



**Lever kortere.** Har vi som sykepleiere et ansvar for at gapet i levealder mellom alvorlig psykisk syke og resten av befolkningen øker?

# Fysisk helse som etisk dilemma



Fakta

**Arne Okkenhaug**

Psykiatrisk sykepleier og rådgiver ved Sykehuset Levanger. Medlem av Rådet for sykepleieetikk

**I**nternasjonalt viser flere undersøkelser at 30–50 prosent rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og at 20–30 prosent av voksne har hatt en slik lidelse det siste året.

Mennesker med psykiske lidelser har en gjennomgående mer usunn livsstil sammenliknet med normalbefolkningen. De har også en betydelig økt forekomst av somatiske sykdommer og høyere dødelighet. For eksempel depresjon forkorter levetiden.

**HELSESKADELIG ATFERD.** En av årsakene til den reduserte levetiden er økt risiko for de store somatiske folkesykdommene som hjerte- og karlidelser. Selv om det er usikkert, kan en av forklaringene være at sykdommen medfører fedme og helse-skadelig atferd som røyking, usunt kosthold, økt alkoholforbruk og redusert fysisk aktivitet.

Risikoen for å utvikle psykoselidelsen schizofreni i den vestlige verden er cirka 1 prosent. For denne lidelsen er det påvist mer enn 20 års reduksjon i forventet levetid, og forekomsten av metabolsk syndrom er høyere enn i noen annen kjent gruppe. Dette skal være godt kjent i fagmiljøet. Ny forskning antyder at mennesker med schizofreni er genetisk disponert for risikofaktorer for hjerte- og karsykdom. Det er altså ikke bare helse-skadelig atferd, men også genetikk som kan forklare mulige årsaker. Selv om denne kunnskapen er godt kjent i helsevesenet, ser ikke gapet ut til å reduseres.

## «Inkluderer vi somatisk helse når vi skriver våre behandlingsplaner og individuell plan?»

Gjør vi som helsearbeidere generelt, og sykepleiere innen psykisk helsevern spesielt, nok for å stimulere til tiltak som minker gapet? Jeg mener nei.

**HELHETSTENKNING.** Mange steder er somatisk helse og helhetstenkning tatt på alvor, men på flere psykiatriske

døgnposter og i kommuner jobbes det ikke nok med helsefremmende tiltak som sunt kosthold og nødvendig stimulering til fysisk aktivitet. Kontroll av eventuell vektoppgang kan bli glemt, og ti kilo økning i vekt kan komme snikende uten at personalet reagerer. Dermed har pasienten med seg et tilleggssproblem ved utskrivning. Har vi da gjort jobben vår? Inkluderer vi somatisk helse når vi skriver behandlingsplaner og individuell plan?

Sykdommen schizofreni kan påvirke pasientens tro på egen mestring og pasientens mulighet til å hente inn adekvat kunnskap om gode livsstilsvaner, og hvorvidt igangsatt aktivitet blir opprettholdt. Kunnskap om utfordringene mennesker med psykiske problemer møter, også somatiske, og om mulighetene for forandring til det bedre, er det naturlig at sykepleiere er klar over og agerer ut ifra.

Spørsmålet er om vi som har jobbet all vår tid i psykiatrien, har god nok kunnskap om somatiske tilstander, helsefremmende aktiviteter, sunt kosthold og folkehelse. Når vi rekrutterer nye medarbeidere, tenker vi da på om vi får inn nye kollegaer med kunnskap om dette? Kan det være slik at disse områdene har «lavere status» enn annen behandlingstilnærming?

I en artikkel fra 2006 i American Journal of Psychiatry hevdes det følgende: «Psykisk helsearbeidere kan ikke lengre si fra seg ansvar for deres pasienters medisinske oppfølging, og tro at det vil bli gjort av andre.» Det er verken respektfullt eller verdig.

### MEDIKAMENTELL BEHANDLING OG SOMATISK HELSE.

I psykiatrien har vi medikamentell behandling som kan redusere ubehagelige symptomer og lindre lidelse, men som kan være med på å øke vekten. Dilemmaet kan av og til være behovet for å behandle økte psykiske symptomer versus vektoppgang og forandring av kroppen. En metastudie fra 2012 indikerer at atferdsterapi og diett- og treningsprogrammer kan forebygge og redusere vektøkning som følge av bruk av antipsykotika. For å understreke dilemmaet vi møter, viser jeg til en nylig publisert studie i Journal of Clinical Psychiatry. Den omhandler personer med høy fungering og velbehandlete psykosser. De har valgt om videre antipsykotisk medikasjon eller seponering. Studien konkluderer med større alvorlighetsgrad av

symptomer og lavere funksjon etter tre år for dem som valgte å seponere antipsykotika.

**PRIORITERINGER INNEN PSYKISK HELSEVERN.** Nestleder Espen Gade Rolland i faggruppen SPoR skrev en god kronikk om politikk, satsing og prioriteringer i Dagens Medisin 20. mai 2016. Der fremhever han at riksrevisjonen fastslår at mange kommuner ikke har styrket tilbudet innenfor rus og psykiatri. Gade Rolland argumenterer godt for de unødige krenkelsene en sårbar gruppe utsettes for når psykiske helseproblemer ikke blir prioritert. Ved utskriving fra døgnoophold mangler mange bolig, og svært mange er uten arbeid/aktivitetstilbud, hjemmetjenester og støtte-/treningskontakt. Det er grunn til bekymring.

Sett ut ifra et tverrfaglig perspektiv har vi alle innen helsetjenesten et ansvar for å bidra til at mennesker med psykiske plager reduserer muligheten for å få tilleggskomplikasjoner utover sin grunnsykdom. I en undersøkelse fra Canada ble 101 personer med en psykotisk lidelse vurdert i forhold til motivasjon for endring av livsstil med bedre spisevaner og økt fysisk aktivitet. Andelen av dem som ble identifisert som klare til å endre vanene, var høyere enn forventet. 68 prosent var klare for å endre sine spisevaner, og 54 prosent for mer økt fysisk aktivitet. I en undersøkelse blant sigarettroøkende pasienter rapporterte en tredjedel at de ønsker å slutte av helsemessige årsaker. En slik endring fordrer at flere helsearbeidere i en behandlingskjede bidrar med faglig og mellommenneskelig støtte i prosessen.

**BLIR IKKE PRIORITERT.** Manglende politiske prioriteringer kan være en forklaring på hvorfor vi ikke klarer å redusere gapet i levealder mellom de som utvikler en alvorlig psykisk lidelse, og de som ikke gjør det.

Det handler også om å gå i oss selv som helsearbeidere og se på våre egne prioriteringer. Spør vi pasienten om motivasjonen for å stumpe røyken? Legger vi til rette for at treningskontakt og pasient får god veiledning for å mestre sitt samspill? Tar vi initiativ til opplæring om rett ernæring? Det handler om å ta ansvar, bygge egne handlinger på faktisk kunnskap og vise barmhjertighet gjennom handling. ●

Illustrasjon: Kathrine Kristiansen

