor mange som ble spurt, men som ikke samtykket til å delta.

Tabell 1. Fordeling av svar på spørsmål 1–9

	n = 58 (antall respondenter)
Kjønn	
Mann	41
Kvinne	17
Alder (gjennomsnittsalder: 46 år)	
18–29 år	17
30–39 år	4
40–49 år	9
50–59 år	11
60–69 år	10
70–79 år	7
Avdeling	
Mottaks- og observasjonsavdeling (MOBA)	32
Annen	26
1. Ble du informert om hvorfor du ble henvist til ruskonsulent?	
Nei, ikke i det hele tatt	9
Ja, i noen grad	12
Ja, i stor grad	32
Ikke svart	5
2. Skjønner du hvorfor du ble henvist til ruskonsulent?	
Nei, ikke i det hele tatt	7
Ja, i noen grad	14
Ja, i stor grad	34
Ikke svart	3
3. Snakket ruskonsulenten slik at du forsto henne?	
Nei, ikke i det hele tatt	0
Ja, ganske godt	5
Ja, svært godt	53
Ikke svart	0
4. Hvordan opplevde du ruskonsulentens faglige dyktighet?	
Som dårlig	1
Som ganske god	10
Som svært god	47
Ikke svart	0
5. Hvilken informasjon fikk du om mulige sammenhenger mellom dine alkoholvaner og din helse?	
Ingen informasjon	3
Noe informasjon	27
Mye informasjon	28
Ikke svart	0
6. Opplevde du at samtalen(e) handlet om din helse og livssituasjon?	
Nei, ikke i det hele tatt	4
Ja, i noen grad	26
Ja, i stor grad	28
Ikke svart	0
7. Hvor fornøyd er du med de eventuelle avtaler som er gjort om videre oppfølging?	
Ikke fornøyd	0
Litt fornøyd	2
Svært fornøyd	19
Ikke aktuelt	37
Ikke svart	0
8. Tror du spørsmål om mulige sammenhenger mellom dine alkoholvaner og din helse vil bli tatt opp i den videre kontakten med din fastlege?	
Nei	24
Ja	28
Ikke svart	6
9. Er det noe annet du ønsker å fortelle oss om hvordan du opplevde det tilbudet du fikk om å snakke med en ruskonsulent? Svar i fritekst.*	
Positiv kommentar om tilbudet generelt	31
Positiv kommentar om personlig nytte av tilbudet	21
Negativ kommentar om tilbudet	8
Ingen kommentar	2

*Enkelte deltakere kommenterte flere forhold

Deltakerne og kjønnsfordeling

Pasienter i primærgruppen ble ikke registrert med identifiserbar informasjon. Derfor var studiedeltakerne i begge gruppene da vi sammenliknet dem med alle pasienter i primærgruppen som hadde hatt samtale med ruskonsulent.

Kjønnsfordelingen blant studiedeltakerne og blant pasientene i primærgruppen som helhet var noenlunde lik, med 29 prosent kvinner blant studiedeltakerne og 34 prosent kvinner i primærgruppen.

Førtifem prosent av studiedeltakerne var fra andre avdelinger enn observasjons- og behandlingsposten, mens denne andelen var noe lavere (36 prosent) i primærgruppen som helhet. Det var ingen klare forskjeller i alder mellom primærgruppen som helhet og studiedeltakerne.

Deltakerne var positive til henvisning og samtale

Det var høyest andel helt positive svar («ja», «i stor grad» eller «svært godt») på spørsmålene om hvordan de opplevde henvisningen og samtalen med ruskonsulenten, mens det var omtrent lik fordeling mellom helt positivt og delvis positivt svar på spørsmål om sammenhenger mellom alkoholvaner og egen helse og livssituasjon (tabell 1).

På spørsmål om videre oppfølging var to litt fornøyde og 19 svært fornøyde, mens de resterende 37 anga at spørsmålet ikke var aktuelt. Tjueåtte trodde at sammenhenger mellom alkoholvaner og egen helse også ville bli tatt opp i den videre kontakten med fastlegen. Dette var et høyere antall enn de 21 (spørsmål 7) som faktisk hadde fått avtaler om videre oppfølging.

De fleste forsto hvorfor de ble henvist

En grundigere undersøkelse av spørsmål 2, 6 og 8, som i særlig grad omhandlet pasientens egen forståelse av sammenheng mellom alkoholvaner og egen helse, presenteres i tabell 2. Sett under ett svarte et stort flertall av pasientene at de i noen eller stor grad skjønte hvorfor de ble henvist (87,3 prosent) (tabell 2).

Hele 93,1 prosent av deltakerne opplevde at samtalen i noen eller stor grad handlet om deres egen helse og livssituasjon (tabell 2). Klart flest pasienter i aldersgruppen 40–59 år (72,2 prosent) trodde at alkoholvaner ville bli et tema hos fastlegen, mens dette gjaldt et mindretall hos de under 40 og over 60 år (tabell 3).

«Et stort flertall av pasientene svarte at de i noen eller stor grad skjønte hvorfor de ble henvist.»

I fritekstsvarene så vi at over halvparten av de positive kommentarene dreide seg om tilbudet generelt, mens under halvparten av disse kommentarene omhandlet egen opplevelse av nytte av tilbudet (se tabell 3 for eksempler). Åtte av pasientene beskrev en negativ opplevelse med gjennomføringen eller innholdet i tilbudet.

Yngre var mer forståelsesfulle enn eldre

Vi har sett på sammenhenger mellom alder og svar på spørsmålene om de skjønte hvorfor de ble henvist (spørsmål 2), om de opplevde at samtalen handlet om deres egen helse og livssituasjon (spørsmål 6), og om mulig oppfølging hos fastlegen (spørsmål 8).

Dette er nøkkelspørsmål om pasientenes opplevelse av identifikasjonen og intervensjonen samt deres forventninger om oppfølging hos fastlegen. Pasienter i gruppen 18–39 år var signifikant mer forståelsesfulle over at de ble henvist til ruskonsulent enn pasienter som var 60 år og eldre.

De over 60 år opplevde i mindre grad enn de yngste (18–39 år) at samtalen handlet om deres egen livssituasjon. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på 18–39 år og 40–59 år for spørsmål 2 og 6. For spørsmål 8 fant vi ingen signifikante forskjeller på aldersgruppene.

Tabell 2. Aldersfordeling på tre spørsmål

Spørsmål 2: **Skjønner du hvorfor du ble henvist til ruskonsulent?**

		Alder			
		18–39 år	40–59 år	60 år og over	I alt
Skjønner	Nei, ikke i det hele tatt	5,0 %	15,8 %	18,8 %	12,7 %
	Ja, i noen grad	10,0 %	31,6 %	37,5 %	25,5 %
	Ja, i stor grad	85,0 %	52,6 %	43,8 %	61,8 %
I alt		100,0 %	100,0 %	100,0 %	

Pearsons kjikvadrat = 7,446, p = 0,114, n = 55 av 58.

To aldersgrupper (18–39 og 60 år og over): Pearsons kjikvadrat = 6,806, p = 0,033, n = 36 av 58.

Ingen signifikans ved sammenlikning av de andre kombinasjonene.

Spørsmål 6. **Opplevde du at samtalen(e) handlet om din livssituasjon?**

		Alder			
		18–39 år	40–59 år	60 år og over	I alt
Opplevelse	Nei, ikke i det hele tatt	4,8 %	10,0 %	5,9 %	6,9 %
	Ja, i noen grad	23,8 %	40,0 %	76,5 %	44,8 %
	Ja, i stor grad	71,4 %	50,0 %	17,6 %	48,3 %
I alt		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Pearsons kjikvadrat = 12,062, p = 0,017, n = 58.

To aldersgrupper (18–39 og 60 år og over): Pearsons kjikvadrat = 11,259, p = 0,004, n = 38.

Ingen signifikans ved sammenlikning av de andre kombinasjonene.

Spørsmål 8. **Tror du spørsmål om mulige sammenhenger mellom dine alkoholvaner og din helse vil bli tatt opp i den videre kontakten med din fastlege?**

		Alder			
		18–39 år	40–59 år	60 år og over	I alt
Tatt opp	Nei	57,9 %	27,8 %	53,3 %	46,2 %
	Ja	42,1 %	72,2 %	46,7 %	53,8 %
I alt		100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Pearsons kjikvadrat = 3,811, p = 0,149, n = 52 av 58.

To aldersgrupper:

Ingen signifikans ved sammenlikning av noen av kombinasjonene.

DISKUSJON

Målet med denne studien var å undersøke hvordan pasienter som var innlagt på somatisk avdeling, opplevde det å få sine alkoholvaner kartlagt for første gang på sykehus, og hvordan de opplevde henvisningen til og samtalen med ruskonsulenten.

Resultatene viste at det store flertallet av pasientene selv forsto bakgrunnen for henvisningen, og at de opplevde at samtalen med ruskonsulenten i noen eller stor grad var relevant for deres egen helse.

Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller, men signifikant færre pasienter over 60 år var positive til henvisningen og til sammenhengen mellom alkoholvaner og egen helse.

Studien ble utført som en del av vanlig klinisk praksis ved SUS. Det betyr at pasientene ble identifisert av sykepleiere eller leger i MOBA eller ved sengepost, og at de fikk råd og

veiledning fra ruskonsulentene som til vanlig utfører denne tjenesten.

Studiens styrker og svakheter

Det er en styrke at studien er praksisnær og utforsker det kliniske arbeidet som gjøres til vanlig. Men samtidig er det også en viktig svakhet ved studien at vi mangler tall for hvor mange av de 91 som ikke samtykket, som ble spurt og takket nei, og hvor mange som ikke ble spurt fordi de ikke oppfylte inklusjonskriteriene.

Vi har heller ikke opplysninger om deltakernes alkoholvaner. Sekstifire prosent av de 91 inkluderte gjennomførte undersøkelsen.

Det var ingen forskjeller i alder og kjønn på deltakerne i studien og de andre i primærgruppen. Det underbygger at vårt materiale er representativt for en stor andel av pasientene som innlegges i somatisk avdeling uten kjent rusdiagnose fra før, der alkohol direkte eller indirekte spiller en rolle. Dette er en styrke ved studien.

Forskningen på korte alkoholintervensjoner ved sykehus er som oftest utført på akuttmottak, og både kartlegging og intervensjon gjennomføres ofte av studiepersonale og ikke klinisk personale, noe som svekker den eksterne validiteten til disse studiene (9, 10). Det er liten forskjell på deltakerne i vår studie og primærgruppen som helhet, noe som styrker relevansen til funnene våre.

Mange ville gått under radaren

Pasienter med alkoholrelaterte helseproblemer, men uten kjente rusproble-

«Signifikant færre pasienter over 60 år var positive til henvisningen og til sammenhengen mellom alkoholvaner og egen helse.»

mer fra før, er vanskelige å kjenne igjen hvis ikke sammenhengen med alkoholvaner er direkte og åpenbar. Figur 1 viser at en god del av innleggelsene er åpenbart alkoholrelaterte. Spesielt gjelder det intoksikasjoner, men for mange av skadene vil sammenhengen ofte være mindre åpenbar.

I tillegg er det en del i primærgruppen med uklare årsaker, som falltendens, synkope og brystsmerter. Vi vet ikke hvor stor andel av pasientene som ville blitt spurt om alkoholvaner, også uten ruskonsulentordningen.

Men som beskrevet er en betydelig høyere andel i primærgruppen (60 prosent) i arbeid eller studerer enn i sekundærgruppen (18 prosent), og det er en klart større andel kvinner i primærgruppen (37 prosent) enn i sekundærgruppen (31 prosent).

Disse tallene indikerer at uten spesielle tiltak for å fange opp underliggende rusproblemer ville mange av disse pasientene gjennomgått innleggelse og behandling uten at mulig sammenheng med alkohol ble erkjent og håndtert.

Mange trodde fastlegen ville ta opp alkoholvaner

Halvparten av deltakerne svarte at de trodde at fastlegen ville ta opp sammenheng mellom alkoholvaner og helse. Det oppfatter vi som et høyt tall ut fra det vi vet om alkoholsamtaler i helsevesenet. Men vi vet ikke om de selv tenkte å ta opp temaet, eller om de trodde at legen kom til å gjøre det.

Vi vet heller ikke hvorfor halvparten ikke trodde at alkoholvaner ville bli et tema hos fastlegen. Det kan skyldes at de opplevde problemet som lite, og at de derfor ikke trengte videre hjelp. En betydelig andel endrer sine alkoholvaner uten videre hjelp fra helsevesenet (25).

Det kan også være at temaet er skambelagt og derfor vanskelig å snakke om, eller at de ikke ønsket å snakke med akkurat fastlegen om det, eller at de ikke visste om fastlegen var interessert i temaet. Fra tidligere forskning vet vi at allmennleger ser på relevante sykehusinnleggelser som en god inngang til å ta opp spørsmål om alkoholvaner (23).

Interessant er det også at et klart flertall i gruppen på 40–59 år trodde at alkoholbruk ville bli tatt opp hos fastlegen, mens yngre og eldre ikke trodde det. Vi vet at en sykehusinnleggelse kan være en tydelig spore for pasienten til å reflektere over egne alkoholvaner, også uten at de har fått målrettet hjelp (12).

Pasienter over 60 har større sårbarhet for alkohol og dermed større risiko for helseskader forårsaket av alkohol, basert på fysiologiske aldersforandringer, andre sykdomstilstander og medikamentbruk (26).

Tabell 3. Eksempler på fritekstsvar

Spørsmål	Svar
«Er det annet du ønsker å fortelle oss om hvordan du opplevde det tilbudet du fikk om å snakke med ruskonsulent?»	**Positive kommentarer om tilbudet generelt**
	«Et greit tilbud. Passet ikke meg siden jeg ikke akkurat har problemer, men greit at det finnes og lettere å få hjelp på denne måten enn å søke hjelp selv – hvis man trenger det.»
	«Det var ok nok og ruskonsulenten forklarte godt og var forståelsesfull, men siden jeg ikke har problemer, var det ikke nødvendig, men greit nok.»
	Positive kommentarer om personlig nytte av tilbudet
	«Veldig imponert over at ruskonsulent kom tilbake da jeg ikke var til stede på avdelingen første gang hun kom. Helt greit at det ble tatt opp, har ingenting å skjule. Kom jo inn med noe annet, det vil si hjertet, og er glad for at kroppen ikke har tatt mer skade. Det er så godt å få hjelp nå.»
	«Et kjempebra tilbud. Fra legen som spurte meg om jeg ville snakke med ruskonsulent til ruskonsulenten hadde vært der, opplevde alt som positivt. Jeg hadde tenkt på at dette med alkohol var et problem, men er usikker på om jeg selv hadde tatt kontakt med noen. Sikkert fastlegen min, men, veldig bra tilbud.»
	Negative kommentarer om tilbudet
	«Følte måten jeg ble møtt på og måten spørsmålet om jeg vil snakke med ruskonsulent ble stilt på av sykepleiestudenten, var dårlig. Følte meg som en alkoholiker og stemplet med én gang.»
	«Opplevde det negativt at fastlegen skulle få papirer. Det hadde jeg ønsket å få vite før samtalen. Hadde jeg visst det, hadde jeg ikke snakket med ruskonsulent.»

Det er derfor bekymringsfullt at pasienter i denne aldersgruppen var minst positive til at alkoholvaner tematiseres under en innleggelse.

Spesielt eldre har nytte av tiltak om alkoholbruk

Det er foreslått å bruke mer ressurser på korte alkoholintervensjoner på kveld, natt og helg (24, 27). Det vil styrke mulighetene til å hjelpe pasienter som blir innlagt for akutte, åpenbart alkoholrelaterte hendelser (28).

Men uklare kliniske problemstillinger, som illebefinnende, fall og gjentatte innleggelser for magesmerter eller brystsmerter, vil sjeldnere vurderes som alkoholrelaterte (28). Disse pasientene er ofte eldre og innlagt på vanlig sengepost, og mer oppmerksomhet på korte alkoholintervensjoner på akuttmottak vil neppe bidra til bedre helsehjelp for dem (24).

Det er derfor en styrke for undersøkelsen at så mange som 45 prosent av deltakerne kom fra andre poster enn MOBA. Tiltak basert på alkoholbrukens relevans for pasientens helseproblem synes å være spesielt nyttig hos eldre, både på grunn av redusert toleranse for alkohol, flere relevante kliniske problemstillinger og hyppigere kontakt med helsevesenet (26, 29).

Flertallet var positive til å henvises til ruskonsulent

Fritekstsvarene viser at de aller fleste deltakerne var positivt innstilt til tilbudet, enten som en generell betraktning eller fordi de opplevde det som personlig nyttig. Av de åtte negative kommentarene omhandlet de fleste måten identifikasjonen og henvisningen til ruskonsulent, hadde skjedd på.

Flere hadde samtidig positive kommentarer til samtalen med ruskonsulenten. Det indikerer at det er et stort behov for å normalisere det å snakke om alkoholvaner som en selvsagt del av diagnostikk, behandling og oppfølging.

Alkoholvaner kan være skambelagte og derfor vanskelige å snakke om, og det kan være ekstra vanskelig for pasienten selv å ta initiativ til en slik samtale. Som et av sitatene (tabell 3) viser,

er det også lett å såre pasienten med måten ting tas opp på, eller av at det tas opp i en situasjon som ikke ivaretar personvernet og verdigheten til pasienten (30).

Samtidig kan også alvoret i en sykehusinnleggelse være et godt utgangspunkt for pasienten til selv å tenke nytt om mulige sammenhenger mellom alkoholvaner og helse (12, 23).

KONKLUSJON

Pasienter som er innlagt på somatisk sykehus, aksepterer i stor grad at alkoholvaner adresseres, og at de henvises til en ruskonsulent som del av behandlingen. Dette er viktig kunnskap for å kunne utvikle tjenestene videre. Men pasienter over 60 år er i mindre grad positive til at alkohol tematiseres, enn yngre.

Vi trenger å normalisere det å snakke om alkoholvaner som en selvsagt del av diagnostikk, behandling og oppfølging. Vi trenger også mer klinisk rettet forskning for å få mer kunnskap om hvem som har behov for videre oppfølging, og hvilke tiltak som er virksomme.

REFERANSER

1. Knudsen AK, Kinge JM, Skirbekk V, Vollset SE. Sykdomsbyrde i Norge 1990–2013. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2013 (GBD 2013). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
2. Folkehelseinstituttet. Folkehelserapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
3. Statistisk sentralbyrå. Alkoholomsetning. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2018 [oppdatert 6. mars 2018, sitert 21. mars 2018]. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/varehandel-og-tjenesteyting/statistikker/alkohol
4. Rossow I. Challenges in an affluent society. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Norway 1990–2010. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2010;27:449–63.
5. Barry KL, Blow FC. Drinking over the lifespan: focus on older adults. Alcohol Res. 2016;38(1):115–20.
6. Stewart D, McCambridge J. Alcohol complicates multimorbidity in older adults. British Medical Journal Publishing Group; 2019;365:l4304.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2013 Helse Vest RHF. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
8. NICE. Alcohol-use disorders: prevention. I: Excellence NIfHaC, red. Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2010.
9. McQueen J, Howe TE, Allan L, Mains D, Hardy V. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. Cochrane Database Syst Rev. 2011(8):CD005191.
10. Drummond C, Deluca P, Coulton S, Bland M, Cassidy P, Crawford M, et al. The effectiveness of alcohol screening and brief intervention in emergency departments: a multicentre pragmatic cluster randomized controlled trial. PLoS One. 2014;9(6):e99463.
11. Vederhus JK, Rysstad O, Gallefoss F, Clausen T, Kristensen Ø. Kartlegging av alkoholbruk og røyking hos pasienter innlagt i medisinsk avdeling. Tidsskr Nor Legeforen. 2015;135(14):1251–5.
12. Bischof G, Freyer-Adam J, Meyer C, John U, Rumpf HJ. Changes in drinking behavior among control group participants in early intervention studies targeting unhealthy alcohol use recruited in general hospitals and general practices. Drug Alcohol Depend. 2012;125(1–2):81–8.
13. Velez CM, Nicolaidis C, Korthuis PT, Englander H. «It's been an experience, a life learning experience»: a qualitative study of hospitalized patients with substance use disorders. J Gen Intern Med. 2017;32(3):296–303.
14. Makdissi R, Stewart SH. Care for hospitalized patients with unhealthy alcohol use: a narrative review. Addiction Science & Clinical Practice. 2013;8(1):11.
15. Nortvedt MW, Jamtvedt GJS. Kunnskapsbasert praksis: engasjerer og provoserer. 2009;97(7):64–9.
16. Broyles LM, Rodriguez KL, Kraemer KL, Sevick MA, Price PA, Gordon AJ. A qualitative study of anticipated barriers and facilitators to the implementation of nurse-delivered alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment for hospitalized patients in a Veterans Affairs medical center. Addict Sci Clin Pract. 2012;7:7.
17. Hellum R, Bjerregaard L, Nielsen AS. Factors influencing whether nurses talk to somatic patients about their alcohol consumption. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2016;33(4):415–36.
18. Nilsen P, Bendtsen P, McCambridge J, Karlsson N, Dalal K. When is it appropriate to address patients' alcohol consumption in health care-national survey of views of the general population in Sweden. Addict Behav. 2012;37(11):1211–6.
19. O'Donnell A, Abidi L, Brown J, Karlsson N, Nilsen P, Roback K, et al. Beliefs and attitudes about addressing alcohol consumption in health care: a population survey in England. BMC Public Health. 2018;18(1):391.
20. Groves P, Pick S, Davis P, Cloudesley R, Cooke R, Forsythe M, et al. Routine alcohol screening and brief interventions in general hospital in-patient wards: acceptability and barriers. Drugs: Education, Prevention and Policy. 2010;17(1):55–71.
21. Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. BMC Public Health. 2017;17(1):562.
22. Lundahl B, Moleni T, Burke BL, Butters R, Tollefson D, Butler C, et al. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Patient Educ Couns. 2013;93(2):157–68.
23. Lid TG, Oppedal K, Pedersen B, Malterud K. Alcohol-related hospital admissions: Missed opportunities for follow up? A focus group study about general practitioners' experiences. Scand J Public Health. 2012;40(6):531–6.
24. Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. Drug & Alcohol Dependence. 2006;83(1):1–14.
25. Willenbring ML. The past and future of research on treatment of alcohol dependence. Alcohol Res Health. 2010;33(1–2):55.
26. Taylor C, Jones KA, Dening T. Detecting alcohol problems in older adults: can we do better? Int Psychogeriatr. 2014;26(11):1755–66.
27. Parkinson K, Newbury-Birch D, Phillipson A, Hindmarch P, Kaner E, Stamp E, et al. Prevalence of alcohol related attendance at an inner city emergency department and its impact: a dual prospective and retrospective cohort study. Emerg Med J. 2016;33(3):187–93.
28. Huntley J, Blain C, Hood S, Touquet R. Improving detection of alcohol misuse in patients presenting to an accident and emergency department. Emergency Medicine Journal. 2001;18(2):99–104.
29. Rehm J, Manthey J. The role of standardized instruments in identifying older adults with alcohol problems. Int Psychogeriatr. 2017;29(2):351–2.
30. Malterud K, Thesen J. When the helper humiliates the patient: a qualitative study about unintended intimidations. Scand J Public Health. 2008;36(1):92–8.

QR-KODE

FORSKNINGSARTIKKEL:

Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner?

Skann koden og kom rett til artikkelen på **sykepleien.no**

KOMMENTAR

Med faggruppene i front:

– Klinisk fagutvikling og forskning må være våre fremste oppgaver

«Faget i front.» Hva betyr det? For faggruppene er det selvsagt. Vi har alltid jobbet med faget i front.

Mette Irene Ramstad Dønåsen
Leder, Sentralt fagforum i Norsk Sykepleierforbund

Det er en ny vind i Sykepleierforbundet. Sosiale medier har denne våren vært fulle av artikler, innspill og faglige kronikker fra sykepleiere. Aviser og Dagsnytt 18 har kappet om å få tilgang til vår forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen.

Men mange sykepleiere har ikke noen tradisjon for å skrive. Å skrive om sykepleie er en måte å utvikle profesjonen på, det utfordrer oss og er en vei til bevissthet og refleksjon.

Å skrive fagartikler og forskningsartikler, og å gjøre disse tilgjengelige for våre sykepleierkolleger, er, slik jeg ser det, noe av det viktigste vi gjør. Det trengs en klar og tydelig sykepleierstemme i fremtidens helsetjenester, og den starter med solid sykepleierdeltakelse i utviklingen av vårt eget fag.

Sykepleiefag og klinisk kompetanse er i stadig bevegelse og i kontinuerlig utvikling. Vi sykepleiere har et viktig ansvar i å henge med på, og bidra til, denne utviklingen.

Det tar fortsatt cirka 17 år før dokumentert forskning etableres i praksis. Det er altfor lang tid. Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.

HVORFOR ER DET VIKTIG Å SKRIVE OG FORMIDLE?

Fagartikler og forskning bidrar til å styrke kunnskapsbasen og kvaliteten på sykepleierutdanningen, sykepleieutøvelsen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Kunnskapen som formidles, er viktig i praksisnært arbeid, for generell fagutvikling og for å løfte frem sykepleie som fag i et tverrfaglig samarbeid.

Gjennom å dokumentere kan vi knytte sammen teori og praksis, samtidig som vi kontinuerlig utvikler et felles språk for utøvelsen av faget vårt. Vi kan tallfeste og måle, men også utvikle kritisk tenkning som styrker faglig identitet og artikulering.

Metode og vitenskapsteori har fått en større plass i sykepleiefaget, og det stilles stadig høyere krav til fagartikler. Fagfellevurderte artikler har blitt vanlige for tidsskrifter innen sykepleie, og artiklene gjøres søkbare.

Lov om helsepersonell pålegger helsepersonell å holde seg oppdatert. Viktigst av alt er betydningen og resultatet når vi kan gi pasienten og brukeren det ferskeste og best dokumenterte tilbudet innen sykepleie. Faggruppene er opprettet blant annet med tanke på å oppnå dette.

KLINISK PRAKSIS OMSETTES TIL FAGLIG ARGUMENTASJON

I Sykepleierforbundet har vi 35 ulike faggrupper med rundt 27 000 medlemmer. Faget vårt spenner vidt, fra migrasjon til intensiv. Vi er der i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Fellestrekket er grunnleggende sykepleie.

For faggruppene og deres medlemmer innebærer de vedtektsfestede formålene at man er aktiv faglig, og samtidig klinisk nær, innen det spesifikke feltet. Flere faggrupper er sterke politiske pådrivere gjennom for eksempel kronikker, fagartikler og forskningsformidling.

Dette har resultert i bedre nasjonale retningslinjer og praksis. Noen ganger tar dette lang tid, men vi ser at strategisk arbeid gjennom artikler og forskning bidrar til et bedre helsetilbud.

Mange av faggruppene bidro til faglige nasjonale retningslinjer og veiledere i helsetjenesten under covid-19. Sykepleierne sto i front og var viktige aktører for å vise vei gjennom pandemien. Det å

Faggruppenes formål

- Skape møteplass for fag- og kunnskapsutvikling
- Bidra til utvikling av faglig identitet og tilhørighet
- Bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap
- Bidra til samarbeid og utvikling av kompetansenettverk på tvers av faggruppetilhørighet
- Bidra til å utvikle strategier, systematisk arbeid og kompetanse innen NSFs fag- og helsepolitiske prioriteringer
- Bidra til å utvikle og videreutvikle utdanningsprogrammer av høy kvalitet for sitt fagområde

Fra NSFs vedtekter § 5, faggruppenes vedtektsmodell § 3

KONTROLL OVER FAGUTVIKLINGEN: – Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget, skriver innleggsforfatteren. Arkivfoto: Bo Mathisen

argumentere faglig med sykepleie ble da avgjørende for å få gjennomslag.

Sentralt fagforum bidro ved å være en samarbeidsarena for faggruppene. Her kan faggruppene få hjelp til å omsette klinisk praksis til faglig argumentasjon. Vi motiverer hverandre, skaper nettverk og støtter opp om og legger til rette for å formidle den særegne kunnskapen og erfaringen faggruppemedlemmene har.

Vi trenger klinisk forskningskompetanse i sykepleie for å styrke kunnskapen og kompetansen til sykepleierne. Her er faggruppene i front, og vi ønsker flere med på laget.

VI MÅ KUNNE SKILLE GOD OG DÅRLIG KUNNSKAP

Større oppmerksomhet på ny forskning og fagutvikling tror jeg kan styrke rekrutteringen til faget vårt. Generasjonene som utdanner seg nå, er vokst opp med internett og rask tilgang til å få svar på det meste. Vi «oversvømmes» av informasjon fra internett og andre steder som er mer eller mindre kvalitetssikret.

Å kunne skille mellom kunnskap av god og dårlig kvalitet er blitt spesielt viktig gjennom de siste 15–20 årene. Kunnskapen fra en utdanning som er tjue år gammel, er ikke nødvendigvis relevant eller riktig lenger, og da blir det viktig at vi vender blikket mot nyere forskning.

Forskning handler om systematisering av erfaring og kunnskap og bevissthet rundt hvordan man handler og forstår. Flere rekrutteres til å søke opp forskning og fagartikler, dele kunnskap og påvirke gjennom selv å skrive artikler.

BØR VI HA SKRIVEPLIKT?

Flere videreutdanninger i sykepleie, helsesykepleie og jordmorutdanning endres nå til masterløp. Nye masterutdanninger for sykepleiere er med på at vi gjør faget til vårt eget. I stedet for at andre skal utvikle faget for oss, deltar vi aktivt nasjonalt i dette.

I Norge utdannes det hvert år rundt 660 spesialsykepleiere innen anestesi, barn, intensiv, operasjon og kreftsykepleie (ABIOK), 100–150 jordmødre og rundt 235 helsesykepleiere. Rundt 50 sykepleiere avlegger årlig en doktorgrad.

Kan vi snu tradisjonen til at det blir en positiv «plikt» å skrive artikler – minst én! – når du har gjennomført studiene dine? Herved er du og utdanningsfeltet ditt utfordret!

FÅR VI FAGLIG BOOST ETTER PANDEMIEN?

Sykepleie i praksis er både handy, tøft og aksjonsorientert. Du må kunne handle raskt, sette deg inn i pasientens situasjon og behov, og mestre avansert medisinsk utstyr på bakgrunn av kunnskap og erfaring.

Samtidig anvender vi nye, vitenskapelige forskningsmetoder ved hjelp av kunnskapspyramiden. Det er en

> **«Vi må selv produsere forskning om vårt eget fag.»** Mette Dønåsen

kraftig vekst i tilgjengeliggjøringen av forskning og svært mange gode metaanalyser. Metaanalyser gjør at vi får sikrere kunnskap ved at de samler mange enkeltstudier.

Sykepleie som fag kan etter pandemien få en ny faglig boost. Pandemien har for mange synliggjort verdien av sykepleie som fag og kompetanse, ikke bare som profesjon. Faget i front må dokumenteres og skrives om.

Klinisk fagutvikling og forskning må være vår fremste oppgave for å vise for oss selv, befolkningen og politikerne hva sykepleie er. Inviter andre til å få del i din innsikt og kunnskap som sykepleier – kanskje det motiverer kollegaen din til å skrive? Vi må bruke denne muligheten til å møte samfunnets behov for fremtiden.

VEILEDNING

FORFATTERVEILEDNING FOR FAG- OG FORSKNINGSARTIKLER

Før du sender inn fagartikkel til Sykepleien eller forskningsartikkel til Sykepleien Forskning, må du lese forfatterveiledningen.

Veiledningen inneholder viktig informasjon om blant annet maksimal lengde på manuskriptet, oppsett og tips til godt språk. Her står det også hvordan referansene skal skrives, og hvordan figurer og tabeller skal se ut.

FAG

Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for fagartikler.

QR-KODE

Forfatterveiledning for fagartikkel

FORSKNING

Skann koden og kom direkte til forfatterveiledningen for forskningsartikler.

QR-KODE

Forfatterveiledning for forskningsartikkel

Illustrasjon: Sissel Vetter

sykepleienjobb.no
Skann koden og kom rett til Sykepleiens stillingsportal.
Her finner du stillinger som er relevante for deg som er sykepleier.

NIKUT & UNIVERSITETET I SØRØST NORGE

Introduksjonskurs i Kunst og Uttrykksterapi (KUT)
Forkurs er obligatorisk om du ønsker å søke videreutdanning i kunst og uttrykksmetoder i terapi ved USN. Påmelding: send mail til: Melinda.Meyer@usn.no

Tema: EXIT: Stressmestring i Corona tiden
Dato: 9.-11.oktober 2020
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Gunnar Reinsborg,KUT

Tema: KUT og avhengighet
Dato: 13.-15.november
Ledere:Eva Amundsen, psykologspesialist og KUT & Lena Kalland, sosionom og KUT

Tema: KUT og Kroppens smerte
Dato 3. – 4. desember
Ledere: Melinda Meyer, PhD i KUT og Margareta Warja, PhD, KUT

EXIT- leder sertifisering
11.feb- 15.mai 2021
Søknadsfrist: 10.desember 2020
**Obligatorisk å delta på for introduksjonskurset i EXIT*

Påmelding**:** send mail til meli-m@online.no med kopi til gu-rein@online.no, miradans@gmail.com

For mer info: www.nikut.org

MEDIYOGA

Utdannelse for helsepersonell

Våre utdanninger finnes på flere steder rundt i landet. Se hjemmesiden for mer informasjon **mediyoga.no**
Tlf.: +46 85 40 882 80

MEDIYOGA®

Fag og forskning 2020

Fikk du ikke rett utgave?

Hvis du ønsker å få tilsendt en annen utgave enn den du har mottatt, kan du bestille den i fordelsbutikken på nsf.no. Dette er gratis for medlemmer og gjelder så langt lageret rekker.

Alle utgavene finner du på **sykepleien.no/temasaker**

Bestill her!
GRATIS utgaver for medlemmer

QR-KODE

Skann koden og kom rett til NSFs fordelsbutikk, der du kan bestille de enkelte utgavene.

Sykepleier – ønsker du frihet og gode betingelser?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller spesialsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, og dekker din reise og bolig. Du vil følges opp av en sykepleier som ordner det praktiske. Vi er en trygg arbeidsgiver med spesialkompetanse på helsebemanning. Dedicare er Norges største bemanningsbyrå innen helse.

Kontakt oss for mer info!

www.dedicare.no/nurse
+47 74 80 40 70
nurse@dedicare.no

DEDICARE