

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 602

Eksamensnavn: SYBAS 3900 Bacheloroppgave

Dato: 01.06.2017

Klasse: S14

Kull: 2014H

Antall ord: 8914



**Bacheloroppgave,
SYBAS 3900, Våren 2017**

Forebygging av livsstilssykdommer hos pasienter med schizofreni.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Pasienter med schizofreni har generelt dårligere helse enn normalbefolkningen (Aarre, et al, 2009). Pasienter med psykiatriske lidelser har også dobbelt så stor risiko for å få hjerte- og karsykdommer enn resten av befolkningen (Birkenæs, 2007).

Problemstilling: *Hvordan kan sykepleieren bidra til forebygging av livsstilssykdom hos pasienter med schizofreni?*

Metode: Dette er en studie hvor jeg har godt gjennom sentral litteratur og en del forskning. Dette er drøftet opp sykepleierens funksjon, yrkesetiske retningslinjer, etiske prinsipper, lovverk og Orems egenomsorgsteori.

Resultater: For å kunne forebygge og fremme helsen til pasienter med schizofreni kreves det kunnskap om pasientens lidelse og forløp, og funksjoner som undervisning og veiledning. Konkrete intervensjoner kan være fysisk aktivitet, kostholdsendringer og ulike former for gruppe aktivitet. Dette må foregå på pasientens premisser i forhold til motivasjon, psykiske form og foregå i faste og trygge omgivelser.

Diskusjon: Mange utfordringer er knyttet til organiseringen av de ulike tjenestene og at mange av pasientene mottar ulike tjenester fra både kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten. Utfordringer er også knyttet til manglende tid med noen pasienter, liten kompetanse blant helsepersonell og manglende retningslinjer knyttet til temaet.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Begrunnelse for tema.....	5
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	6
1.3 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 METODE	7
3.0 TEORI.....	9
3.1 Schizofreni.....	9
<u>3.1.1 Behandling</u>	10
<u>3.1.2 Medikamentell behandling</u>	10
<u>3.1.4 Ikke-medikamentell behandling</u>	11
3.2 Livsstilsykdom.....	12
3.3 Sykepleierens ansvar og funksjon.....	13
3.4 Orems egenomsorgsteori.....	14
3.5 Etske prinsipper, yrkesetiske retningslinjer og lovverk.....	15
3.6 Presentasjon av funn fra forskning.....	16
<u>3.6.1 Utdordringer</u>	16
<u>3.6.2 Hjelpende tiltak</u>	17
4.0 DRØFTING.....	18
4.1 Utdordringer knyttet til lidelsen.....	18
4.2 Organisatoriske utfordringer.....	19
4.3 Intervensjoner for å forebygge livsstilsykdom.....	21
<u>4.3.1 Fysisk aktivitet</u>	21
<u>4.3.2 Kosthold</u>	22
<u>4.3.3 Planlegging og støtte</u>	24
5.0 AVSLUTNING	27
LITRATURLISTE	28

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for tema.

Temaet jeg har valgt til denne oppgaven dreier seg om problematikk knyttet til livsstilsykdommer hos pasienter med schizofreni. Jeg ønsker å rette fokus på hvordan vi som sykepleiere kan være med å forebygge dette. Dette er svært aktuelt ettersom disse pasientene har kortere levetid enn forventet, dette grunnet økt risiko for selvmord og kroppslig sykdom (Aarre, Bugge & Juklestad, 2009, s.65). Pasienter med schizofreni er også en gruppe som gir store kostnader for helsevesenet. Dette mye på grunn av behov for helsehjelp over en lang periode, støtte til bolig og lange sykehus opphold. Denne pasient gruppen koster staten mer enn hjertesykdom, kreft og reumatiske lidelser hver for seg (Johannesen, 2011, s.37). Mye av grunnen til dette er at denne gruppen mennesker har dårligere helse enn normal befolkningen og derfor trenger flere helsetilbud. Tobakksrøyking, misbruk av rusmidler, dårlig kosthold er noen av grunnene til dette, i tillegg er det mange som opplever at helsevesenet ikke tar deres somatiske helse på alvor (Aarre, et al, 2009, s.66).

En norsk studie viser at psykiatriske pasienter er dobbelt så utsatt for hjerte og karsykdommer som resten av befolkningen. Dette legger Birkenæs frem i sin doktoravhandling. Hun trekker også frem risiko faktorer som røyking, fedme, hypertensjon, diabetes og høyt kolesterol. Disse risikofaktorene var høyere hos denne pasientgruppen enn hos normalbefolkningen. Denne studien er utført på over 400 psykiatriske pasienter (Birkenæs, 2007, s.37).

Knytter man dette tema og problematikk opp mot de sykepleiefaglige retningslinjene som er gitt av NSF belyser det flere av disse. Blant annet ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. Understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Man skal kunne gi den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Man skal også som sykepleier respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse (nsf.no).

1.2 Problemstilling og avgrensning.

Pasienter som har schizofreni møter man mange steder i helsevesenene, både på somatiske sykehusavdelinger, psykiatriske spesialavdelinger, hjemmesykepleien og andre steder i primærhelsetjenesten. Jeg ønsker ikke å skille de ulike enhetene i denne oppgaven, men heller legge fokus på det i oppgavens drøftingsdel. Jeg ønsker ikke å skille mellom de ulike variasjonene av schizofreni ettersom det ikke gjøres det i forskningen eller i litteratur der livsstil er fokus. Livsstilssykdom regnes som sykdom som skyldes våre levevaner, og de finns ulike vaner som øker sjansen for ulik sykdom (Kristoffersen, 2016, 300). Det er knyttet noe diskusjon til hva man skal kalle livsstilssykdom eller ikke i litteraturen. Jeg velger derfor å legge hovedfokuset i denne oppgaven på overvekt og hjerte og karsykdommer. Jeg velger derfor å formulere min problemstilling slik;

Hvordan kan sykepleieren bidra til forebygging av livsstilssykdom hos pasienter med schizofreni?

1.3 Oppgavens oppbygning.

I første del av oppgaven vil jeg presentere metoden jeg har valgt og hvordan jeg har kommet frem til den ulike litteraturen. Deretter kommer jeg til å presentere teori knyttet opp mot schizofreni og ulike former for behandling, livsstilssykdommer, sykepleierens rolle og ansvar, Orem sin egenomsorgsteori og noe etikk og lovverk. Her vil jeg også legge frem forskningen jeg har funnet og sentrale funn i denne. Funnene jeg gjør i forskningen kommer jeg til å drøfte opp mot Orem sin egenomsorgsteori, sykepleie faglige retningslinjer, lovverk og autonomiprinsippet. I tillegg andre rammefaktorer som kompetanse, tid og de ulike tjenestenes oppbygning. Jeg har valgt å ikke gjøre noe avgrensning i forhold til bolig, men jeg kommer likevel til å drøfte dette.

2.0 METODE

I første omgang brukte jeg Googel Scholar og Cochranelibrary for å få inspirasjon til aktuelle søkeord. Selve søkene på de aktuelle artiklene som jeg har valgt å ha fokus på i oppgaven ble i hovedsak utført i DynaMed+ der jeg linket sammen databasene CINAHL og MEDLINE. Jeg valgt også å gjorde enkelt søk i MDLINE og PsycINFO. Jeg valgte ulike kombinasjoner av følgende søkeord; physical health, Health Promotion, lifetyle, Metabolic Syndrome, Nursing og schizophrenia. Når jeg søkte merket jeg av for bruk av andre lignede ord. Dette ga et stort utvalg av artikler, her er en oversikt over resultatene:

Database:	DynaMed+ (Chinal og medline)	DynaMed+ (Chinal og medline)	PsycINFO	PsycINFO	MEDLINE	MEDLINE
Søkeord:	Physical health	Metabolic Syndrome	Metabolic Syndrome	Health Promotion	Lifestyle	Health Promotion
AND	Nursing					
AND	schizophrenia	Schizo**	Schizo**	Schizo**	Schizo**	Schizo**
Antall treff	12	13	5	13	20	78

Etter å ha kombinert de ulike søkeordene brukte jeg ulike utvalgskriterier og valgmuligheter i de ulike søkemotorene får å komme frem til de aktuelle treffene i tabellen over. De utvalgskriteriene jeg valgte å benytte meg av var at artiklene ikke skulle være mer enn 10 år gamle. Jeg valgte også å se på noen eldre artikler ettersom jeg mener disse kan være med på å belyse utfordringer knyttet til denne pasientgruppen. Artiklene som jeg valgte skulle også være Peer Reviewed noe som forsikrer meg at artiklene er godkjent av andre fagpersoner (Dalland, 2012, s.78). Det var også viktig for meg at det var forskningsartikler hvor man presenterer ett eget resultat. Dette ettersom denne oppgaven skal være en litraturstudie hvor jeg skal drøft ulike syn og problemområder rundt min problemstilling, det vil derfor være en fordel å ikke bruke artikler som allerede har tolket ett tidligere funn. Jeg valgte også å avgrense søket til geografiske områder som Skandinavia, Nord-Europa, USA eller

Australia/Oseania. Dette for å forsikre meg om at det kan overføres til norsk praksis. Det vil være særdeles viktig at resultatet og problemstillingen er overførbar og relevant for min oppgave.

Da jeg kom frem til de aktuelle tallene som er nevnt over valgte jeg først å lese overskriftene og abstrakte på de artiklene jeg mente hadde relevans for min oppgave. Jeg har lest totalt 12 artikler som jeg har vurdert å bruke i denne oppgaven. Jeg kom frem til fem artikler jeg mener er svært relevante for å belyse min problemstilling.

Disse fem artiklene jeg har valgt å bruke er alle kvalitative og det er utført intervjuer med enten pasienter, personale eller begge deler. Enkelte studier er det gjort kvalitative intervjuer etter mal, mens andre har vært semistrukturerte. I noen av artiklene er det også vært foretatt fokusgruppeintervjuer med flere personer tilstede sammen, enten kun pasienter eller personalet var tilstede, men også intervjuer hvor både pasienter og ulike yrkesgrupper var tilstede.

Studiene er utført i ulike behandlings og omsorgsenheter i ulike land. Hovedvekten av studiene jeg har valgt er skandinaviske, jeg har også valgt noen artikler fra Australia og USA. Deltagelsen i studiene varierer fra 12 personer til godt over 30 personer. Dette er noe jeg ser på som kritikkverdigg for noen av studiene jeg har valgt nettopp dette med lite deltagelse. Men på andre siden er det positivt at hovedvekten av studiene er kvalitative og gir en dypere innsikt i pasienter og helsepersonells opplevelse av livsstilsykdommer hos pasienter med schizofreni.

Etter noe gjennomgang av sentral litteratur knyttet til den aktuelle pasientgruppen som har fokus på i denne studie, finner jeg at det er svært lite som omhandler nøyaktig dette temaet. Da spesielt med tanke på sykepleieintervensjoner som er aktuelle for å foreta livsstilsendringer knyttet til denne pasient gruppen. Men mye av den sentrale litteraturen innfor temaet om Schizofreni er aktuell på sykepleierutdanningen og legger frem problematikk knyttet til livstil og fysiske helse hos denne pasientgruppen.

3.0 TEORI

3.1 Schizofreni.

Schizofreni er den vanligste formen for psykose. I løpet av livet vil ca. 1% av befolkningen rammes av schizofreni. I følge Snoek og Engedal er det til enhver tid ca. 20 000 personer med schizofreni i Norge, og dette tallet har vært stabilt i flere årtier. Schizofreni har som oftest debut tidlig i livet (18-28 år). Det kan også ramme enda tidligere i ungdomsårene og senere i livet (Snoek og Engedal, 2008, s.70). Årsaken til schizofreni er ikke klarlagt, men sammenheng mellom arv og miljø er mulige faktorer som spiller inn. Det er fortsatt stor diskusjon rundt dette med arv og genetisk disposisjon for schizofreni. Johannesen (2011) sier at miljøfaktorer har en betydning for utvikling av denne lidelsen. Snoek og Engedal på sin side legger mye vekt på de arvelige forholdene som er gjort igjennom en rekke familieforskning. Men det er ikke klarlagt noe arvegang. Men en kombinasjon av arvefaktorer, miljø og akutte livshendelser kan spille en rolle i utviklingen av sykdommen (Snoek & Engedal, 2008, s.70).

Det er en variasjon av forløpet til pasienter med denne diagnosen. Ca. 25% har kun én sykdomsepisode, mens omtrent 25% har et livslangt forløp. Den resterende halvdelene opplever en mellomting mellom dette (Johannesen, 2011, s.32).

Aarre et al. (2011) definerer Schizofreni ved at pasienten er psykotisk i mer en to uker uten å være alvorlig deprimert eller manisk. En psykose blir definert som en sinnstilstand som har svekket virkelighetsoppfatning.

Schizofreni regnes som et syndrom, det vil si at det er en samling av tegn og symptomer (Helsedirektoratet, 2013). Når det kommer til symptombylde ved schizofreni er det ikke et enkelt symptom som skiller seg ut som helt klart definerer denne lidelsen. Grunnsymptomene er klassisk ved schizofreni er assosiasjonsforstyrrelser, autisme, affektavflatning og ambivalens (Snoek & Engedal, 2008, s.70). Det brukes også tre andre kategorier av symptomer, dette er positive symptomer, affektforstyrrelser og negative symptomer. De positive er noe som kommer i tillegg til personens normale tolkning av omgivelser og sanser. Dette da som hallusinasjoner, både i form av visuell, hørsels, lukte og taktile forstyrrelser. Denne type vrangforestillinger kan være gradvise eller gå over (Johannesen, 2011, s.31). Affektforstyrrelser kan komme i form av angst, depresjon eller irritabilitet. Eller en affektflathet som beskrives som en langvarig likegyldighet eller nedsatt følelsesmessig

reaksjon. Affektforstyrrelser kan også vises ved å ha en følelsesmessig reaksjon som ikke stemmer overens med forventet reaksjon. Til slutt de negative symptomene som kan være affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, mild apati, alogi og tendens til asosial atferd. Disse symptomene er ofte karakteristiske ved utvikling av kronisk schizofreni (Johannessen, 2011, s.31).

I følge Snoek og Engedal er det vanlig å dele schizofreni inn i 3 undergrupper, dette er hebefren, kataton og paranoid. Det er sjelden at man ser disse helt klart i praksis, men heller en kombinasjon av disse. Den hebefrene har gjerne debut tidlig og at det er de negative symptomene som er fremtredende. Den katatone oppstår gjerne plutselig og man opptrer ofte med voldelig atferd. Mens den paranoide formen for schizofreni domineres gjerne av vrangforestillinger. Dette kan være i form ideer om forgiftninger, forfølgelser eller ideer om å være kontrollert (Snoek og Engedal, 2008, s.73).

3.1.1 Behandling.

Både litteratur og forskning jeg har funnet peker i retning av det ikke er så lett å sette i gang med behandling så tidlig som man ønsker. Mye av grunnen til dette er at det ofte er vanskelig å identifisere behovet for hjelp tidlig. Opptrer det i tidlige ungdomsår kan noen av symptomene være vanskelig å skille fra vanlig atferd hos tenåringer. Det kan være konsentrasjonsforstyrrelser, tilbaketrekking, identitetsproblemer og tap av tiltakslyst (Snoek & Engedal, 2008, s.73). Mangel på sykdomsinnsikt er også spesielt for denne pasientgruppen, mange opplever ikke selv at de er syke og derfor oppsøke de ikke hjelp i tide (Larsen, 2011, s.235). Det knyttes også fortsatt en del tabuer rundt denne diagnosen og mange kan derfor også vegre seg for å ta kontakt med helsevesenet om man har personer i nær relasjon som man opplever sliter med noe av denne problematikken (Larsen, 2011, s.235).

Når det kommer den aktive behandlingen av selve lidelsen er det ulike former som blir brukt. Man kan kort skille mellom medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling. Litteraturen strides mye om hvorvidt disse på egenhånd er fullgode behandlingsalternativer.

3.1.2 Medikamentell behandling.

Bruk av antipsykotiske medikamenter er veldig sentralt når det kommer til behandling av schizofreni. Medikamentene er ikke helbredende, men de er med på å behandle symptomene. Da spesielt med tanke på psykose, både forkorte den akutte psykosen og forebygge nye

psykoser (Aarre et al., 2009, s.66). Aarre et al., (2009) sier også at omtrent 60% av alle som behandles med antipsykotika blir nesten helt uten positive symptomer etter seks uker. De sier også at uten denne behandlingen får nesten alle delvis eller fullt tilbakefall etter 2 år. Av den antipsykotika som brukes i Norge deles den inn i tre kategorier, høydosepreparater, lavdosepreparater og atypiske midler (annengenerasjons antipsykotik) (Aarre et al., 2009, s.68). De atypiske midlene er vanligst å bruke i behandling i dag. Dette fordi de gir mindre bivirkning i form av muskelstivhet, skjelvninger, vansker med å starte bevegelser og akatisi. De gir også mindre bivirkninger i forhold til forhøyet prolaktinnivå, som påvirker kjønnsdrift, impotens, melkesekresjon og brystvekst (Aarre et al., 2009, s.68).

Lavdosepreparater og høydosepreparater er førstegenerasjonsantipsykotika. Lavdosen kan det holde med å gi doser under 10 mg pr døgn for å ha antipsykotisk effekt mens høydosen må man som regel gi over 100 mg pr døgn. Lavdosen gir ofte mange av bivirkningen som er nevnt ovenfor, mens høydose også har sedasjon og vektøkning som vanlige bivirkninger. Det er ulike variasjoner hos de ulike preparatene men det velger jeg å ikke gå inn på i denne oppgaven (Norsk legemiddelhandbok, 2017).

Mange antipsykotiske midler gir vektøkning og stimulert appetitt, spesielt olazapin og klozapin. Noen midler kan også påvirke den metabolske utviklingen i kroppen, som kan føre til forhøyet blodsukker, kolesterol og triglyserider. Dette gir økt risiko for hjerte og karsykdommer, og det er derfor viktig med tett oppfølging av disse pasientene i forhold til vekt og blodprøver (Aarre et al., s.69).

3.1.4 Ikke-medikamentell behandling.

I ulik litteratur er det ulik inndeling av den aktive behandlingen ved schizofreni. Jeg velger derfor å dele den i tre deler ut ifra Snoek & Engedal (2008) sin teori, og supplementære med annen teori under disse punktene. Disse tre hoved punktene for aktiv behandling er; den individuelle behandlingen, familiebehandling og sosiale tiltak.

Individuell behandling dreier som aktiv behandling rettet mot den enkelte pasients sykdoms opplevelse. Dette innebærer blant annet medikamentell behandling mot de ulike symptomene, kognitiv terapi i forhold til atferd og sosial ferdighetstrening (Aare et al, 2009, s.66). Sosial ferdighetstrening dreier seg om hvordan pasientene på best mulig måte kan mestre og bedre deres sosiale liv på. Dette vil ofte dreie seg om bruk av medikamenter, kommunikasjon med helsepersonell, hvordan kjenne igjen tilbakefalls symptomer, hvordan man kan leve med

psykotiske symptomer, konvensjonsslidelse og hvordan utvikle en meningsfull tilværelse (Aarre et al, 2009, s.70). Det er under denne behandlingen det vil være aktuelt å ha fokus på livsstilsykdommer.

Familiebehandling dreier seg mye om hvordan familien skal forholde seg til sykdommen og hvordan de skal forstå de ulike symptomene. Det er også her fokus på hva familien kan gjøre i form av for mye og for lite stimuli, kommunikasjon og hvordan de kan bidra til å oppdage tegn på tilbakefall slik at nye intervensjon kan settes i gang (Snoek & Engedal, 2008, s.75).

Sosiale tiltak er også et viktig mål i behandlingen, da de fleste i denne gruppen pasienter har behov for ulike tiltak. De som ikke er tilknyttet en spesiell behandlingseenhet har ofte behov for andre tilbud som egen bolig, hjelp fra primærhelsetjenesten, tilrettelagt arbeid eller fritidsaktivitet (Snoek & Engedal, 2008, s.75).

3.2 Livsstilsykdom.

Kristoffersen (2016) beskriver ordet livsstil som våre levevaner, og da våre levevaner som er knyttet opp mot kosthold, aktivitet, bruke av alkohol og rusmidler m.m. og hvordan betydning dette har for helsen vår. Begrepene risikoatferd og helseatferd er begreper som er mye brukt i dag som faktorer som spiller inn på helsen vår. Livsstilsykdom kan da regnes som sykdom som er forårsaket av levevanene våre (Kristoffersen, 2016, s.300). Slik velger jeg å forstå det, og denne definisjon velger jeg å bruke videre i oppgaven. Som nevnt tidligere ønsker jeg å fokusere på hjerte og kar sykdommer og fedme/overvekt. Jeg vil kun presentere dem kort og hvordan dette kan forebygges. Dette vil jeg bygge videre på i kap. 4.0.

Helsedirektorat klassifiserer overvekt etter en skala ut i fra KMI som WHO bruker: normalvekt: 18–25, overvekt: ≥ 25 , fedme: ≥ 30 , fedme grad I: 30-34, fedme grad II: 35-39 og fedme grad III: ≥ 40 . Overvekt i seg selv er ingen sykdom men jo høyere KMI verdien blir jo større konsekvenser får det for helse, trivsel og livskvalitet. Det øker også sjansen for en rekke sykdommer som, diabetes type 2, hjerte og kar sykdommer, hjerneslag, brokk, hypertensjon, ulike former for kreft og en rekke andre tilstander (Helsedirektoratet, 2011). Helsedirektoratet sine anbefalinger for vektreduksjon dreier seg om fysisk aktivitet og et sunt kosthold. 30 minutter moderat fysisk aktivitet hverdag for å bedre helse og 60 minutter aktivitet i moderat eller høy intensitet for å forebygge vektøkning. Kostholdet skal bestå av

mer grønnsaker, frukt og grov kornprodukter, og mindre inntak av mettet fett fra fete meieri- og kjøttprodukter (Helsedirektoratet, 2011).

Hjerte- og kar sykdommer er en samle betegnelse for all sykdom i hjertet og blodårene (Arnesen, 2016). Dette er i Norge i dag den hyppigste dødsårsaken, og utgjør en stor andel av de kroniske sykdommene (Ørn og Brunvand (2014). Det er en rekke skader og sykdommer som kan oppstå i hjerte og blodbanene. Hjerteinfarkt og angina pectoris er blant de vanligste formene for hjerte og kar sykdom. Dette kalles også for iskemisk hjertesykdom og skyldes ofte aterosklerose og arteriell trombose. Aterosklerose betegner kolestrolansamling i arterievegen, og gjør passasjen i blodårene mindre (Øren & Bruvand, 2011, s.160). Mens trombose er dannesele av en propp i arterien, som kan vandre rundt i sirkulasjonssystemet. Disse to tilstandene kan føre til at blod tilstrømningen til hjerte eller ett annet organ stenges av og det vil da oppstå skade eller i verste fall død (Øren, 2011, s.97).

Helsedirektoratet har gitt ut nasjonale retningslinjer for å forebygge mot hjerte- og karsykdommer, og hvordan man kan kartlegge for risiko for å utvikle dette. De livsstilsrådene som omhandles der er; å slutte å røyke, fysisks aktivitet og kosthold (Helsedirektoratet, 2009). Videre i oppgaven ønsker jeg kun å fokusere på fysisk aktivitet og kosthold. Jeg ønsker ikke å fokusere på røykeslutt i denne oppgaven.

3.3 Sykepleierens ansvar og funksjon.

Ser man på Grimsbø (2016) sin beskrivelse av hvilke funksjoner man har som sykepleier omhandler det flere sentrale temaer knyttet til denne problemstillingen. Blant annet helsefremming, forebygging og undervisning og veiledning. Helsefremming handler om å sette i gang prosesser som kan gi økt kontroll og forbedre hver enkelt pasients helse. Den forebyggende funksjonen dreier seg om å forhindre helsesvikt både hos friske og hos personer som er spesielt utsatt. Primærforebygging har som mål å unngå helsesvikt hos pasienter som er spesielt utsatt eller friske før, i dette tilfellet vil det være å jobbe mot personer som er spesielt utsatt for å utvikle schizofreni og andre psykiske lidelser. Den sekundærforebyggende funksjonen går mer ut på å forhindre økt helsesvikt på et tidligstadium eller hos personer som kan være utsatt for dette, dette kan være å informere pasienten om komplikasjoner før man setter i gang med behandling eller lignende. Tertiærforebygging går ut på å forebygge komplikasjoner ved sykdom, disse tiltakende vil jeg drøfte i denne oppgaven (Kristoffersen,

Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.18). Videre i oppgaven vil jeg med bruk av forebygging mene å redusere sykdomsframkallende og skadelige faktorer.

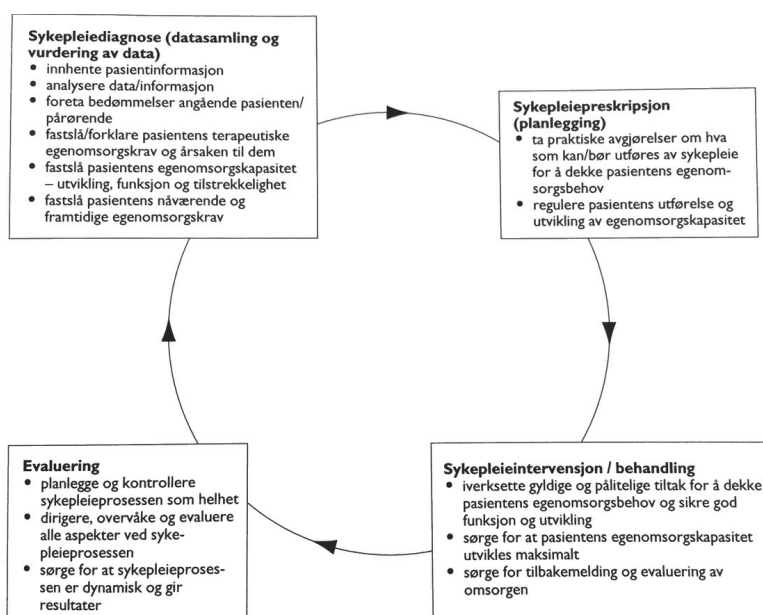
Når man skal veilede og undervise mennesker som er syke eller er i en spesiell situasjon grever det at man som sykepleier kan noe om dette. Man skal ikke bare undervise eller veilede, men også foreta en rekke vurderinger ovenfor pasienten slik at man kan tilpasse veiledning og undervisning. Noen av disse vurderingene er blant annet hvem pasienten er, hva er situasjonen, hensikten med det man skal lære bort, hva som påvirker situasjonen og læringen, tid, sted, innhold, metoder og evaluering (Tveiten, 2008, s.161). Dette er funksjoner som handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Dette er spesielt rettet mot pasienter og pårørende der man skal prøve å møte behovet for kunnskap og forståelse for å ivareta egen helse. Man har også et ansvar ovenfor medarbeidere og studenter der man skal øke kvaliteten på tjenesten og utøvelse ferdigheter (Grimsbø, 2016, s.18).

3.4 Orem's egenomsorgsteori.

Dorothea Orem sin teori tar for seg flere aspekter ved å utøve sykepleie, også sykepleieprosessen og andre ulike oppgaver man som sykepleier står ovenfor, jeg ønsker i denne oppgaven kun å fokusere på oppgaver og egenskaper som er knyttet til å utøve egenomsorg. Dorothea Orem's egenomsorgsteori går i korte trekk ut på å styrke pasientens egne ressurser for å fremme sin egen helse. Dette ved å styrke motivasjon, øke kunnskapen om kropp og helse og konkrete ferdigheter som kan brukes for å fremme helsen, forebygge sykdom og unngå komplikasjoner ved nåværende sykdom (Kristoffersen, 2016, s.18). Vi har alle mennesker noen egenomsorgsbehov. Generelt kan man si at disse er, opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft, mat og vann, behov for eliminasjonsprosessen og utskilling av avfallsstoffer, balanse mellom å være aktiv og å hvile, balanse mellom å være sosial og alene. Vi har også et behov for trygghet mot farer, funksjon og velvære. Felles for alle mennesker er også et behov for å fremme funksjon og utvikling ovenfor andre sosialgrupper, i form av å utvikle en normalitet (Cavanagh, 2001, s.19). Orem mener at alle de ulike behovene for egenomsorg er til stede på de ulike utviklingsstadiene i livet til ett menneske, disse stadiene kan være fødsel, småbarnsperioden, forskjellige faser i ungdomsårene eller voksen årene eller graviditet. Hun legger også frem at de ulike forhold som kan påvirke de ulike utviklingsstadiene som kan få utfall i behov av egenomsorg. Noen av disse forholdene kan

være; manglende utdanning, sosiale tilpassingsproblemer, tap i nære relasjoner eller av eiendeler eller arbeid, plutselig endring av levekår, endring i sosialstatus eller økonomisk, endring knyttet til sykdom eller helse, eller skadelige miljøfaktorer (Cavanagh, 2001, s.23).

I illustrasjonen under ser man en oversikt over Orems fremstilling av sykepleieprosessen, spesielt med denne er at egenomsorgsbehovene som er nevnt i avsnittet over er gjennomgående.



Figur 1. Skjematisk oversikt over sykepleieprosessen etter Orems modell. Hentet fra Orems egenomsorgsterori i praksis, Cavanagh, 2001, s.47

3.5 Etiske prinsipper, yrkesetiske retningslinjer og lovverk.

Autonomiprinsippet handler om pasientens medbestemmelse og selvbestemmelse. Det vil si at pasienter som er kompetente til det har rett til å ha en stemme i forhold til hjelp og behandling. Pleierne har ansvar til å informere pasienten og til å ivareta pasientens rett til autonomi. På samme måte skal man respektere om pasienten motsier seg eventuelt behandling og hjelp (Nortvedt, 2012, s.97). Dette prinsippet omhandles også i pasient- og brukerrettighetsloven under §4 som omhandler samtykke til helsehjelp (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer omhandler generelle etiske retningslinjer for hvordan man utøver sykepleie. Den grunnleggende sykepleien skal bygge på respekt for menneskets

liv og verdighet. Dette skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert. Disse retningslinjene omhandler igjen hvilket ansvar man har ovenfor sin profesjon, pasienten, medarbeidere, pårørende, arbeidsplass og samfunnet (nsf.no).

Sentralt lovverk for denne oppgaven er pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og psykisk helsevernloven. Psykisk helsevernlov omhandler hvordan gjennomføring av psykisk helsevern skal gjennomføres på en forsvarlig måte og forsvare mennesket på en rettferdig måte (Psykisk helsevernloven, 1999).

Helsepersonellovens formål er å øke sikkerheten til pasienten og helsetjenesten samtidig som den skaper tillit ovenfor helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999). Mens pasient- og brukerrettighetsloven skal bidra til å sikre pasientenes rettigheter og sikre tillitsforhold mellom pasient og helsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Helse- og omsorgstjenesteloven dreier seg om å sikre de helsetjenestene befolkningen mottar, bl.a. forebygging av sykdom, sikre samhandling mellom ulike tjenester, tilrettelegge for selvstendig og tilrettelagt bo tilbud og rettferdig levekår og livskvalitet for befolkningen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

3.6 Presentasjon av funn fra forskning.

Alle artiklene jeg fant omhandler pasienter med schizofreni i tillegg til at noen også har med andre pasient grupper med en alvorlig psykisk lidelse. Alle artiklene konkluderer også med at disse pasientene har økt risiko for ulike former for somatiske og livsstilssykdommer. De sykdommene som er oftest nevnt er hjertekarsykdommer, diabetes og insulin kontroll, respirasjonsproblematikk og fedme. Artiklene legger også frem at årsaken til dette er risikofaktorer som immobilitet, røyking, bivirkninger av medikamenter og dårlig kosthold.

I forskningen har jeg sett på to typer funn, det er utfordringer knyttet til å gjennomføre livsstilsendringer og hva eller hvordan man kan gjennomføre livsstilsendringer.

3.6.1 Utfordringer.

Blanner et al. (2015) sin forskning peker på utfordringer knyttet til sinnslidelse og organisatoriske utfordring. Spesielt med tanke på utfordringer knyttet til at pasienten ofte må forholde seg til flere instanser samtidig. Det trekkes også frem manglende støtte fra ledelsen

til å øke fokus på fysisk helse i den daglige praksisen (Blanner et al., 2015, s 470). Annen forskning forteller også at andre utfordringer denne pasient gruppen møter er de samme som ellers i befolkning, nemlig dette med manglede støtte fra andre, lett tilgjengelig usunn mat og manglede motivasjon til å trene, som f.eks. dårlig være (Yarborough, Stumbo, Yarborough, Young & Green, 2016). I en Svensk studie trekker man frem pasientens nedsatte kognitiv funksjon grunnet sykdommen som en utfordring (Bergqvist, Karlsson, Foldemo, Wärdig, & Hultsjö, 2013).

3.6.2 Hjelpende tiltak.

I den samme studien som sis nevnt ser de også på hva som ble gjort og hva personalet så på som ideelt. Sykepleiere i denne studien hadde først fokus på å organisere gode daglige rutiner før man aktivt prøvde å forebygge livsstil, samt psykisk støtte og informasjon. Over tid var det viktigheten av sunn mat og fysisk trening som var viktig og at denne informasjonen ble gjentatt både skriftlig og muntlig. I tillegg empatisk støtte og kommunikasjon. Det mest hensiktsmessige er at dette blir gjennomført i pasientens hjemmemiljø. (Bergqvist et al., 2013). I en liten studie gjort i Australia legger man frem at pasienter med schizofreni hadde nyttet av et treningsprogram og at dette ga vektreduksjon og bedre kondisjon (Fogarty & Happell, 2005). Flere av studiene trekker frem at det å være del av en gruppe kan være positivt i forhold til å opprettholde og gjennomføre livsstilsendringer (Yarborough et al., 2016). Støtte fra andre og at andre kan være med på å ta initiativ til trening sees også på som motiverende faktorer. Planlegging av treningen sees også på som en faktor som kan redusere stress og bidra til økt motivasjon for å gjennomføre livsstilsendringer (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014).

4.0 DRØFTING

Ser man på teorien om både hjerte- og kar sykdommer og overvekt er retningslinjene fra helsedirektoratet ganske klare. Kosthold og fysisk aktivitet er fellestrekk for å forebygge både hjerte- og kar sykdommer og fedme (Helsedirektoratet, 2009; Helsedirektoratet, 2010). Det vil derfor være naturlig for meg å fokusere på disse tiltakene i drøftingen, og se på ulike utfordringer og hjelpende strategier for å gjennomføre dette.

4.1 Utfordringer knyttet til lidelsen.

Utfordringer som ble nevnt i forskningen var blant annet pasientenes psykiske helse, mangel på innsikt og motivasjon. Blanner et al. (2015) legger frem i sin forskning at både personale og pasientene synes det er vanskelig å fokusere på fysisk aktivitet og helse når pasientenes mentale helse ikke er god. Det legges også frem i denne forskningen at personalet ofte ikke har tid til å både fokusere på mental og fysisk helse samtidig. Mangel på kunnskap og en følelse av at noen andre kunne ha håndtert problemer knyttet til fysisk helse kommer også frem i denne forskningen (Blanner et al, 2015, s.474). Ser man på dette ut ifra sykepleierens faglige retningslinjer er det ikke i tråd med utføre helhetlig omsorg (nsf.no). Dette er heller ikke i tråd med helse- og omsorgstjenesteloven §4-1, ledd b. der man skal ha krav på ett helhetlig og koordinert omsorgstilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 1999). Når dette ikke blir gjort klarer vi ikke å øke egenomsorgen til pasienten. Egenomsorgen kan økes ved å tilegne pasienten ferdigheter som fremmer helse og forebygger sykdom (Kristoffersen, 2016, s.18). Disse ferdighetene vil jeg drøfte senere i oppgaven. Forskning gjort i Sverige trekker også frem dette med pasientens varierende dagsform som en utfordring for å komme i gang med trening o.l. En av informantene trekker frem utfordringer knyttet til ”stemmer”. Personen forteller han det kan være stemmer i hodet som forteller at han skal holde seg hjemme og unngå å gå ut. Det legges også frem paranoia som en utfordring til å komme i gang med de små endringene. Informanten forteller også at det å ha noen som får enn i gang har en hjelpende effekt. (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014). Dette er vanlige symptomer på diagnosen Schizofreni og sees ofte som positive symptomer (Johannesen, 2011, s.31). I samme studie trekkes det også frem at mangle på kunnskap var et problem hos flere av informantene. Enkelte kunne trene veldig hardt en dag og bli helt utslitt, og derfor ha flere dagers pause eller miste motivasjonen helt (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014). En annen faktor vil også være bivirkninger av medisiner. De fleste er avhengige av medisiner for å holde symptomene på avstand og kunne fungere. Som nevnt tidligere er vanlige bivirkning er vekt økning og

sedasjon (Norsk legemiddelhåndbok, 2017). Bergqvist et al. sier i sin forskning at for mange kan det være vanskelig å utøve fysisk aktivitet. Enkelte sykepleiere og annet helsepersonell kan oppleve det som vanskelig å snakke om bivirkninger når de vet viktigheten av virkningen og det å holde seg til medisiner over tid. Man skal som sykepleier respektere pasientens rett til å ta et selvstendig valg i følge NSF sine retningslinjer, men man skal også gi tilstrekkelig informasjon og forsikre seg om at denne er forstått (nsf.no). Det kan være svært problematisk nettopp å hvite om pasienten forstår konsekvensen av sine valg i ulike deler av sykdomsforløpet. Informantene forteller at de kan skuffe pasienten ved å fortelle at de kan legge på seg eller få andre bivirkninger (Bergqvist et al., 2013). Disse utfordringen jeg har nevnt ovenfor går igjen i all forskningen jeg har sett på til denne oppgaven. I slike tilfeller kan det ofte oppleves som dobbeltmoralisk å motivere pasientene til å ta medisiner samtidig som man vet hvilke konsekvenser dette kan få for pasienten. Dette kan i enkelte tilfeller føre til at pasienten velger å slutte på medisinene eller ikke tar dem. Som en del av lidelsen kan enkelte pasienter ha en annen virkelighetsoppfattelse eller føle seg frisk (Johannesen, 2011; Larsen, 2011). Dette kan føre til utfordringer knyttet til å motivere pasienten til å ta medisinene. Her kommer også pasientens autonomi inn, så lenge pasienten er samtykkekompetent etter pasient- og brukerrettighetsloven §4-3 og annet vedtak ikke er gjellende kan pasienten nekte å ta medisin om han ønsker. Dette henger sammen med NSF sinne retningslinjer som er beskrevet over. Dette stiller store krav til sykepleierens funksjon i forhold til å motivere og veilede pasienten. Min erfaring fra psykiatrisk institusjon og bolig er at mye av sykepleierens oppgave er mye knyttet til medisiner, og i mindre grad miljøarbeid. For å kunne veilede disse pasienten greves det at man har kjennskap til pasientens situasjon og forstår hvordan lidelsen kan påvirke pasientens evne til å tilegne seg kunnskap. Tid og sted er også ting man må ta med i vurderingen for hvordan pasienten kan tilegne seg kunnskap på en best egnet måte (Tveiten, 2008, s.18). I tilfeller der medisiner er nødvendig men vanskelig å gjennomføre grunnet pasientens tilstand vil det være aktuelt å gjennomføre vedtak etter psykisk helsevernloven §4-4 som omhandler behandling uten eget samtykke. Jeg ønsker ikke å gå mer i dybden på dette temaet grunnet dets omfang (Psykisk helsevernloven, 1999).

4.2 Organisatoriske utfordringer.

Som nevnt tidligere er denne pasient gruppen en av de mest kostbare for staten, men det kan virker som de ikke får en helhetlig og fullgod behandling av den grunn. Ser man på forskningen og litteraturen jeg har presentert i denne oppgaven peker det i den retningen. De

har kortere leve tid og har mer kroppslig sykdom enn resten av befolkningen (Aarre et al., 2009, s.65). Det Blanner et al. (2015) har lagt frem som en av grunnene til at disse pasienten ofte ikke får et helhetlig omsorgstilbud er at de ofte står i mellom primær og sekunder helsetjenesten, og avstanden her kan ofte oppfattes som stor. Denne studien er gjort i Danmark og ett av forslagene som kommer frem i studien er bruk av en koordinerings person som kan hjelpe pasienten å samhandle mellom primær og sekunder helsetjenesten og samt de somatiske og psykiske helsetjenestene pasienten mottar (Blanner et al, 2015, s.475). I Norge er det lovfestet i helse- og omsorgstjeneste loven (1999) §7-1 at alle som mottar flere helsetjenester har krav på en individuellplan som skal koordineres fra en person i kommunen. Denne loven sier også at den skal omhandle tjenester som mottas fra spesialhelsetjenesten. Man kan da stille spørsmål om dette problemet er aktuelt for norsk praksis. Ut i fra min erfaring og praksis fra kommunehelsetjenesten er det store utfordringer og spørsmål knyttet til individuell plan og om dette fungerer optimalt for pasienten. Et annet synspunkt på dette er at en slik plan og koordinator kan gi flere personer og tjenester å forholde seg til og derfor virke mot sin hensikt. Andre faktorer som også er naturlig å tenke seg at spiller inn i forhold til organisering av selve tjenesten er dette med økonomi og manglende kunnskap hos de ansatte. En norsk studie viser at sykepleiere i kommunehelsetjenesten bruker veldig mye tid på å koordinere ulike tjenestetilbud for denne pasientgruppen. Både i forhold til psykisk helse, somatisk helse og andre tilbud innad i kommunene (Karlsson & Kim, 2015, s.88). Samme studie forteller også at sykepleiere i kommunehelsetjenesten ofte er de med høyest utdanning på de ulike stedene og at det sjelden er psykolog eller lege tilstede daglig. Dette gjør at sykepleierne ofte har en mer administrativ rolle. Det kommer også her frem at de har en liten behandlende oppgave men heller fokus på mestring av dagliglivet (Karlsson & Kim, 2015, s.89). Dette kan se på som at sykepleiere kanskje må ha en sekundær rolle i forhold til å forebygge livsstilssykdommer. Der man fokuserer på å øke fokus og kunnskap hos sine medarbeidere. Denne påstanden er avhengig av hvor man jobber, og hvilke yrkesgrupper man arbeider sammen med. Min erfaring at det er mye enklere å fokusere på å øke kunnskap til sin tjeneste der det jobber personer som har en helsefagligutdannelse eller høyere utdanning, enten i form av høyskole eller yrkesfaglig videreutdanning. Mange av disse pasienten bor på steder som er tilknyttet til kommunene. Basert på min erfaring er det mange personer med lite eller ingen helsefaglig utdanning som jobber her og som man ser av studien presentert over er sykepleieren ofte den med høyest utdanning. Andre ansatt vil da kanskje ikke ha de samme forutsetningene for å se behovet for kunnskap eller se de samme utfordringen som en sykepleier. Derfor vil sykepleieren sin undervisende og veiledende rolle være veldig viktig på

slike typer boliger og institusjoner. Målet for sykepleieren vil i slike situasjoner være å øke medarbeidernes kunnskapsnivå som vil være med på å øke kvaliteten på tilbudet og omsorgen man utøver. Dette ved å presentere kunnskap med også kritisk reflektere over sin egen utøvelse av praksis (Grimsbø, 2016, s.18).

4.3 Intervensjoner for å forebygge livsstilsykdom.

4.3.1 Fysisk aktivitet.

Forskning gjort ved et lite kommunalt omsorgssenter i Australia viste at det å delta i en gruppe når man gjennomførte fysisk aktivitet var svært hensiktsmessig. Informantene fortalte at dette ga økt motivasjon til å utføre fysisk aktivitet og at det var lettere å sette i gang når man hadde noen å utføre aktivitet sammen med. Personalet fortalte også at dette hadde god effekt og at det hadde innflytelse på de andre beboerne når man var en gruppe (Fogary & Happell, 2009, s.347). Bruk av gruppeterapi i behandling av schizofreni er beskrevet flere steder i litteraturen og har vist å ha god effekt som behandlings måte (Aarre et al., 2009, s.71). Dette styrkes også av Orems beskrivelse av egenomsorgsbehovene våre, der hun sier at alle mennesker har behov for fremme funksjon og utvikling ovenfor andre sosialgrupper (Cavanagh, 2001, s.19). Argumenter mot at det kan være utfordrende å benytte seg av grupper ved fysisk aktivitet kan være at man har mindre fokus til hver enkelt deltaker til oppfølging og støtte. Det kan også være ressurskrevende for behandlingseenheten og ta resurser som kunne vært brukt på andre pasienter som trenger mer individuell oppfølging. Enkelte pasienter med schizofreni kan også ha tendens til å trekke seg vekk fra større grupper. Dette fordi det ikke er unormalt at disse pasienten utvikler en form for asosial atferd. Dette kan også være knyttet til angst som også mange pasienter med schizofreni sliter med (Johannessen, 2011, s.31). Når jeg hadde praksis i en bolig for personer med ulike psykiske lidelser var og ble det gjort flere forsøk på å gjennomføre ulike gruppeaktiviteter. Et stadig problem var at det var svært liten interesse og få som deltok. Noe av grunnen var dårlig psykisk form, men også fordi mange slet med å motivere seg og bryte med sitt faste mønster. Dette kan man også se i forskningen der noen av informantene fortalte at det var vanskelig å aktivisere seg når man var blitt vant til å ta det med ro (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014). Klarer man å bryte med dette mønstre vil man fjerne en faktor som er med på å gå risikoen for livsstilsykdommer og dermed kunne forebygge for dette. Man vil på den måten oppfylle NSF sine yrkesetiske retningslinjer som omhandler forebygging (nsf.no).

En Amerikansk studie der man fulgte en pasient gruppe over en 18 måneders periode viser også at man har god effekt av å delta i grupper, og har mye av den samme argumentasjonen som nevnt tidligere. Det reises her et annet poeng som er svært viktig. I denne studien gikk de fra å ha ukentlige samlinger til månedlige samtaler og etter hvert enda sjeldnere. Her forteller flere av deltakeren at det var lett å motivere seg til å være fysisk aktiv når man møttes i gruppen og når det var kort tid til neste samling (Yarborough et al., 2016). Men ettersom det ble lenger tid mellom samlingene fortalte flere at det var vanskeligere å motivere seg for aktivitet og det var lette å falle tilbake samme spor som tidligere. I tillegg til utfordringer knyttet til sin psykiske sykdom forteller de også om utfordringer som er mer generelle for resten av befolkningen. Som lett tilgang på usunn mat og dårlig vær som gjør det lite motiverende å gå ut å være fysisk aktiv (Yarborough et al., 2016). Dette viser at det kan være svært krevende å gjennomføre gruppe aktiviteter, og det krever god oppfølging. Denne studien var gjort med personer som bodde hjemme. Mens studien jeg nevnte tidligere er gjort med personer som bor i nær tilknytning til hverandre og helsepersonell som kan motivere. Skal man da lykkes med en form for gruppe aktivitet krever dette tett oppfølging av personer med kompetanse knyttet til å jobbe med gruppeterapi, psykisk- og fysisk helse. Bruk av slike grupper kan også brukes til å tilegne seg ny kunnskap om fysisk aktivitet. Her dukker også utfordringer knyttet opp mot bo situasjon. Ulike gruppeaktivitet vil kanskje være mer hensiktsmessig når man har mulighet til tett og jevnlig oppfølging og kan ha en kontinuitet i gruppen.

4.3.2 Kosthold.

Et annet viktig tiltak for å forebygge livsstilsykdommer som helsedirektoratet legger frem er et sunt og variert kosthold (Helsedirektoratet, 2011). Både litratur og forskning er enige om at personer med Schizofreni sliter med et dårlig kosthold. Dette samsvarer også med min erfaring fra arbeid med denne pasient gruppen. En svensk studie forteller at problemer med struktur i hverdagen og kosthold er et problem man ofte ser (Bergqvist et al., 2013). Studien jeg har nevnt tidligere som følger pasientene over flere måneder har også flere eksempler på at informantene ofte har vansker med å foreta gode valg når det kommer til mat. Et eksempel som gikk igjen i denne studien var at når informantene følte seg deprimert eller i dårlig psykiskform var det mange som valgte å spise usunn mat. Motivasjonen på disse tidspunktene faller også og det blir vanskeligere å gjennomføre gode valg (Yarborough et al., 2016). Under gruppesamlingene til denne studien ble det også holdt undervisning i forhold til sunn mat og hvordan lage og hvordan man kan skaffe seg den på en smart og lett måte.

Mange fortalte her at de lærte mye og det var lett å føre med seg dette hjem da gruppesamlingene kom tett. Men samme problem oppsto her som nevnt tidligere knyttet til fysisk aktivitet. Når gruppen samlet seg sjeldnere ble det vanskeligere å holde seg til den sunde maten og det ble vanskelig å hente seg inn da man kom i tunge psykiske perioder (Yarborough et al., 2016). Så ut i fra dette så krever også kostholdsendringer også tett oppfølging over lengere tid skal man kunne implementere dem godt. Det utales også i en studie at det er veldig enkelt å forholde seg til sine gamle vaner. Å vanskelig å tilegne seg nye, spesielt i vanskelige perioder (Blanner et al, 2015, s.473). Studien av Yarborough var gjennomført med pasienter som bodde hjemme og var tilsynelatende velfungerende. Som nevnt tidligere er det langt fra alle med schizofreni som klarer å bo for seg selv og har ulikt behov for hjelp. Jeg har hatt problemer med å finne tall på hvor mange som er i behov av ulike hjelpetiltak. Men som man ser av forskning og litteratur er det mange som bor i egne boliger og institusjoner med ulikt nivå av hjelp, mange har også lange eller korte opphold på sykehus. Dette er faktorer som er svært avgjørende for hvor stor innflytelse vi som sykepleiere har på pasientene. Det samme gjelder når det kommer til kosthold. Som man ser i forskningen nevnt over er man kun i kontakt med pasienten i en kortperiode av gangen. Mens om pasienten bor på et sted der man har mer kontakt med pasienten og de har ett annet behov for hjelp vil man kunne påvirke pasienten mer når det kommer til med kosthold og fysisk aktivitet. Hvis man først ser på kosthold vil det være ulike typer boliger som tilbyr pasientene måltider. Det vil her være svært sentralt at denne maten er tilpasset pasientens energi og næringsbehov. Oppgaven til sykepleieren vil her også være knyttet opp mot undervisning og veiledning. Så lenge pasienten bor for seg selv i en egen bolig er det lite vi som helsepersonell kan gjøre, da disse pasienten er beskyttet av autonomiprinsippet og pasient- og brukerrettighetsloven. Man kan ikke gå inn å overstyr det pasienten spiser som på et sykehus der man har mulighet til å bestemme hvilken mat som blir servert. På et sykehus kan det tilbys måltider som er mer hensiktsmessig. Dette er et spørsmål som dreier seg om økonomi og organisering av spesialtjenesten som jeg ikke ønsker å gå inn på i denne oppgaven. Dette betyr at alle pasienten selv tar sinne valg og står inne for dette. Men vi som helsepersonell er også pliktig å informere om ulike risikoer og innsikt i sin helsetilstand (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999).

Slike intervensjoner som fysisk aktivitet og kostholdsendringer er i ett ledd av å forebygge livsstilsykdommer dreier dette seg mye om sykepleierens forebyggende funksjon. Dette kan både tolkes som sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Tolker det man som

sekundærforebyggende tiltak er det av den grunn at dette dreier seg om at man identifiserer økt risiko for helsesvikt. Når dette er identifisert settes tiltak som nevnt ovenfor inn for hindre utvikling av helsesvikt og eventuelle sykdommer (Grimsbø, 2016, s.18). Jeg tenker også at slike tiltak kan tolkes som tertiære tiltak om man velger å se på livsstilssykdommer som en komplikasjon av det å ha schizofreni. Denne formen for forebygging skal hindre at nye helseproblemer oppstår hos mennesker som allerede har en kronisk sykdom eller funksjonssvikt (Grimsbø, 2014, s.18). Det vil kanskje ikke være riktig å bruke denne tolkningen ved alle tilfeller av forebyggende arbeid hos pasienter med schizofreni. Som nevnt flere ganger tidligere har denne pasientgruppen et ulikt forløp i sin lidelse. Denne argumentasjonen understreker igjen at det kan være vanskelig å finne en type aktivitet eller tiltak som fungerer best for denne pasient gruppen.

4.3.3 Planlegging og støtte.

I en svensk studie forteller en informant om hvordan for mange aktiviteter og for mye informasjon kan virke stressende for pasienten. Det å ha for mange aktiviteter eller ting å forholde seg til på en dag kan gjøre at situasjonen for mange blir stressende og at man ikke blir i stand til å gjøre den planlagte aktiviteten. Informanten forteller også at det i starten kan være lurt og kun ha en aktivitet i uken (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014). Som vi ser av forskningen og litteraturen jeg har presentert har mange med en psykisk lidelse en immobil livstil. Det kan derfor være vanskelig å bryte ut av dette. Samme studie sier også at å ha kjente aktiviteter er en fordel, som f.eks. at man går en kjent rute eller utøver aktiviteter på et kjent sted kan være med å redusere stress. Ved å gjennomføre enn aktivitet som man ser på som morsom å gjennomføre bidrar også til å øke motivasjonen. Et funn i denne artikkelen som motsier funnet som ble presentert i avsnittet over er at flere informanter her uttrykker at de ønsker å utføre aktivitet på egenhånd, dette for at man skal kunne få gjøre det i sitt eget tempo (Rastad, Martin & Åsenlöf, 2014). Dette er med på å bekrefte at det er stor individuell variasjon i funksjonsnivået til denne pasient gruppen. For å gjennomføre slike livstilsendringer krever det at pasienten er motivert og er mottakelig for kunnskap og informasjon (Kristoffersen, 2016, s.372). For de av pasientene som ikke har mulighet eller ferdigheter til å tilegne seg dette blir det sykepleieren sin oppgave å bistå pasienten med dette. Men skal vi som helsepersonell ha mulighet til dette, grever det at vi har tilstrekkelig tid med pasienten. Men på en annen side, når pasienten er i en veldig psykisk dårlig periode på et sykehus vil det fra mitt syn være vanskelig å arbeide mot et mål om å foreta livsstilsendringer. På samme siden vil det også være vanskelig på en poliklinikk eller hos pasienter som bor

hjemme å følge opp levevaner når man ikke har mulighet til tett og daglig oppfølging. Som nevnt tidligere er det enkelte av disse pasientene som sliter med å bryte sin daglige rutine, enkelte sliter også med paranoia eller ha autistiske trekk (Snoek & Engedal, 2008, s.70). Det legges også frem av Bergqvist et al., (2013) at pasientene opplever det som positivt med personell som støtter og motiverer dem i arbeidet med å bedre sin fysiske helse. Det å motivere pasientene til å være med på fysisk aktivitet eller delta sammen med dem sees på som å være hensiktsmessig. Samme studien trekker også frem at å ha ett støttende sosialt felleskap rundt seg og dette bidro til at motivasjonen for å spise sunt og utøve fysisk aktivitet økte. Informantene persisterte også viktigheten av denne støttet at den foregikk i omgivelsene der man bor (Bergqvist et al., 2013, s.355). Dette er tiltak jeg tolker som er med på å bidra til at pasienten får en øket innsikt i sinne helseutfordringer og vil bidra til økt egenomsorg hos pasientene som er målet med Orem sin egenomsorgsteori. Dette kan man også se på som helsefremmende som er av sykepleierens funksjon. Man setter i gang prosesser som vil være bedre eller gi mer kontroll over sin egen helse (Grimsbø, 2016, s.18).

Noen av studiene etterlyser nasjonale retningslinjer knyttet til fysisks helse hos pasienter med psykiske lidelser (Blanner et al., 2015). Men som man ser av de ulike funnene jeg har funnet er det stor individuell variasjon og mange av lidelsens grunnsymptomer kan stå i veien for at det vil være hensiktsmessig å følge eventuelle nasjonale retningslinjer. Ser man på dette ut ifra Orem sin egenomsorgsteori handler det om å finne hver enkelt pasient sinne behov for egenomsorg og kapasitet i forhold til utvikling og funksjon. Dette dreier seg også å se sammenheng mellom evne og behov. Dette beskriver Orem som en datasamling og vurdering av data (Cavanagh, 2001, s.35). Når man har innhentet denne dataen kreves det planlegging av hva man som sykepleier kan gjøre og har mulighet å gjøre. Som jeg har presentert tidligere vil dette være blant annet, å stabilisere pasientens psykiske tilstand. Evn.t i form av medisinerer eller psykososiale tiltak. Det vil også være å se på hvilke tilbud man kan tilby pasienten i form av opplæring eller andre aktivitetstilbud. Om dette vil være å delta i ulike aktivitetsgrupper, få informasjon om kosthold eller andre tiltak vil være vår oppgave som sykepleier å tilrettelegge for og motivere pasienten til å bli bevist på dette. I denne delen vil det også være aktuelt å snakke med pasienten om realistiske mål. Det kan være alt fra vektreduksjon, holde samme vekt eller være aktiv 1 til flere ganger i uke. Det vil her være viktig å sette mål som er realistiske og som pasienten er tilfreds med. Oppgaver som vil være sentralt for sykepleieren her vil også være å undervise og øke fokus på de aktuelle tiltakene som blir satt i gang, hos annet helsepersonell som har tett kontakt med pasienten. I tillegg kan

det også være aktuelt å dra inn pårørende om det er aktuelt. Neste prosess i Orem sin modell vil være å gjennomføre de aktuelle tiltakene. Målet her vil være at man øker pasienten sin egenomsorg. Det vil være aktuelt å gi både fysisk og psykisk støtte. Her kreves det tett oppfølging og jevnlig tilbakemelding og evaluering av omsorgen (Cavanagh, 2001). Siste delen av prosessen vil være at man gjør en helhetlig vurdering av hele prosessen og se om den gir resultater.

Problemet med en slik prosess er at den krever at man har en jevnlig og tett oppfølging av pasienten. Det vil være utfordrende å gjennomføre om man ikke har tett kontakt med pasienten. Om dette er en pasient som bor hjemme og man kun har kontakt på en poliklinikk eller ved korte besøk i hjemmetjenesten, vil det være utfordrende å få ett helhetlig bilde av situasjonen. Om pasienten skulle ha psykiske plager som påvirker opplegget vil det være vanskelig å være støttende og sette inn aktuelle tiltak når det trengs. Min oppfatning vil være at en slik prosess vil være mer hensiktsmessig når man har daglig kontakt med pasienten og en tettere oppfølging. Når det gjelder de pasientene som bor hjemme og som mottar ulike tjenester fra kommune og spesialhelsetjenesten vil det eventuelt være mer aktuelt med en individuellplan eller en koordinator. Min tanke bak dette utspillet er at man da eventuelt lettere vil få oversikt over pasientens mål på tvers av de ulike etatene med en slik plan. Man vil også på den måten styrke pasientens sin egenomsorg og utøve sin helsefremmede funksjon som sykepleier. Kravene for individuellplan og koordinator er godt beskrevet pasient-og brukerrettighetsloven (1999) og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuellplan og koordinator (2011). Det er kommunens ansvar at en slik plan blir utarbeidet. En slik plan skal kun utarbeides om tjenestemottakeren altså pasienten ønsker. Om han eller hun ikke ønsker dette og har behov for samordnete tjenester over en lengere tid skal det utnevnes en koordinator. Innholdet i en slik plan skal omhandle bl.a. hvilke tjenester som mottas, kontaktpersoner, hvilke tiltak som er iverksatt knyttet til pasienten (Forskrift om habilitering og rehabilitering, 2011). Det forskriften ikke sier noe om som jeg har lagt meg merke er pasientens mål med de ulike tilbudene. Dette ser jeg på som en svakhet fordi det da vil være vanskeligere å fokusere på eventuelle mål om å bedre sin egenomsorg som kan være med på å bidra til livsstilsendringer.

5.0 AVSLUTNING

I denne oppgaven har jeg sett på hva vi som sykepleiere kan bidra med i forhold til å forebygge livsstilsykdommer og påvirke pasienter med schizofreni til å foreta livsstilsendringer. Jeg valgte å legge noe av fokuset på helsedirektoratet (2009;2011) sine retningslinjer i forhold til forebygging av henholdsvis hjerte- og karsykdommer og overvekt. Disse retningslinjene konkluderte med at fysiskaktivitet og kosthold var nøkkelen til dette. Disse intervensjonene gjenspeilet seg i forskningen jeg har lest og funnet.

Dette er en svært krevende pasient gruppe og arbeide med, ikke bare fordi de har en utfordrende lidelse. Men også fordi det er en veldig stor individuell variasjon i sykdomsforløpet og lidelsens omfang. En av de største utfordringene når det kommer til å foreta livsstilsendringer er knyttet opp mot pasientens psykiske helse og kognitive funksjon som er svekket som en følge av pasientens psykiske lidelse. Utfordringer knyttet til organiseringen av selve helsetjenesten er også utfordrende i dette arbeide ettersom mange av pasienten mottar ulike helsetilbud fra ulike enheter. Samordning av dette krever mye tid som går utover pasienten.

Ut i fra minne funn vil sykepleierens oppgave dreie seg om undervisning og veiledning av pasientene. I tillegg undervisning og veiledning av annet helsepersonell. For at dette skal ha effekt, kreves det at man har grunnleggende kunnskaper om pasientens psykiske lidelse og at den mentale formen til pasienten er godt ivaretatt. Man vil da kunne forebygge og fremme helsen til denne pasientgruppen. Som mye av forskningen viser klarer man ikke fokuser på den fysiske helsen om man ikke er i god psykisk form (Blanner at al., 2015). Tett oppfølging og samordning av ulike tilbud pasienten mottar er også viktig for at pasienten skal få best utbytte av de ulike tilbudene. Andre konkrete tiltak som har vist seg å ha effekt for at det skal være enklere å gjennomføre livsstilsendringer er bl.a. gruppe aktivitet og undervisning om aktuelle temaer og personlig og sosial støtte. For at disse tiltakene skal ha effekt kreves det at det forgår på pasientens premisser i forhold til motivasjon, psykiske form og i pasientens faste og trygge omgivelser.

LITRATURLISTE

- Aarre, T.F., Bugge, P. & Juklestad, S.I. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arnesen, H. (2016). Hjerte- og karsykdommer. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra [https://sml.snl.no/hjerte- og karsykdommer](https://sml.snl.no/hjerte-og-karsykdommer)
- Birkenæs, A.,B. (2007). CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS. *Doktoravhandling, Universitet i Oslo*. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/10852/30424>
- Cavanagh, S.J. (2001). *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Bergqvist, A., Karlsson, M., Foldemo, A., Wärdig, R & Hulstjöv, S. (2013) Preventing the Development of Metabolic Syndrome in People with Psychotic Disorders—Difficult, but Possible: Experiences of Staff Working in Psychosis Outpatient Care in Sweden, *Issues in Mental Health Nursing*, 34:5, 350-358, doi: 10.3109/01612840.2013.771234
- Blanner, K. C., Juel, A., Vinther, H.M., Hansen, A.M., Kilian, R. & Hjorth P. (2015). Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132: 470–478. doi: 10.1111/acps.12520
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fogarty, M. & Happell, B. (2005). EXPLORING THE BENEFITS OF AN EXERCISE PROGRAM FOR PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA: A QUALITATIVE STUDY, *Issues in Mental Health Nursing*, 26:3, 341-351. doi: 10.1080/01612840590915711
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuellplan og koordinator*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni>

- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-individuell-primerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Johannesen, J.O. (2011). Schizofreni – klinisk bilde og utbredelse. I Rund. B.R. (Red.), *Schizofreni* (s. 28-42). Oslo: Hertervig Akademiske.
- Karlsson, B. & Kim, S.H. (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid: en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. *Senter psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/298288>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (Red.). (2016). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1&3* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, T.K. (2011). Tidlig intervensjoner ved schizofreni. I Rund. B.R. (Red.), *Schizofreni* (s. 28-42). Oslo: Hertervig Akademiske.
- Norsk legemiddelhåndbok. (2017, 19.01). Antipsykotika. Hentet fra:
<http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/52082>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke: en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

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

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Rastad, S., Martin, C & Åsenlöf, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients with Schizophrenia. *Phys Ther.* 2014;94:1467–1479

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykiatri*. (3. utg.). Oslo: Akribe.

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

Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Yarborough, M. T., Young, T. J & Green, C. A. (2016) Improving lifestyle interventions for people with serious mental illnesses: Qualitative results from the STRIDE study. *Psychiatr Rehabil J.* 2016 March; 39(1): 33–41. doi:10.1037/prj0000151.

Øren, S. (2011). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 91-108). Oslo: Gyldendal akademisk.

Øren, S. & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 159-194). Oslo: Gyldendal akademisk