

# Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni

Personer med schizofreni i bolig kan få bedre søvn, et sunnere kosthold og færre livsstilssykdommer med hjelp fra sykepleiere.

## Forfattere

**Janet Ververda**

Høgskolelektor

Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskolen i Sørøst-Norge

**Marie Mjeltevik Bjørnstad**

Sykepleier

Ø-hjelp, Helse og omsorg Skien

## Nøkkelord

Schizofreni

Helsefremming

Litteraturstudie

Sykepleien 2018 106(65895)(e-65895)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65895>

### HOVEDBUDSKAP


Schizofreni er en diagnose som reduserer livskvaliteten. Personer med denne diagnosen er utsatt for plager som påvirker helsen. Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende for personer med schizofreni i bolig? Livsstilssykdommer og søvnproblemer påvirker evnen til å mestre utfordringer i hverdagen. Tiltak fungerer, men ikke uten hindringer. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten kan være avgjørende for helsefremmende arbeid.

Diagnosen schizofreni påvirker menneskets grunnleggende behov. Derfor jobber sykepleiere med å forebygge og sette inn tiltak for å fremme helsen til den enkelte. Ernæring, fysisk aktivitet og søvn kan være noen av de problematiske områdene for mennesker med schizofreni. I denne artikkelen besvarer vi følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere arbeide helsefremmende overfor voksne personer med schizofreni i bolig?»

For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres. Helsefremming innebærer å ivareta fysisk og psykisk helse samt å fremme velvære og livskvalitet (1). Vi avgrensner helsefremming til områdene ernæring, fysisk aktivitet, søvn og symptomer.

Denne artikkelen omhandler voksne personer som har levd med sykdommen schizofreni i mange år. De trenger daglig støtte fra helsepersonell. Med «bolig» mener vi bokollektiv eller kommunale boliger med døgnbemanning. Vi fokuserer på hvordan de fysiske behovene påvirker den kroppslige helsen og symptomene deres.

 **«For at disse personene skal få høyere livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker helsen deres.»**

Forskning viser hvor viktig det er med en salutogen tilnærming i behandlingen av ulike helseproblemer, inkludert ulike psykiske helseproblemer. Målet med en slik tilnærming er ikke bare å behandle symptomer, men også å gjøre folk i stand til å leve optimalt med sine problemer (2).

## Metode

Artikkelen er en litteraturstudie. Vi baserte søkene på helsefremming og livskvalitet, kombinert med de grunnleggende behovene eller symptomene. Målgruppen skulle være mennesker med schizofreni, og artiklene skulle ikke være eldre enn ti år. Forskingen skulle følge IMRAD-strukturen og være fagfellevurdert.

I databasene PubMed, CINAHL og SveMed+ brukte vi hovedsakelig engelske søkeord samt avanserte søk der vi kombinerte emneord med «and». Utfordringen var å finne forskning rettet mot sykepleie. Vi kom frem til fem artikler som belyser problemstillingen. Disse artiklene omhandler ulike temaer og svarer på hvordan sykepleieren kan arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni.

## **Analyse**

Datamaterialet skulle i hovedsak handle om ernæring, fysisk aktivitet, søvn eller symptomer, som tilsvarer de valgte hovedområdene i denne artikkelen. Materialet skulle fastslå et problem, undersøke årsaken og prøve ut tiltak med mål om å fremme helse og livskvalitet hos mennesker med schizofreni.

Vi brukte et nummereringssystem for å analysere funnene i de fem artiklene, der vi markerte og nummererte viktige avsnitt, setninger og ord i resultatdelen av artikkelen. Slik fikk vi en oversikt over nøkkelpunkter og kunne utforske sammenhengen mellom dem.

Artiklene belyser det enkelte temaet på en selvstendig måte. Likevel fikk vi et bilde av de faktorene som må være til stede i helsefremmende arbeid da vi så artiklene i sammenheng. Slikt arbeid krever tiltak rettet mot alle de nevnte behovene.

## **Kosthold og aktivitet**

Studiene viser at mennesker med schizofreni ofte spiser mye mett fett og lite frukt og fiber. I tillegg har de et større forbruk av tobakk og rusmidler, og lite fysisk aktivitet. De er derfor utsatt for livsstilssykdommer (3).

Studiene viser også en klar sammenheng mellom usunt kosthold og stress. Personer utsatt for stress har høyere matinntak, inkludert mat med høyt sukker- og fettinnhold (3). Mennesker med schizofreni er mer utsatt for stress, men det er behov for flere studier for å fastslå sammenhengen mellom stress og kosthold.

Sammenhengen mellom kosthold, stress og antipsykotiske midler har blitt undersøkt i mindre studier og viser at enkelte antipsykotiske medisiner gir større matlyst. Det er mer usikkert hvorvidt et dårligere kosthold enn resten av befolkningen alene er årsaken til helseproblemer og et kortere liv (3). Faktorer som fysisk aktivitet kan spille en rolle.

In SHAPE er et kost- og treningsprogram for mennesker med alvorlige, psykiske lidelser (4). Programmet fokuser på individuelt opplegg for mål, behov og vilje til forandring. Deltakere i programmet fikk ukentlig oppfølging av en egen helsementor med kunnskap innen ernæring og trening. Deltakerne rapporterte om positive resultater som mindre midjemål, økt selvaktelse, forbedret kognitiv funksjon og færre negative symptomer (4).

## **Søvn**

Søvn er et problem for mennesker som opplever psykoser (5). Daglige oppgaver, bosituasjon og økonomi kan være kilder til bekymring. Det samme kan vrangforestillinger eller redsel for å få en psykose. Innholdet i en psykose ble hyppig rapportert som en faktor til engstelse. En ustabil døgnrytme og mangel på søvn gir emosjonelt ubehag, tretthet, økt irritasjon og angst.

Psykoedukasjon, det vil si opplæring i psykisk sykdom, søkelys på triggere og søvndagbok var noen av metodene som ble brukt i studien. Med stimuluskontroll, bedre døgnrytme, søvnhygiene og avslapningsmetoder rapporterte flertallet av deltakerne bedret søvn og generelt mer velvære (5).



## «Søvn er et problem for mennesker som opplever psykoser.»

Bedre søvnkvalitet påvirket hvordan den enkelte mestret sine hallusinasjoner og gjøremål. Deltakerne mente at mer kunnskap om sykdommen og mestringsstrategier var viktig og nødvendig for å oppnå endringer. Alle deltakerne påpekte at det var viktig med en god relasjon til terapeuten.

### Symptomer

Schizofreni kjennetegnes av positive og negative symptomer. Eksempler på positive symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Tilbaketrekning og apati er eksempler på negative symptomer.

Mennesker med schizofreni mestrer positive symptomer i større grad enn negative selv om de siste påvirker den daglige funksjonen i størst grad. Negative symptomer lar seg dårligst behandle og risikerer å bli langvarige. Mestring er viktig for å kunne leve med symptomene, men deltakerne i denne studien hadde få eller ingen mestringsstrategier (6).

I tillegg til positive og negative symptomer kan også kognitiv svikt påvirke den enkeltes liv. Cognitive Adaptation Training (CAT) har som mål å bedre pasientens daglige funksjon og er beskrevet som et sykepleietiltak (7).

Sykepleieren og pasienten utforsker pasientens styrker og svakheter sammen. De endrer elementer i pasientens miljø for å kompensere for en eventuell kognitiv svikt. CAT viste seg å ha effekt fra fjerde måned, men først etter ti måneder så de gode resultater. Pasientene fikk en bedre funksjon i hverdagen, og deres arbeidsrelaterte aktiviteter økte.

## Kostholdstiltak

Mennesker med schizofreni har et kortere livsløp enn resten av befolkningen. Årsaken kan forklares med den høye forekomsten av metabolsk syndrom. Metabolsk syndrom inkluderer forandringer som høyt blodtrykk, høye insulinverdier, overvekt og høye kolesterolverdier (4, 8).

Sykepleieren og pasienten trenger å identifisere problemet, og begge må ha et ønske om å forandre det. For at partene skal få en lik forståelse av problemet, må pasienten ha tillit til sykepleieren. Tillit kan være spesielt viktig i en bolig, der pasienten ikke er forpliktet til å følge tiltak knyttet til kosthold.

En helsementor har blitt fremhevet som nødvendig for å oppnå et vellykket resultat (4). I en bolig vil sykepleieren ta denne rollen. Pasientens egne interesser og vilje bestemmer hvor store kostholdsendingene skal være. Dermed kan utfallet bli dårligere enn ønsket.



**«For at partene skal få en lik forståelse av problemet, må pasienten ha tillit til sykepleieren.»**

På den annen side kan en slik valgfrihet føre til forandringer som varer over tid. Et slikt program er tidkrevende og kan bli utfordrende både for pasienten og sykepleieren. Negative symptomer i form av initiativløshet og apati kan være fremtredende i perioder.

Programmet krever også at pasienten tilegner seg kunnskap, men kognitiv svikt kan påvirke hvordan pasienten bearbejder informasjonen. Dermed vil individuelle programmer med tett oppfølging fra en sykepleier være desto viktigere (4). Tilpasset kommunikasjon kan hjelpe slik at kognitiv svikt og symptomer ikke blir en hindring.

Sosioøkonomisk status, gener og stress er faktorer som påvirker kosthold. I tillegg gir noen antipsykotika økt matlyst (3). Sykepleieren, pasienten og legen kan sammen finne ut hvilke legemidler som gir færrest bivirkninger for den enkelte. I tillegg kan det tenkes at sykepleieren må flytte oppmerksomheten fra det pasienten spiser til noe annet, som for eksempel aktiviteter.

## **Fysisk aktivitet**

Mennesker med schizofreni har en livsstil preget av mindre aktivitet (4, 9). Det kan tenkes at inaktiviteten har sammenheng med symptomene. Når disse menneskene mestrer sine positive symptomer, bruker flertallet av dem antisosiale strategier fremfor sosiale for å mestre sine negative symptomer (6).

Fysisk aktivitet krever at man oppsøker sosiale settinger, som å gå turer og bruke lokale idrettsanlegg. Dette kan dermed være den første utfordringen sykepleieren og pasienten må arbeide med. Negative symptomer kan være en hindring for å starte en intervensjon, fordi pasienten ikke nødvendigvis ser meningen eller behovet for forandring.

Når symptomer blir en hindring, kan sykepleieren påta seg rollen som helsementor. Observasjon og samtaler om at fysisk aktivitet vil redusere de negative og kognitive symptomene over tid, vil være sentrale (4).



**«Når symptomer blir en hindring, kan sykepleieren påta seg rollen som helsementor.»**

Det er en stor motivasjonsfaktor å oppleve fremgang, i tillegg til mestring. I en bolig vil sykepleieren ha mulighet til å måle flere parametere for fremgang, herunder vekt, midjemål og blodtrykk. Beboeren vil kunne si noe om hvordan vedkommende opplever en eventuell forbedring.

## **Forebygger kjedsomhet**

Mennesker med schizofreni er mer utsatt for å kjede seg (10). Å kjede seg kan defineres som å ville, men ikke kunne delta i meningsfylte aktiviteter. En slik tilstand kan føre til aggresjon, redusert konsentrasjon, redusert kognitiv funksjon, rastløshet samt bruk av rusmidler. Disse faktorene er negative for alle mennesker, men har større konsekvens for mennesker med schizofreni.

Arbeid er både en fysisk og mental aktivitet. 94 prosent av personer med schizofreni er ikke i arbeid, mens 53–70 prosent av personer med schizofreni ønsker å være i arbeid (11).

Fysisk aktivitet kan være en del av løsningen på det å kjede seg. Helsepersonell bør være mer oppmerksomme på mangelen på meningsfylte aktiviteter. Fysisk aktivitet gir mulighet til å oppleve sosiale settinger, meningsfylte aktiviteter og mestring. Dermed kan fysisk aktivitet forebygge kjedsomhet.

Det er lettere å oppnå mål for fysisk aktivitet enn for kosthold (4). Trening gir raskere og flere resultater som er tydelige for pasienten. Subjektive opplevelser som velvære samt fysisk og psykisk styrke blir rapportert på et tidligere tidspunkt i motsetning til kostholdsforandringer. Der tar det lengre tid å se resultater. I tillegg oppleves de som vanskelige å gjennomføre.



Et forslag kan være å starte med fysisk aktivitet, og tilføye kostholdstiltak på et senere tidspunkt. De positive effektene av fysisk aktivitet vil hjelpe pasienten med å gjennomføre en livsstilsforandring rettet mot både aktivitet og kosthold.

## **Dårligere søvnkvalitet**

Personer med psykoselidelser har dårligere søvnkvalitet enn resten av befolkningen (5). Mangel på søvn forverrer eller utløser positive, negative og kognitive symptomer. Emosjonelt ubehag, tretthet og engstelse er normale konsekvenser av dårlig søvn.

Andre konsekvenser kan være at de ikke klarer å delta i aktiviteter, opprettholde relasjoner og utføre daglige gjøremål. Søvnmangel har derfor store konsekvenser for pasientens liv, og sykepleieren har ansvaret for å fremme søvn hos pasienten (12).

Positive symptomer kan være hovedårsaken til dårligere søvn hos personer med schizofreni. Psykoedukasjon kan hjelpe pasienten med å forstå hva som utløser og vedlikeholder søvnvansker. Pasienten tilegner seg kunnskap om lidelsen og verktøy som kan anvendes, som for eksempel søvndagbok. I terapien opererer de med personlig forståelse av problemet som et vendepunkt (5, 13).

## **Tiltak for bedre søvn**

Stimuluskontroll vil si å sove til riktige tider av døgnet (5). Aktivitet gjennom dagen bidrar til at man føler seg mer sliten på kvelden og lettere faller i søvn. Balansen mellom aktivitet og hvile er viktig (9). Sammen kan pasienten og sykepleieren finne frem til denne balansen.

Sovemiljøet kan være en avgjørende faktor. Soverommet skal kun brukes til å sove, derfor vil sengen og soverommet reserveres mot andre aktiviteter. Andre tiltak for å bedre søvnen fokuserer på døgnrytmen. En god døgnrytme kan knyttes til livsforandringene for kosthold og fysisk aktivitet. Gåturet og liknende aktiviteter kan være gode kilder til dagslys og mosjon.

Slike tiltak tar tid. Å snu døgnrytmen vil i første omgang føre til færre timer søvn totalt sett (5). Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten med å opprettholde motivasjonen i startfasen. Hva som kan bedre søvnen til en person med schizofreni, er ulikt. I noen tilfeller kan små justeringer av det som påvirker søvnen, være alt som trengs.

Andre deltakere beskrev at de hadde problemer med å huske å bruke øvelser og verktøy. Det kan muligens knyttes til negative symptomer eller kognitiv svikt.

## **Sykepleierens rolle**

Sykepleiere må bygge og opprettholde en god relasjon slik at pasienten klarer å være åpen om sine behov og utfordringer. Sykepleierens evne til å lytte til pasienten og vise at hun eller han vil hjelpe, kan være avgjørende (5). Sykepleierens rådgivende rolle og salutogenese er knyttet tett sammen. Sykepleieren skal hjelpe personen med å finne mening og oppmuntre til forandring.



**«Sykepleieren skal hjelpe personen med å finne mening og oppmuntre til forandring.»**

Et ønsket utfall vil være at sykepleieren klarer å styrke pasientens opplevelse av sammenheng (SOC, sense of coherence) (2). For å oppnå denne opplevelsen av sammenheng er relasjonen med sykepleieren og aktivitet viktige faktorer. Disse faktorene må ligge til grunn for at tiltak i helsefremmende arbeid skal fungere og holde over tid.

## Styrker og svakheter

Svakheten i denne beskrivelsen er temaets omfang. Grunnleggende behov hos mennesker med schizofreni er et såpass stort og viktig tema som fortjener mer diskusjon. Ved å velge ett behov ville vi kunne gått dypere inn på ett tema og sentrert forskningen rundt dette.

Ved å drøfte tre grunnleggende behov samt symptomene knyttet til schizofreni har vi kunnet peke på noen sammenhenger. Likevel er bildet enda mer komplekst enn vi har skissert her. Et grundigere svar vil kreve mer forskning. Vi understreker at schizofreniens forløp, symptomer og utfordringer er individuelle. Tiltak krever tilpasning til den enkelte pasienten.

## Konklusjon

Tre grunnleggende behov er identifisert som risikofaktorer hos mennesker med schizofreni: kosthold, fysisk aktivitet og søvn. Disse behovene påvirker helsen i stor grad. Sykdommen schizofreni forbindes ofte med redusert livskvalitet sammenliknet med resten av befolkningen. Mye tyder på at livsstilen er en av hovedårsakene i tillegg til symptomenes påvirkning i hverdagen.

Ugunstig kosthold og lite fysisk aktivitet øker faren for metabolsk syndrom og dermed andre tilleggssykdommer. Helsefremmende arbeid vil derfor forebygge et negativt livsstilmønster. Søvn er den tredje risikofaktoren som er identifisert, og som er knyttet til positive symptomer og engstelse. Standard søvntiltak har vist seg å ha god effekt sammen med tett oppfølging og veiledning fra sykepleieren.

Når sykepleieren skal arbeide helsefremmende overfor personer med schizofreni, bør søvn være det første behovet som tilfredsstilles. Søvnmangel har størst innvirkning i en persons hverdag og påvirker helsefremmende tiltak knyttet til kosthold og aktivitet.

Pasienten kan raskere oppnå merkbare resultater ved fysisk aktivitet, sammenliknet med kosthold. Å starte med tiltak knyttet til fysisk aktivitet kan derfor øke motivasjonen for den enkelte fremfor å forandre kostholdet.

Å arbeide helsefremmende er en tidkrevende prosess for både sykepleieren og pasienten. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten er en viktig faktor for at pasienten skal nå målene. Det krever mye kunnskap og innsats fra sykepleieren å etablere en god relasjon med mennesker med schizofreni og jobbe helsefremmende og målrettet.

## Referanser

1. Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA. Om sykepleie. I: Kristoffersen JN, Nortvedt F, Skaug EA, red. Grunnleggende sykepleie. Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 16–29.
2. Langeland E. Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. *Klinisk Sygepleje*. 2012;32(02):38–49.
3. Dipasquale S, Pariante MC, Dazzan P, Aguglia E, Mcguire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(2):197–207.
4. VanCitters DA, Pratt IS, Jue K., Williams G, Miller TP, Xie H, et al. A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*. 2009;46(6):540–52.
5. Waite F, Evans N, Myers E, Startup H, Lister R, Harvey GA, et al. The patient experience of sleep problems and their treatment in the context of current delusions and hallucinations. *The British Psychological Society* 2015;89(2):181–93.

6. Rollins LA, Bond, RG, Lysaker HP, Salyers FM. Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2010;13(3):208–23.
7. Quee JP, Stiekema MPA, Wigman WTJ, Schneider H, Van der Meer L, Maples JN, et al. Improving functional outcomes for schizophrenia patients in the Netherlands using Cognitive Adaptation Training as a nursing intervention – A pilot study. *Schizophrenia Research*. 2014;158(1–3):120–5.
8. Aagaard H, Bjerkreim T. Væske og ernæring. I: Skaug EA, red. *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 161–207.
9. Skaug EA. Aktivitet. I: Skaug EA, red. *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 269–300.
10. Gerritsen JC, Goldberg OJ, Eastwood DJ. Boredom proneness predicts quality of life in outpatients diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015;61(8):781–7.
11. Bull H, Lystad UJ. Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2011;48:733–8.
12. Bastøe HLK, Frantsen AM. Søvn og hvile. I: Skaug EA, red. *Grunnleggende sykepleie. Grunnleggende behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012. s. 301–30.
13. Aarre FT, Bugge P, Juklestad SI. *Psykiatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.