

Sykepleien

The background features a large, abstract graphic of two silhouettes of people in profile, facing each other as if in conversation. The silhouettes are filled with a gradient from red to yellow. The overall background is a light beige color.


PSYKISK SYKE
DØR 10–15 ÅR
TIDLIGERE
ENN ANDRE AV
SOMATISK
SYKDOM

#fysisk helse hos psykisk syke

BANEBRYTENDE NORSK LØSNING INNEN STOMI OG SÅRBEHANDLING

- Hudvennlig silikonbandasje
- En superabsorberende pute
- Vanntett pustende film
- Fibre som bedrer tilhelingen

4 størrelser

Made in Norway 



- Kontinente åpninger *
- Peristomale sår
- Akutte og kroniske sår

* Godkjent for refusjon av Helfo for tildekning av kontinente åpninger

Erland Care Protective Skin



www.globalhealthtechnology.no

Postboks 569 Sentrum, 4003 Stavanger, Norway



Sitter du i førersetet i livet ditt?

Gode valg er en spennende og lærerik digital seminarserie om de viktige valgene i livet.

Hver eneste dag tar du masse valg, noen er store og noen er små, men tenker du igjennom dem? Programleder *Samuel Massie* og et utvalg eksperter som *Steinar Bjartveit* og lykkeforsker *Lisa Straume* guider deg gjennom de store spørsmålene her i livet og de viktige valgene

rundt jobb, helse, penger og pensjon. Gjennom spennende øvelser får du anledning til å reflektere over ditt eget liv.

Seminaret er laget spesielt for deg som jobber i kommune- og helsesektoren.

Del 1 – om livet. Tilgjengelig på **klp.no** nå. Du møter:



NATALIA EBBESEN
Pensjonsveileder i KLP



STEINAR BJARTVEIT
Psykolog



LISA VIVOLL STRAUME
PhD "Lykkeforsker"



SAMUEL MASSIE
Eventyrer og programleder

Annonse

**Sykepleierkongressen 2021
presenterer**

SYKEPLEIE- KRAFT



**30. nov: Prekonferanser
1.-2. des: Sykepleierkongressen**



**Kongressenteret The Qube,
Clarion Hotel & Congress Oslo
Airport**



Mer info: [nsf.no](https://www.nsf.no)

NSF inviterer til Norges største helsekonferanse

Sykepleiekraft er livsviktig kompetanse, pasientfokus, tydelig fagledelse og mye mer. Det er temaet for Sykepleierkongressen 2021.

Sykepleierkongressen arrangeres hvert fjerde år og er en av de viktigste møteplassene for sykepleiere. Vi gleder oss til å samle verdens beste kolleger til lærerike dager på The Qube utenfor Oslo.

Under kongressen holdes det 70 foredrag, i tillegg til en stor utstilling med over 100 postere og mer enn 50 utstillere.

Merk deg følgende prekonferanser 30. november:

- ledelse
- forskning
- psykisk helse og rus
- jordmortjenesten

Da gjenstår det bare å notere datoene i kalenderen og sørge for at du ikke går glipp av årets viktigste event!

! Påmelding åpner 1. september.

Posterinvitasjon

Har du noe spennende fra ditt fagfelt som du ønsker å presentere? Da har du en ypperlig mulighet til å lage posterpresentasjon til kongressen.

Send oss et kort sammendrag/ abstrakt som presenterer

1. Sykepleieprosjekter eller fagutviklingsarbeid
2. Forskningsprosjekter

Posterne blir vurdert av en fagjury og det blir utdeling av posterpremier på kongressen.

Mer informasjon finner du på www.nsf.no

Send til: posterK2021@nsf.no
Frist for innsending: 15. september 2021

Sykepleien

Innhold 03 | 21 →

Å SE
HELE
PASIENTEN

Ansvarlig redaktør

Anne Hafstad
anne.hafstad@sykepleien.no
Telefon 917 93 973

Temareduktør

Liv Bjørnhaug Johansen
liv.bjornhaug.johansen@sykepleien.no
Telefon 976 32 910

Fagredaktører

Silje Ottestad og Eli Smedstad

Design og illustrasjon

Monica Hilsen

Deskansvarlig

Ellen Morland

Journalister

Eivor Hofstad, Marit Fonn,
Ingvald Bergsagel og
Kari Anne Dolonen

Korrektur og desk

Eivind Solfjell, Trine-Lise Gjesdal
og Signe Marie Flåt

Fotograf

Siv Johanne Seglem

Repro og trykk

Stibo Complete, Danmark

Annonser

Ingunn Roald (stilling)
Telefon 916 03 812

Silje M. Torper (kunngjøring)
Telefon 22 04 31 67

Maud P. Kaino (produkt)
Telefon 977 42 120

Utgivelsesdato

20. august 2021

Kontakt Sykepleien

Pb. 456 Sentrum, 0104 Oslo
Sentralbord telefon 994 02 409
Organ for Norsk Sykepleierforbund

#fysisk helse hos psykisk syke

8 Leder, Anne Hafstad:

Ærlig talt – dette kan ikke fortsette!

12 Alvorlige psykiske lidelser rammer hele kroppen

20 Verktøyet Hjerterfrisk

24 Mailinn Eskeland om psykisk og fysisk helse:
– Bipolar lidelse drar med seg alt mulig annet

34 – **Ensomhet er den glemte risikofaktoren**

RUSAVHENGIGHET TAR LEVEÅR

38 Fagartikkel:

Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling

47 Fagartikkel:

Helseskadelig alkoholbruk gir komplekse utfordringer

TILTAKENE SOM LEGGER ÅR TIL LIVET

56 Hurdal-klinikkene:

Trening og mindre medisiner reddet Christopher, Marius og Teresa

68 Fagartikkel:

Bruk av psykofarmaka må følges opp tverrfaglig og systematisk

74 Fagartikkel:

Pasienter med schizofreni bør få bedre diabetesoppfølging

78 Vondt når pasienten sier nei takk til behandling

Å SE HELE PASIENTEN

82 Hva kan sykepleierne gjøre?

Lill Sverresdatter Larsen og fire faggrupper svarer

86 Espen Gade Rolland:

– Hent frem den grunnleggende sykepleien

90 Fagartikkel:

Hva ønsker sykepleiere av en master innen fagområdet psykisk helse og rus?

97 Liv Bjørnhaug Johansen:

Psykisk helse har også en plass i somatikken

ÆRLIG TALT – DETTE KAN IKKE FORTSETTE!

Mennesker med psykiske lidelser har en levealder på nivå med det befolkningen hadde for 100 år siden. Vi andre har fått 10 til 15 år lengre liv. Kan vi leve med slike forskjeller?



Anne Hafstad
Ansvarlig redaktør

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser dør i gjennomsnitt 10 til 15 år før resten av befolkningen av somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges og behandles. Inkluderer vi selvmord og ulykker i beregningen, er levetiden hele 15 til 20 år kortere enn for gjennomsnittsbefolkningen.

15 til 20 år! Tygg litt på tallene og se for deg hva det egentlig betyr. For den enkelte – og for samfunnet.

For den enkelte og dennes pårørende handler det om mye unødig lidelse, redusert livskvalitet og en altfor tidlig død. For samfunnet er det snakk om en masse mennesker som etter alt å dømme faller utenfor arbeidslivet. De blir nok et tall i en dyster statistikk over uføre, før de dør altfor tidlig.

1997

«Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud.»

Stortingsmelding om psykisk helse, Jagland-regjeringen

1998

«Opptrappingsplanen legger opp til en styrking av alle ledd i tiltakskjeden. Målet er å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus. Et viktig siktemål med planen er å legge til rette for en planmessig utbygging av tilbudet til mennesker med psykiske lidelser.»

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006, Bondevik II-regjeringen



Levealder som for 100 år siden

Hvis vi holder oss i tallenes verden litt til, kan du tygge litt på følgende: Statistisk sentralbyrå slår fast at forventet levealder i Norge i 2020 var 81,5 år for menn og 85 år for kvinner. I begynnelsen av 1920-årene var tilsvarende tall henholdsvis 60 år for menn og 63 år for kvinner.

Satt på spissen har altså en stor pasientgruppe her i vårt langstrakte land en forventet levetid på nivå med det vi alle hadde for hundre år siden. De har rett og slett ikke vært med på toget som har tatt alle oss andre inn i en ny tidsalder med bedre levekår, moderne medisinsk behandling og et lengre liv. Årsakene er mange og bildet sammensatt og komplekst.

Det er vel kjent at psykisk syke og mennesker med rusproblemer har høyere risiko for hjerte- og karsykdommer og kreft enn folk flest. Det handler om røykevaner, lite fysisk aktivitet, kosthold, overvekt og levekår. Også genetikk og bivirkninger av den medikamentelle behandlingen av psykiske lidelser spiller inn.

Det er også slik at disse pasientene i mindre grad enn andre søker hjelp for sine somatiske plager.

Somatisk sykdom fanges ikke opp

Det gir grunn til ettertanke og bekymring at en del av dette komplekse bildet er at somatiske sykdommer ikke fanges opp av helsetjenesten, noe som igjen fører til senere behandlingsstart og et dårligere behandlingsresultat. Paradoksalt nok snakker vi om



Nederst på rangstigen setter sykepleiere og leger psykiske lidelser som depresjon og angst.

en pasientgruppe med flere kjente risikofaktorer for somatisk sykdom og for tidlig død enn de aller fleste av oss.

Skal jeg være helt ærlig, er jeg ikke bare bekymret, men egentlig ganske opprørt på disse pasientenes vegne. Som om de ikke har en tung nok bær på sine skuldre fra før. Da tenker jeg ikke bare på selve diagnosen den enkelte pasient måtte ha, og plagene og utfordringene det gir, men også stigmaet disse sykdommene fører med seg. Psykisk syke møter også i dag fordommer som burde høre fortiden til. Som sykepleier, lege eller annet helsepersonell tenker du kanskje at det er uttrykk for uvitenhet i befolkningen.

Du tenker kanskje at det er der ute i samfunnet at psykisk syke blir møtt med fordommer, mens dere som jobber i helsetjenesten, møter alle pasienter med den samme respekten, empatien og faglige profesjonaliteten. Pasientens diagnose, livsstil eller sosioøkonomiske status gjør ingen forskjell for helsepersonell. Vi behandler alle pasienter likt, tenker du. →

2004

Den gylne regel innføres av helseminister Ansgar Gabrielsen (H). Regelen slår fast at budsjettene til rus- og psykiatribehandling skal vokse raskere enn behandling av somatiske helseplager.

2010

«Døgnplassantallet ved sykehusene ligger under det mål som ble satt i Opptrappingsplanen. Nedbyggingen av psykiatriske sykehjemsplasser har gått vesentlig raskere enn forutsatt.»

Forskningsrådets evaluering av opptrappingsplanen 2001–2009



2014

Helseminister Bent Høie (H) **gjeninnfører den gylne regel** med mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå.

Prestisje og holdninger?

Også sykepleiere og annet helsepersonell kan utfordres, og kanskje reflektere litt over egne holdninger og praksis.

«Sykdommer med fart og dramatikk, sykdommer som folk blør og dør av, rangerer høyere enn dem som kommer gradvis og kanskje er uklare», skrev sosiolog og professor Dag Album ved Universitetet

” **Hvorfor helsetjenesten ikke følger opp mer enn den gjør, er vanskelig å forstå.**

i Oslo i en artikkel i 1991. I flere tiår har han forsket på om sykdommer har ulik prestisje og rang blant helsepersonell.

Nederst på rangstigen setter sykepleiere og leger psykiske lidelser som depresjon og angst. Sykdommene med høyest prestisje er hjerteinfarkt, hjernesvulst og leukemi. Rangeringen holder seg over tid og er den samme nå som i 1990.

Hvor effektiv, hvor dramatisk og også delvis hvor moderne behandlingen er, har betydning for helsepersonells rangering. Det er mer stas å se at syke mennesker raskt og effektivt blir til friske mennesker, enn å behandle pasienter med mer diffuse sykdommer over lang tid og kanskje med varierende behandlingsresultat.

Det er til å forstå fordi sykepleiere og leger er utdannet til å helbrede. Da er raske behandlingsresultater gull.

Det kan ikke utelukkes at dette preger din og annet helsepersonells holdninger til psykisk syke, uten at du er helt klar over det. Pasienter opplever ikke alltid at de blir møtt med respekt. Samtidig er det for enkelt å si at helsepersonells holdninger alene er årsaken til at psykisk syke og mennesker med rusproblemer har kortere forventet levetid enn oss andre. Men mye peker i retning av at også helsepersonell må være åpne for at deres holdninger kan være en del av problemet.

Knusende dom fra Riksrevisjonen

Likeverdige helsetjenester er en av grunnpilarene i norsk helsevesen. Dette slår imidlertid kraftig sprekker når vi ser forskjellene i levealder for psykisk syke og rusavhengige opp mot den generelle befolkningen. Det er ikke til å komme bort fra at for mange psykisk syke ikke får det tilbudet og den behandlingen de så sårt trenger, verken for sin psykiske eller somatiske sykdom. Det er slått fast i rapport etter rapport og tilsyn etter tilsyn.

Så sent som i juni i år felte Riksrevisjonen en relativt knusende dom over landets psykiske helsetjeneste. Tilgangen til psykiske helsetjenester i kommunene er ulik. Mange med psykiske plager og lidelser får ikke hjelp når de trenger det. Ungdommer med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer får ikke god



2018

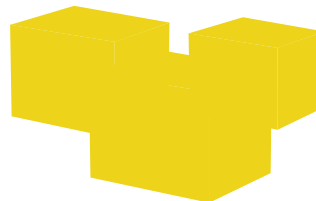
En rapport fra Helsedirektoratet for perioden 2013–2017 viser at kostnadsveksten i somatikken har vært på 10 prosent, mens den i psykisk helsevern bare har vært på 2 prosent i spesialisthelsetjenesten.

” **Jeg er ikke bare misfornøyd. Jeg er skikkelig sur.**

Helseminister Bent Høie (H) i Dagens Medisin

2019

Pakkeforløp for psykisk helse og rus blir innført.



nok behandling. «Den gylne regel», som innebærer at psykisk helse- og rusbehandling skal prioriteres over somatiske helsetjenester både i kroner og øre og i antall behandlede pasienter, er ikke innfridd.

Dette kommer etter at psykisk helse har vært løftet frem som et politisk satsingsområde i flere tiår, uavhengig av om statsministeren het Kjell Magne Bondevik (KrF), Thorbjørn Jagland (Ap), Jens Stoltenberg (Ap) eller Erna Solberg (H).

Retten skal være rett. Det har gitt resultater, men målene som er satt i ulike handlingsplaner og offentlige dokumenter, er langt fra nådd.

Stor politisk vilje – begrenset effekt

I de åtte årene med Bent Høie (H) som helseminister har tilbudet i Kommune-Norge blitt bedre. Distrikts-psykiatriske sentre er bygget ut, det er kommet flere lavterskeltilbud til barn og unge og flere psykologer i kommunene og nærmere der folk bor. Men det holder ikke, og forskjellene i tilbudet avhengig av hvor du bor, enten du trenger hjelp i kommunen din eller i spesialisthelsetjenesten, er for store.

Til tross for stor vilje og klare forbedringer sliter helseminister Bent Høie (H) fortsatt med å levere til den standarden og med de resultatene han ønsker. Hans marsjordre til helsetjenesten er ikke til å misforstå. «Den gylne regel» skal gjelde. Psykisk helsevern og rus skal prioriteres høyere enn somatiske sykdommer. Det skjer ikke helt i det omfanget og det tempoet helseministeren gir helsetjenesten i

oppdrag fra år til år, og som han så inderlig ønsker. For det er ingen grunn til å tro noe annet enn at Høie mener alvor.

Hvorfor helsetjenesten ikke følger opp mer enn den gjør, er vanskelig å forstå.

Et betydelig samfunnsproblem

Det er ifølge Riksrevisjonens rapport anslått at psykiske lidelser koster det norske samfunnet omkring 70 milliarder kroner per år. Dette beløpet omfatter både kostnader til behandling og trygde- og sosialutgifter som følge av at mennesker med psykiske lidelser oftere faller ut av arbeidslivet. Når vi i tillegg vet at andelen unge med psykiske lidelser øker, samt at mennesker med alvorlige psykiske lidelser altså har en levealder på nivå med det befolkningsgenet hadde for 100 år siden, må jeg spørre:

Hvorfor får vi det ikke til, og hvor lenge kan vi leve med det? ■



2020

Barnevernet evaluerer BUP og konkluderer med at dagens psykiske helsevern ikke er rigget godt nok for å oppfylle barns rett til best mulig helsehjelp. «Barneombudet ser alvorlig på at tidligere funn ikke er tilstrekkelig fulgt opp, og at vi finner mange av de samme utfordringene i 2020.»



Det er ekstremt mange av drivkreftene i helsetjenesten som prioriterer somatisk helse. Det styrer veldig mye.

Helseminister Bent Høie (H) i Sykepleien

2021

«De regionale helseforetakene har ikke klart å nå målet [om den gylne regel] på seks år. Allikevel har ikke Helse- og omsorgsdepartementet brukt andre virkemidler enn å følge opp måloppnåelsen gjennom foretakenes rapportering i årlig melding og foretaksmøtene mellom departementet og foretakene.»

Riksrevisjonen betegner utviklingen som sterkt kritikkverdig i sin rapport.

Tekst Eivor Hofstad

Alvorlig psykisk syke dør 10–15 år før tiden av somatiske sykdommer. Hvorfor er det slik, og hva kan sykepleiere gjøre med det?

ALVORLIGE PSYKISKE LIDELSER RAMMER HELE KROPPEN

Bipolar lidelse

7,5 år

6,6 år

Schizofreni

10,5 år

13,1 år

Kvinner ■
Menn ■

Kilde: Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder, JAMA Psychiatry 2013 og Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia, American J Psychiatry 2013

Tapte leveår

Resultater fra svenske kohortstudier med 8000 personer med schizofreni og 6500 personer med bipolar lidelse.

Grafen viser antall tapte leveår for personer med schizofreni og bipolare lidelser, av «naturlige årsaker», det vil si at ulykker og selvmord ikke er medregnet.

– Det er ikke grunn til å tro at tallene er veldig annerledes i Norge, sier psykiater Petter Andreas Ringen.

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer dør 15–20 år tidligere enn resten av befolkningen, i gjennomsnitt.

Tallet bygger på en svensk undersøkelse fra 2013 (se graf og kilder øverst på siden).

Andelen som dør av selvmord og ulykker, er høy. Tar man disse dødsfallene ut, viser beregningen at alvorlig psykisk syke får livene sine forkortet med 10–15 år på grunn av somatiske sykdommer som kunne vært forebygget eller behandlet.

Den vanligste dødsårsaken hos alvorlig psykisk syke som dør av somatiske sykdommer, er hjerte- og karsykdom.

– Særlig innenfor schizofrene og bipolare lidelser

– Det er særlig innenfor schizofrene og bipolare lidelser man ser denne overdødeligheten, og den er litt høyere for menn enn for kvinner, påpeker Petter Andreas Ringen.

Han er psykiater ved klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) og professor ved enhet for voksenpsykiatri ved Universitetet i Oslo.

Flere årsaker

Årsakene til den høye overdødeligheten kan være flere.

– Bildet er komplekst. Vi har ikke vist at overdødeligheten øker med bruk av antipsykotika. Det handler om en interaksjon mellom genetikk, livsstil og medikamenter. Personer med schizofreni har en enorm over-

forekomst av røyking. De har dårligere egenomsorg og er mindre hjelpesøkende, og i tillegg leverer vi dårligere helsetjenester til denne gruppen, sier Ringen.

I kapittelet om somatisk helse og levevaner i pakkeforløpet for psykisk helse og rus, som Ringen hadde fagansvaret for, er disse årsakene til overdødeligheten hos alvorlig psykisk syke listet opp:

- genetisk sårbarhet knyttet til psykisk lidelse
- levevaner:
 - røyking
 - skadelig bruk av alkohol og andre rusmidler
 - usunt kosthold
 - inaktiv livsstil
 - søvnproblemer
- psykososialt stress og ensomhet
- bivirkninger av legemidler
- infeksjoner og andre sykdomstilstander forårsaket av rusmiddelbruk
- manglende diagnostisering og forsinket behandling

– Rammer hele kroppen

– Skillet mellom kroppslig og psykisk sykdom er nok kunstig. Alle psykiske lidelser kan gi kroppslige manifestasjoner. Noen ganger kan de debutere med kroppslige eller nevrologiske symptomer. For eksempel smertor, lammelser, apati og forvirring, sier Ringen.

I 2019 holdt han og lederen i Norsk psykiatrisk forening, Ulrik Fredrik Malt, hvert sitt foredrag der de snakket



om overdødeligheten hos dem med schizofrene lidelser, i regi av Hjerneverket.

Malt presenterte en lang liste over hvilke kroppslige symptomer de med schizofrene lidelser kan ha, som ikke er relatert til medisineringen.

Han nevnte blant annet nevrologiske forstyrrelser, hormonelle endringer, endringer i lungefunksjon, funksjonsforstyrrelser i tarmen, økt risiko for autoimmune sykdommer, forstyrrelser i elektrolyttnivået, metabolismen, menstruasjonen og døgnrytmen, redusert sårtilheling, forstyrret lysrefleks i øynene og endret mat- og

” Mye tyder på at immunsystemet er underliggende og kommer først.

Nils Eiel Steen

vanninntak. I tillegg er nevroendokrine nettverk som knytter sammen sensoriske, hormonelle og homeostatiske signaler til en rekke sosiale atferdsvariabler, endret.

– Schizofreni er en utviklingsforstyrrelse i sentralnervesystemet, men den rammer hele kroppen, konkluderte Malt.

– Denne listen er ikke kontroversiell, men noe av det er veldig sjelden, kommenterer Ringen til Sykepleien.

80 prosent arvelig

Han forklarer at det er rundt 80 prosent arv bak schizofrene og bipolare lidelser.

– Vi har funnet at man sammen med en genetisk sårbarhet for en psykisk lidelse også kan arve en genetisk sårbarhet for en somatisk risikotilstand, sier han.

For eksempel har risikogener for schizofreni forbindelser med immunforsvaret i hele kroppen.

– Når vi legger dette sammen med den voldsomme somatiske oversykkeligheten ved psykiske lidelser, kan vi si at dette dreier seg om «systemsykdommer» som har med hele kroppen å gjøre, sier Ringen.

Immunsystemets rolle

Ved Universitetet i Oslo har Norsk senter for forskning

på mentale lidelser (Norment) vist en sammenheng mellom økt aktivitet i immunsystemet og psykiske lidelser.

– Hva kommer først: økt aktivitet i immunsystemet eller psykisk lidelse?

Vi spør Nils Eiel Steen. Han leder forskergruppen Biologisk psykiatri ved Norment og er overlege ved Oslo universitetssykehus, seksjon for psykoseforskning og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

– Mye tyder på at immunsystemet er underliggende og kommer først, vi har blant annet genetiske funn som tyder på det. Vi ser at både økt antall infeksjoner og autoimmune sykdommer gir økt risiko for schizofreni. Men funnene spriker en del. For revmatoid artritt ser det ut til å være motsatt, altså at de med revmatoid artritt har lavere risiko for å lide av schizofreni enn gjennomsnittsbefolkningen. Hva som er mekanismene her, er uklart, så det forsker vi på, sier han.

Status quo for risikofaktorene for hjerte- og karsykdom

At risikoen for hjerte- og karsykdom er høyere for personer med schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon enn hos gjennomsnittsbefolkningen, har vi visst i mange år.

Likevel har det ikke bedret seg noe særlig:

Norment har også undersøkt om det har vært noen endring i risikoforekomsten for hjerte- og karsykdom hos dem med schizofreni og bipolare lidelser fra 2002 til 2017.

Forskerne så på vekt, lipider, blodtrykk og røyking.

– Det var ingen endring hos dem med schizofreni. For dem med bipolare lidelser har det skjedd en svak bedring. Hos gjennomsnittsbefolkningen har forekomsten av risikofaktorene gått ned, med unntak for vekt, sier Nils Eiel Steen.

– Hva betyr dette?

– Det ser ut til at somatiske lidelser hos pasienter med schizofreni eller bipolare lidelser ikke blir fanget opp av helsevesenet i like stor grad som hos gjennomsnittsbefolkningen. I tillegg får de dårligere behandling.

– Hva kan sykepleiere gjøre med det?

– De må sørge for å øke monitoreringen av vekt, kolesterol, blodtrykk og blodsukker og aktivt jobbe med intervensjoner for økt fysisk aktivitet og røykeslutt hos denne pasientgruppen, sier Steen.



Genene og vekten

Norment var tidlig ute med å vise at antipsykotika kan ha en ugunstig effekt på lipider (fettstoffer i blodet) og hormoner som kan gi økt insulinresistens, uavhengig av vektøkning.

– Det betyr at man også må følge med på lipider og glukose hos pasienter som står på disse medisinene, selv om de ikke har en klar vektøkning, sier Steen.

Norment har videre vist at det er en genetisk kopling mellom BMI, schizofreni, bipolare lidelser og unipolar depresjon (alvorlig tilbakevendende depresjon). Økt BMI ble sett ved bipolare lidelser og mest ved unipolar depresjon. Men for schizofreni var det en negativ sammenheng.

– Pasienter med schizofreni har altså en viss genetisk tilbøyelighet til å ha lav BMI. Det kan jo tyde på at medisiner og livsstil har stor betydning for utviklingen av overvekt hos denne gruppen, sier Steen.

Barndomstraumenes betydning

Norment har også vist at barndomstraumer er viktig for den kommende fysiske helsen i voksen alder. Tidlige traumer disponerer for økt vekt eller sentral fedme (magefett). Forskerne mener årsaken til det er at tidlige traumer kan gi svekket kognitiv kontroll, som kan påvirke evnen til emosjonell regulering. En typisk måte å regulere emosjonelt stress på er ved økt spising.

– *Hva kan sykepleiere gjøre med det?*

– De bør være oppmerksomme på pasienter som driver med emosjonell spising for å takle følelsene. Da bør pasientene få hjelp til å lære alternative stressmestringsstrategier. Våre funn tyder på at kognitiv trening vil kunne bidra til å styrke god helseatferd hos folk med alvorlige psykiske lidelser, tipser Steen.

Norment har videre vist at barndomstraumer ser ut til å fremskynde aldringsprosessen hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

Forskerne så på 1024 voksne personer, 373 med schizofreni, 249 med bipolare lidelser og 402 friske. Så koplet de dette opp mot hvorvidt personene hadde vært utsatt for seksuelle, fysiske eller emosjonelle traumer som barn. De så også på lengden av telomere til samtlige deltakere.

” Kartlegg levevanene. Spør om kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk og alkohol- og rusbruk.

Petter Andreas Ringen



” Noen steder henger det nok igjen en gammel kultur med fredagskos hver dag med vafler og boller. Man må få kose seg, liksom.

Petter Andreas Ringen



Petter Andreas Ringen

Psykiater ved klinikk for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus (OUS) og professor ved enhet for voksenpsykiatri ved Universitetet i Oslo



Nils Eiel Steen

Leder forskergruppen Biologisk psykiatri ved Norment og er overlege ved Oslo universitetssykehus, seksjon for psykoseforskning og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo

Telomerer er de beskyttende endestykkene på kromosomene som blir kortere jo eldre vi blir.

– Det viste seg at de som hadde en psykisk lidelse, hadde kortere telomerer enn de som var friske, og de psykisk syke som hadde vært utsatt for traume i barndommen, hadde enda kortere telomerer, sier Steen.

De vanligste fysiske symptomene

– *Hvilke er de viktigste og vanligste fysiske symptomene pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan få, som ikke har noe å gjøre med medisineringen?*

Vi spør Petter Andreas Ringen.

– Man kan ikke uten videre fastslå hva årsaken kan være, men det sykepleiere særlig skal være obs på, som ikke trenger å være bivirkningsrelatert, er fedme, dårlig blodsukkerregulering, hyperkolesterolemi og hypertensjon. Dette vil jo øke risikoen for hjerte- og karsykdommer, som er det denne gruppen pasienter dør aller mest for tidlig av, sier han.

Kols er også en kjempeutfordring.

– Det er flere tegn og symptomer på det som sykepleiere bør lære seg. De må bruke sitt kliniske blikk. Man bør også ha lav terskel for å sende disse pasientene til spirometri-undersøkelse, råder Ringen.

Måle livvidde og vekt

– *Hva er det viktigste sykepleierne skal spørre om og sjekke?*

– Kartlegg levevanene. Spør om kosthold, fysisk aktivitet, tobakksbruk og alkohol- og rusbruk. Vekt og livvidde er viktige mål, og kolesteroltest og blodtryksmåling anbefales en gang i året hos denne pasientgruppen. Du skal ha veldig høyt blodtrykk før du får symptomer.

Ringen sier han har møtt sykepleiere som føler det er stigmatiserende å måle vekt og livvidde på denne pasientgruppen.

– Noen steder henger det nok igjen en gammel kultur med fredagskos hver dag med vafler og boller. Man må få kose seg, liksom. Men det er en balanse der. Sykepleiere kan ha respekt for at forhold rundt kroppen kan være sensitive, men likevel klare å formidle at det er en naturlig del av omsorgen å måle vekt og livvidde. ■



Tekst **Eivor Hofstad**

To Sintef-rapporter viser liten effekt av pakkeforløpene

4 av 5 ansatte i psykisk helsevern mener pakkeforløpene ikke har bidratt til gode levevaner og bedre ivaretagelse av somatisk helse.

Pakkeforløp for psykisk helse og rus kom i 2019.

Der heter det at «somatisk helse og levevaner skal kartlegges under utredning, og følges opp som en integrert del av behandlingen, i et samarbeid mellom fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste».

Sintef har intervjuet over 3400 ansatte i psykisk helsevern for å evaluere pakkeforløpene. Der kommer det frem at kun rundt 20 prosent mener pakkeforløp i noen grad har bidratt til gode levevaner og bedre ivaretagelse av somatisk helse.

I Sintefs andre rapport som kom i år, er det intervjuet 62 brukere og 13 pårørende innen psykisk helsevern om pakkeforløpene.



Der sier flere at de opplever at deres somatiske helse ikke blir tatt på alvor i møte med behandlingsapparatet innen psykisk helse og rus. De trekker frem hvordan det psykiske kan påvirke det fysiske og omvendt, og at dette er noe de ønsker mer oppmerksomhet rundt.

Flere forteller at det ved innkomst på døgn eller ved oppstart i poliklinikk er blitt gjort en enkel kartlegging av levevaner, men at dette i liten grad har blitt fulgt opp videre i et poliklinisk behandlingsforløp.

Hjertefrisk – en algoritme til hjelp

Petter Andreas Ringen var fagansvarlig for den tiltakspakken i pakkeforløpet som omhandler somatisk helse og levevaner.

Han forklarer at det er mye rapportering knyttet til å bruke pakkeforløpet.

- Sykehusene må lage rapporteringssystemer for
- 
- 

dette. Jeg er derfor redd at det kan drukne litt i konkurranse med alt annet som skal rapporteres. Men mitt inntrykk er at det nå er i ferd med å sette seg litt mer.

Selv forsker han på risikoreduserende intervensjon for denne gruppen pasienter.

– Foreløpige resultater i mai 2021 fra Norge tyder på at det er mange risikoforhold som ikke blir fanget opp, og at det gjøres for lite intervensjoner selv der vi vet om risikoforholdene. Jeg tror flere kunne vært fanget opp hvis helsepersonell var flinkere til å bruke den somatiske tiltakspakken i pakkeforløpet.

I tillegg anbefaler han algoritmen «Hjertefrisk», som Sykepleien har fått tillatelse til å gjengi på side 20–23.

Det er et enkelt verktøy for både leger og sykepleiere som har pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer i kardiometabolsk risikogruppe. Tabellen har seks risikoområder med tilhørende tiltak og mål.

Ringene er nemlig klar på at det ikke er nok bare å spørre om livsstilen, det må følges opp med tiltak og monitorering.

Tiltak som hjelper

– *Hvilke tiltak hjelper best?*

– Motiverende intervju er metoden med best dokumentasjon for bruk for livsstilsendringer, for eksempel for røykeslutt. Et tredagers kurs til helsepersonell som ønsker å lære seg den metoden, kan hjelpe mye, sier Ringen.

På Helsedirektoratets nettside finnes både podkast, øvelser og filmer om motiverende intervju.

Ringene fremholder røykestopp som det mest effektfulle tiltaket man kan gjøre, fordi det er så skadelig å røyke.

– En studie har vist dobbelt så gode resultat av å ha en røykesluttrådgiver som kommer hjem til pasientene, men etter to års oppfølging «fader» dessverre resultatene ut. Det er ofte veldig vanskelig å få folk til å slutte å røyke, så man må jobbe langs flere akser og tilpasse individuelt. Det kan også hjelpe å ha lavere terskel for å bruke røykestopp-medikamenter.

– *Nikotinsubstitutt som plaster og tyggis og slikt?*

– Det kan brukes her som ellers, men jeg tenkte mer på reseptbelagte legemidler. Vi trenger nok en mer aggressiv tilnærming der. Man har vært redd for at den lette dopaminfrigjøringen man får av disse legemidlene, skal

gi uheldige virkninger for pasienter med psykoseproblematikk, men studier så langt viser at det har vært godt tolerert og lite forverring av schizofrenisymptomene.

Svensk tiltak: Årlig samtale og undersøkelse

I 2016 innførte Västra Götaland i Sverige en årlig somatisk sjekk av langvarige psykisk syke.

Pasienten får en samtale med sin kontaktperson som vanligvis er en sykepleier, så treffer legen pasienten og sammenfatter resultatene fra samtalen, labprøver og somatisk status. På den måten sikrer de seg at somatiske forandringer fanges opp.

– *Hadde det vært noe for Norge?*

– Det er en annen måte å gjøre noe av det vi gjør i pakkeforløp på. Kan hende er det en smartere vri, siden den er så konkret, sier Ringen.

Ulf Svensson er medisinsk rådgiver i Västra Götalands-regionen og påpeker at de har ingen statistikk som kan vise effekten av den årlige sjekken ennå.


– Men vårt håp er at man konsentrerer seg om disse pasientenes livsvaner og somatiske tilstand, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi vet at denne gruppen pasienter har en økt sykkelighet blant annet med metabolske tilstander, men også kreftsykdommer, sier Svensson.

Legemidlenes rolle

– En god behandling av grunnlidelsen er viktig fordi det er så mye i egenomsorgen som henger sammen med det, sier Petter Andreas Ringen.

Det betyr at man må finne frem til riktig legemiddel og riktig dose i hvert tilfelle. Ved schizofreni gis vanligvis antipsykotika. Ved bipolar lidelse gis enten litium, enkelte antiepileptika eller enkelte antipsykotika. Antidepressiva brukes ved alvorlig depresjon.

Alle legemidler har mulige bivirkninger, og spesielt noen psykofarmaka er kjent for å kunne gi fysiske helseproblemer som vektøkning og motoriske forstyrrelser. Ringen anbefaler å oppsøke lærebøker for å lære seg hvilke bivirkninger de ulike legemiddelgruppene kan ha, men sier dette er det aller viktigste å vite om bivirkninger som kan påvirke dødelighet av somatiske sykdommer:



” En tydeliggjøring av sykepleiefaglig innsats og kompetanse i pakkeforløpene vil bidra til langt bedre oppfølging av somatisk helse.

Espen Gade Rolland

– For psykofarmaka er det spesielt noen andregenerasjons antipsykotika og noen antiepileptika som kan gi vektøkning. Førstegenerasjons antipsykotika er mest kjent for å kunne gi motoriske/ekstrapyramidale bivirkninger, men også andre kan gi det.

– Dersom man oppdager bivirkninger, er det vanlig å erstatte med legemidler i samme klasse med en kjent mildere bivirkningsprofil på det problematiske området.

– Det er også viktig å vite om sjeldnere bivirkningsrelaterte tilstander knyttet til enkelte psykofarmaka som kan gi akutt alvorlig tilstand, som hjertearytmier og neytropeni (reduisert antall av en viss type hvite blodceller, red.anm.). Dette kan forebygges med oppfølging med EKG og blodprøver. Serotonergt syndrom er en alvorlig akutttilstand som må gjenkjennes og behandles raskt.

Etterlyser tydeliggjøring av sykepleiefaglig innsats

Espen Gade Rolland, leder av NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus, henviser til de to Sintef-rapportene om pakkeforløpene innen psykisk helsevern og mener mye fortsatt gjenstår før vi oppnår intensjonene, spesielt i oppfølging av somatisk helse i psykisk helsevern.

– En tydeliggjøring av sykepleiefaglig innsats og kompetanse i pakkeforløpene vil bidra til langt bedre oppfølging av somatisk helse i tillegg til økt brukermedvirkning og pårørendeinvolvering, sier han.

Kunnskapsdepartementet har nedsatt en programgruppe som har utarbeidet nye retningslinjer for en masterutdanning for sykepleiere innen psykisk helse, rus og avhengighet. Høringsfristen er 20. september.

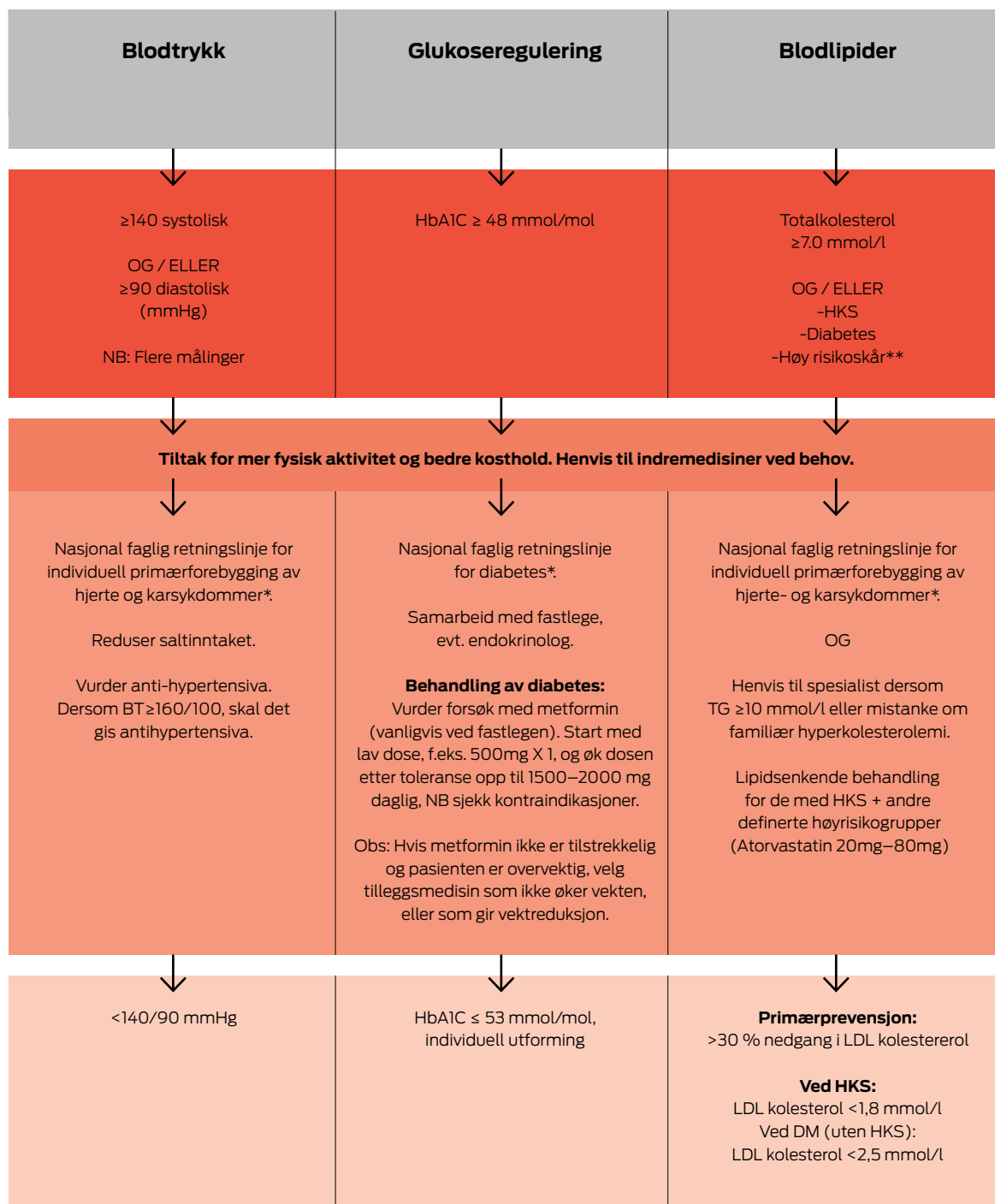
– Denne utdanningen er sårt tiltrengt og vil kunne bedre behandlingstilbudet for flere av dem som er mest utsatte for å få varig helsesvikt, redusert livskvalitet og forkortet levetid, sier Rolland. ■

HJERTEFRISK

HjerteFRISK er et verktøy for leger og sykepleiere som har pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer i kardiometabolsk risikogruppe. Skjemaet viser oppfølging, tiltak og mål for seks risikoområder.

| RISIKOOMRÅDE | Røyking | Fysisk aktivitet Kosthold | Overvekt |
|--------------|---|---|--|
| FARESONE | ≥1 sigarett daglig | Inaktiv livsstil OG/ELLER Uheldig kosthold | KMI (kg/m ²) 25-29,9 Fedme: KMI ≥30 Livvidde ≥102 cm menn, ≥88 cm kvinner OG / ELLER Vektøkning >3-4 kg på 3 mnd. Livviddeøkning ≥5 cmsiden siste måling |
| TILTAK | Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning* 1. Råd og veiledning om røykeslutt 2. « Minimal intervensjon » (jfr nasj. fagl. retn.linje) 3. Motivasjonsstøtte + Legemiddel (nikotinerstatning eller vareniklin, evt. kombinasjon). Hvis annen behandling mislykkes, er risikoen lavere ved e-sigarett eller snus. Ressurser: Frisklivssentraler www.slutta.no NB: Tiltak for fysisk aktivitet NB: Kols? Nasjonal faglig retningslinje og veileder for forebygging, diagnostisering og oppfølging av personer med kols*. | Revider legemidler Følg nasjonale faglige retningslinjer og anbefalinger*. Fysisk aktivitet: Motivasjonsarbeid. Reduser tiden i ro. Start med 30 min gåing, sykling eller svømming 2-3 ganger i uken. Kan deles opp i bolker på 10 minutter. Ergometersykkel er et godt alternativ. Mengde og intensitet økes etter hvert. Kosthold: Begrens sukkerholdig drikke (inkludert juice), kaker og søtsaker, smør og hard margarin, rødt kjøtt og blandede kjøttprodukter. Bruk olivenolje som fett. Øk mengden frukt og grønt, bønner, nøtter, linser, og fet fisk. Ressurser: Lærings- og mestringssentra Frisklivssentraler | Revider legemidler. → Nasjonal faglig retningslinje for forebygging utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Henvis til lokalt sykehus dersom sykkelig overvekt: KMI ≥40 eller KMI ≥35 + komorbiditet som diabetes, hypertensjon, søvnapne e.l. Spør etter symptomer på søvnapne! |
| MÅL | Røykeslutt | Redusert tid i ro Fysisk aktivitet 30 min 3-5 ganger pr. uke Balansert kosthold Begrenset kaloriinntak | ≥5 % nedgang i vekt som vedlikeholdes |

KMI=Kroppsmasseindeks | PG=plasmaglukose | HKS=Hjerte-karsykdom | TG=Triglycerider | LDL=Low density lipoprotein | DM=Diabetes Mellitus
 * Søk opp nasjonale faglige retningslinjer og anbefalinger på <https://helseidirektoratet.no>.
 **Som angitt i nasjonal faglig retningslinje for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer





HJERTEFRISK

Anamneseopptak og undersøkelser ved oppstart eller endring av behandling med antipsykotika

Utføres vanligvis av spesialist i psykiatri. Rask tidlig vektoppgang predikerer senere alvorlig vektøkning. Om det skulle oppstå somatiske forhold som bør behandles, bør adekvate tiltak iverksettes med oppfølging minst hver tredje måned.

Ved undersøkelsen

Anamnese: Spør etter betydelig vektøkning (f.eks. 3-4 kg), spesielt om dette har vært raskt (f.eks. innen 3 mnd). Spør etter røyking, fysisk aktivitet og kosthold. Spør etter sykdommer i familien (diabetes, fedme og hjerte-karsykdom hos førstegradsslektninger <55 år menn og <65 år kvinner) samt svangerskapsdiabetes. Merk etnisitet. Spør etter bruk av reseptfrie eller alternative medisiner, og sjekk sikkerheten ved disse.

Somatisk status: Vekt, høyde, BT, puls.

Blodprøver: HbA1c, og lipider (total kolesterol, LDL-kol, HDL-kol, TG). Fastende prøver må nyttes dersom TG>5 mmol/L.

EKG: Bør tas før oppstart med antipsykotika. Viktig dersom pasienten har eller har hatt hjertesykdom, eller det er hjertesykdom i familien. NB: Visse antipsykotika har større risiko for arytmi.

Kronisk nyrelidelse*: Undersøk rutinemessig alle med diabetes, hypertensjon, hjerte- og karsykdom, nyresykdom i familien, strukturell nyrelidelse (f.eks. nyrestein):

1. Nyrefunksjon: a) kreatinin & elektrolytter
b) estimert GFR
2. Test urinen: a) for proteinuri (dip-stick),
b) albumin- kreatininratio (laboratorieanalyse)

* Kronisk nyrelidelse øker risiko for hjerte- og karsykdom

Spesifikke intervensjoner

Livsstilsendringer tas opp med pasienten på en samarbeidende og støttende måte. Fokus på egen mestring og dyktiggjøring. Kartlegg og bruk tilgjengelige ressurser. Hensyn til individuelle variasjoner og at pasientens egne preferanser er førende.

Samarbeid med fastlegen vil være naturlig ved de fleste intervensjoner.

Spesifikke kostholdsråd: «Predimed» middelhavsdiett: En liten håndfull (30 g) nøtter eller 4 ss olivenolje extra virgin daglig (brukes istedenfor annet fett i matlaging og som dressing); 2 frukt og 3 grønnsaker daglig; Bønner eller linser 3 ganger ukentlig; Fet fisk 3 ganger ukentlig (<http://www.predimed.es>).

Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kosthold-og-ernaering/kostradene>.

Dersom pasienten ikke har nådd målet etter 3 mnd, vurder farmakologiske tiltak rettet mot den somatiske risikoen.

VURDER ALLTID HVER PASIENT INDIVIDUELT.

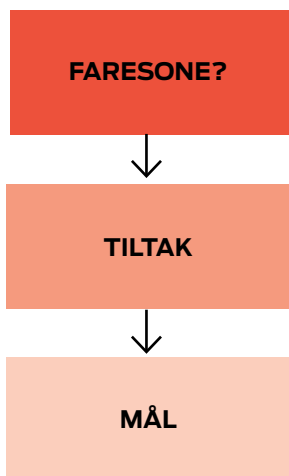
Revisjon av medikasjon med antipsykotika og stemningsstabiliserende:

Legemiddelvurdering er viktig dersom:

- Rask vektøkning (f.eks. 3-4 kg <3 mnd) etter start av antipsykotika.
- Rask forverring (<3 mnd) av lipidverdier, BT eller blodsukkerverdier.

Psykiateren bør vurdere om uheldige endringer er forårsaket av antipsykotika. Om dette er tilfellet, bør det vurderes om et alternativt legemiddelregime kan forventes å gi mindre bivirkninger:

- Rasjonaliser eventuell polyfarmasi.
- Endring av antipsykotisk medikasjon krever nøye vurdering av forventede fordeler ved reduksjon veid mot risiko for forverring av psykoselidelsen.
- Legemiddelutprøving bør minst vare i 4-6 uker med optimale doser av antipsykotika.
- Dersom klinisk vurdering og pasientens opplevelse tilsier at en likevel fortsetter med eksisterende behandling, trengs jevnlig videre monitorering og vurdering av risikobildet.



Øket kardiometabolsk risiko ved psykoselidelser:

IKKE BARE OBSERVÉR - INTERVENÉR!

Monitorering ved bruk av antipsykotika: Når og hva

Fastlegen bør koples inn så tidlig som mulig, men psykiateren bør ha ansvaret for å overvåke pasientens somatiske helse og effekten av antipsykotika helt frem til pasientens tilstand har blitt stabilisert, minimum de første 12 månedene. Deretter kan ansvaret for denne oppfølgingen bli overført til fastlegen i videre samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

- ¹ Røyking, kosthold og fysisk aktivitet.
² Fastende eller ikke-fastende prøver kan brukes, fastende skal brukes om TG>5.

| | Start av behandling | Ukentlig første 6 uker | 12 uker | Årlig |
|--------------------------------------|---------------------|------------------------|---------|-------|
| Bakgrunn og sykehistorie | ▪ | | | ▪ |
| Gjennomgang av livsstil ¹ | ▪ | | ▪ | ▪ |
| Vekt | ▪ | ▪ | ▪ | ▪ |
| Livvidde | ▪ | | | ▪ |
| BT | ▪ | | ▪ | ▪ |
| HbA1c | ▪ | | ▪ | ▪ |
| Lipider ² | ▪ | | ▪ | ▪ |

HJERTEFRISK er her tilpasset Sykepleien. Skann qr-koden for å se originalversjonen:



Shiers D. et al. Positive Cardiometabolic Health Resource. Royal College of Psychiatrists, London. Med tillatelse fra: Curtis J, Newall H, Samaras K. ©HETI 2011 Norsk adaptasjon 2015 ved PA Ringen og S Tonstad, Klinik for psykisk helse og avhengighet og Seksjon for preventiv kardiologi, Oslo universitetssykehus. Med støtte fra Norsk psykiatrisk forening. Kontakt: p.a.ringen@medisin.uio.no

PSYKISK SOLID: Mailinn Eskeland kjenner seg psykisk mer stabil enn på lenge, men har fortsatt en del helseutfordringer å stri med.

Tekst **Ingvald Bergsagel** • Foto **Siv Johanne Seglem**

– Bipolar lidelse drar med seg alt mulig annet

Mailinn Eskeland (50) er ikke spesielt redd for en ny runde med depresjon eller mani. Hun frykter mer hva slikt kan ha å si for hennes fysiske helse etterpå.

Frem mot midten av 30-årene var livet til Mailinn Eskeland en nedadgående spiral med kraftige humørsvingninger, depresjon og smerter. Til slutt traff hun bunnen. Hun levde i et hus fullt av søppel og måtte be barnevernet om å hente barna. Diagnosen hun fikk, ble et vendepunkt. På godt og vondt.

Kompis Justy

Blandingshunden Justy er overtent velkomstkomitee hjemme hos Eskeland. Den halvannet år gamle bajasen har blant annet greyhound, vorstehhund og – etter oppførselen og dømme – en solid dæsj lopper i blodet.

– Å ha hund er viktig for helsa mi, konstaterer hun.

– Samtidig blir jeg kritisk når jeg hører at folk med psykiske lidelser blir anbefalt å skaffe seg hund. En hund er som et hjelpeløst lite barn, og den trenger deg hundre prosent. Det er en katastrofe om du feiler.

Justy er avlet frem for å trekke, og en nyanskaffet vogn til formålet står parkert rett utenfor inngangsdøra.

– Men han liker ikke så godt å bli spent fast, så det må vi nok øve på.





Stadig nye medisiner

Hunder har kommet og gått i Mailinn Eskelands liv. Noen har blitt omplassert. Andre har måttet avlives.

– Jeg har stort sett vært så tungt medisinert og følelsesmessig flat når jeg har mistet hundene, at jeg ikke har blitt skikkelig lei meg, forteller hun.

Medisiner har det vært mye av opp gjennom årene, både for psykiske og fysiske plager.

– Det var tider da jeg knapt fikk igjen lokket på dosetten, minnes hun og ramser opp:

– Skal vi se, jeg har blant annet gått på Truxal, Lamictal, Orfiril long, Cipramil, Cipralax, Sobril, Nozinan og Seroquel for psyken. I tillegg har jeg fått Pentasa mot Crohns sykdom, Metformin mot diabetes og Lipitor mot høyt kolesterolnivå. For å nevne noe. Vallergan og Stilnoct mot søvnvansker har jeg også stått på.

Eskeland forteller om de tyngste årene da stadig nye medikamenter ble lagt til uten at andre ble seponert. Hvordan hun over lengre perioder gikk på legemidler beregnet på akutte faser. Hvordan bivirkninger direkte og indirekte har resultert i nye plager, som igjen har blitt medisinert.

– Jeg er ikke blant dem som mener at psykiske lidelser ikke bør behandles med medisiner, men at du fyller på mer og mer, blir feil.

Ble bedt om å stresse mindre

Mailinn Eskeland husker seg selv som et engstelig og utrygt barn, men om det lå noe diagnostiserbart under

” Jeg ringte barnevernet og sa at nå klarer jeg ikke mer.

fra tidlig av, er ikke godt å si.

Årsakene til bipolar lidelse er sammensatte. Både arv og miljø kan spille inn. Utløsende faktorer kan være belastende livshendelser, stress og søvnproblemer. Eskelands livshistorie inneholder de fleste av disse elementene.

Hun var 15–16 år første gang hun fortalte en lege at hun slet mer enn det hun trodde var normalt med humørsvingninger.

– Legen sa det var angst og depresjon, men gikk ikke videre med saken. Jeg klaget samtidig over vondt i magen og fikk bare beskjed om at jeg måtte stresse mindre.

Som så mange andre tøffet hun seg i ungdomsårene. Var svart i klærne og svart i øya. Hang med MC-gutter og festet hardt. Det var en maske. På innsiden kjente hun seg liten og redd. Måtte alltid sitte på ytterste stol for å kjenne at hun hadde en fluktmulighet.

Utover i 20-årene begynte hun å ta såkalte lykkepiller, uten at det hjalp nevneverdig.

Legen som Eskeland i sin tid beskrev magesmertene for, mente de skyldtes en forbigående infeksjon. Drøyt ti år senere fikk hun derimot diagnosen Crohns sykdom, en kronisk betennelse i mage og tarm.

Det skulle gå ytterligere ti år før hun fikk en psykiatrisk diagnose. Da var Eskeland i midten av 30-årene og på det hun beskriver som et foreløpig bunnpunkt i livet – fysisk og psykisk.

Noen som forsto

Eskeland har sterke minner om dagen da alt snudde, men innser at hun kan huske feil.

Kanskje var det rett før julen 2005, kanskje utpå nyåret. Kanskje var rekkefølgen en helt annen. Det kan ha vært noen andre som tok telefonen som forandret alt.

Hukommelsen er rotete og utydelig for denne mørkeste av alle mørke perioder.

Noen måneder før hadde hun, helt impulsivt, solgt leiligheten og flyttet ut på landet. Hun kontaktet kommunen og sa hun ville starte familiebarnehage hjemme hos seg selv. Hundeoppdrett skulle hun også drive med.

Hun lånte penger. Altfor mye penger. De økonomiske etterdønningene sliter hun med ennå.

I ettertid innser hun at hun var på vei inn i en manisk fase, og nedturen ble brutal.

Boligen hun delte med to små barn, to rottweilere og en kanin, beskriver hun som et fullstendig kaos. Tomme pizzaesker og skittentøy overalt. Hundene skal ha gjort fra seg inne, uten at hun enset det. Selv brukte hun en bøtte ved siden av sofaen der hun sov. Soverom og toalett var nemlig i andre etasje, og hun orket ikke trappa. Hun var uflidd. Alt var skittent.



HUND FOR HELSA: Mailinn Eskeland er overbevist om at hund er bra for helsa hennes. Blandingshunden Justy er en ivrig turkamerat og god kompis å ha.

I dette kaoset var det altså at hun – slik hun erindrer det – plukket opp telefonen.

– Jeg ringte barnevernet og sa at nå klarer jeg ikke mer. Nå må dere komme. Jeg kan ikke engang vaske klærne til ungene mine.

Fem minutter senere, slik hun husker det, sto en mann og en kvinne i stua. Kvinnen, muligens en psykiatrisk sykepleier, lyttet. Så fortalte hun om hvordan borderline personlighetsforstyrrelse kunne arte seg.

– Jeg følte at hun snakket om meg! Endelig var det noen som forsto! Etter så mange år.

Trøstespising og stillesitting

Eskeland kom «inn i systemet». Etter utredning ble hun diagnostisert med bipolar lidelse type 1. Barna bodde nå hos faren sin, og medisineringen startet for alvor. Det gjorde også vektøkningen.

Hun forteller at hun blant annet ble satt på Seroquel, en type antipsykotika som ifølge Felleskatalogen har økt appetitt som en vanlig og diabetes som en mindre vanlig bivirkning.

Hun skal også ha fått en Prednisolon-kur mot Crohns.



Dette sterke, betennelsesdempende legemiddelet har også vektøkning og diabetes oppgitt som mulige bivirkninger i Felleskatalogen.

– Når du er deprimert eller manisk, tenker du ikke så mye over kosthold. Det kan bli mye trøstespising, pluss at jeg rørte meg jo ikke.

Eskeland, som allerede hadde pådratt seg noen kilo ekstra i forbindelse med sine svangerskap, ble stadig større. På det aller meste skal hun ha vært oppe i 140 kilo.

Et par år etter diagnostiseringen med bipolar lidelse ble det fastslått at hun har diabetes 2. I samme periode blir hun innlagt på en psykiatrisk døgnenhet, og etter noen måneder der går turen til en døgnbemannet omsorgsbolig. Der blir hun rundt et år, før hun får sin egen leilighet.

Klarte å le igjen

Årene som fulgte, beskriver hun som en zombie-tilværelse.

– Livet besto av å sove, spise, drikke og se tv. Stadig nye piller ble lagt til lista. I stedet for å ta bort det som ikke virket, ble nye lagt til.

Et nytt vendepunkt i Mailinn Eskelands liv kom i 2016. Møtet med en ny psykiater skulle bli avgjørende.

– «Kjære deg, du går jo på gammelmanns-medisiner», sa hun da hun fikk se legemiddellista mi.

En grundig gjennomgang av legemidlene ble satt i gang. Ett etter ett ble seponert fra lista. I januar 2017 var hun fri for all psykofarmaka.

– Jeg kjente at Mailinn kom tilbake. Jeg klarte å le igjen! Angsten slapp taket. Jeg tror aldri jeg har hatt det så bra.

” Omsider kjente jeg meg helt frisk.

Følelsen var fantastisk, men «zombieårene» hadde tært på. Fysisk var formen elendig og overvekten betydelig.

Hun fikk henvisning til overvektsklinikk og beskjed om å begynne å gå en halvtime tre ganger i uka.

– Men med min maniske hjerne gønna jeg på med en full times rask gange hver eneste dag, ler hun.

Hun merket at timen hun i starten brukte på sin faste runde, ble stadig kortere. Kiloene rant av.

Rehabilitering på Ringerike

I april kom hun inn på rehabiliteringssenteret til Nimi (Norsk Idrettsmedisinsk Institutt) på Ringerike. Der ble hun veid inn på 104,5 kilo.

– «Fatcampen på Helgelandsmoen», kalte jeg det.

Eskeland har mye godt å si om Nimi, men det var også en tøff overgang fra livet hun hadde levd.

– Jeg hadde bodd lenge alene, og der var det mye sosialt. Det ble høy faktor av Sobril, og da fikk tarmen seg en knekk. En hel dag kom jeg ikke ut av senga på grunn av magesmerter, frostrier, kvalme og hodepine.

Oppholdet varte ti uker. Eskeland var blitt enda 25 kilo lettere.

– Jeg kom hjem og trodde jeg var frisk, men hadde fortsatt høyt blodtrykk og høyt kolesterol.

Hun mener kostholdet var årsaken. De vonde årene hadde også gitt Eskeland dårlige tenner. Derfor spiste hun ikke de anbefalte gulrøttene som mellommåltid under oppholdet på Nimi, men sukkerfri yoghurt med fruktose.

– Etter hjemkomsten skiftet jeg til lavkarbokosthold, og det hjalp. Omsider kjente jeg meg helt frisk.

Operasjoner og komplikasjoner

Vel hjemme igjen måtte hun lære seg å leve på nytt. Alle praktiske ting i hjemmet og å være sosial sammen med andre.

– Det var en bratt læringskurve.

Etter det store vekttapet unte hun seg bukplastikk og seteløft, en såkalt bodylift, for å fjerne overflødig hud og stramme opp mageregionen.

– Komplikasjoner, muligens relatert til diabetes, gjorde at det som skulle være én operasjon, ble til fire, forteller hun.

Inngrepene medførte at hun fikk sår under brystene og innvilget støtte til brystreduksjon.

I samme periode ble hun også operert for inkontinens, en tilstand hun mener kan ha blitt forårsaket av både medisiner og livsstil.

– Det var mange operasjoner på kort tid, noe som var en stor påkjenning, fysisk og psykisk.

UTRYGG: Som barn var Mailinn Eskeland engstelig og utrygg. →
Det gikk mange år før noen tenkte på at det kunne være bipolar lidelse.

BEST FOR BARN: På sitt sykeste klarte ikke Eskeland å ta ordentlig vare på barna sine. (Den avbildede jenta er i dag voksen og har godkjent bruken av bildet.) Foto: Privat ↓



Hypomanisk og utslitt

Sommeren i fjor fikk Eskeland så en kraftig reaksjon med stor hevelse og sterke smerter i overarmen etter et insektbitt.

– Armen måtte stelles av hjemmesykepleier hele sommeren. Det viste seg at immunforsvaret mitt var kraftig svekket. Jeg tror det har forbindelse med at jeg fikk Influximab mot Crohns sykdom.

Influximab er klassifisert som biologisk legemiddel, som ifølge Legeforeningens informasjon har en dempende effekt på immunforsvaret, og som kan bidra til at personer med diabetes lettere får infeksjoner.

Kløe, utslett og elveblest er også oppgitt som mulige bivirkninger, og Eskeland har da også, for første gang på mange år, fått utslett i håndflatene.

– Men det tror jeg er stressrelatert. Jeg venter på utredning.

Hun forteller at hun fikk Prednisolon for å roe betennelse i armen.

– Det skal visstnok ikke bipolare ha. Jeg ble i hvert fall hypoman og veldig utslitt.

I Felleskatalogen er blant annet humørsvingninger, personlighetsforandringer, alvorlig depresjon og symptomer på psykose oppgitt som mulige psykiatriske bivirkninger av Prednisolon.

Eskeland forteller at hun nylig også har blitt diagnostisert med fibromyalgi. Problemene med armen er i det store og hele borte, men hun har slitt med mye smerter i halebein og setemuskler.

– Jeg har fått Sarotex og Etoricoxib Krka. Det hjalp i starten, men ikke nå lenger.

Smertene gir søvnproblemer, som for henne igjen kan trigge perioder med hypomani.

– Legen har rådet meg til å øke kveldsdoseringen mot smertene, og i tillegg har jeg fått Melatonin for å sove.

Vanskelig å være konsekvent

Et par dager før Sykepleien kommer på besøk, har Eskeland slitt med kraftige magekramper etter å ha hjulpet eldstedatteren med et flyttelass.

– For meg utløses Crohns gjerne av stress kombinert med dårlig kosthold, forteller hun.

– Jeg har begynt å bake mitt eget brød med lite karbo-



hydrater. Lavkarbo hjelper for meg, men det er vanskelig å være konsekvent med dietten.

I hypomane perioder kan hun glemme å spise og få lavt blodsukker. Da risikerer hun igjen å spise «feil».

– På toppen av alt har jeg nå fått fatigue. Det er håpløst for en som meg. Hodet spinner med alt jeg vil gjøre, men kroppen klarer ikke å henge med, sukker Eskeland.

Hun ble erklært ufør i 2010, men har tidligere hatt ulike jobber, blant annet i barnehage og i serveringsbransjen.

– I jobbtester står det gjerne at jeg har stor arbeidskapasitet, men kapasiteten ble jo ofte styrt av angst og mani. Jeg turte ikke å sette meg ned og ta pause når kollegaer gjorde det.

– Bipolar lidelse drar med seg alt mulig annet, sukker hun.

– Når jeg føler meg somatisk frisk, går alt på høygir. Det kjennes som jeg har mye mer kapasitet enn friske mennesker, men så blir kroppen helt utslitt etter noen dager.

– Gjenkjennelig

– Dette høres ikke ut som et ekstremt tilfelle. Mye er veldig gjenkjennelig.

Det sier Erlend Bøen etter å ha fått høre en forkortet oppsummering av Eskelands helsehistorie. Bøen er overlege ved Enhet for psykosomatikk på Rikshospitalet og spesialist i nevrologi og psykiatri.



– Grensene mellom psykiatri og somatikk er ikke alltid klare, og psykiske lidelser kan i seg selv ha somatiske symptomer, påpeker han.

– Bipolar lidelse anser vi som en systemsykdom, ikke noe som bare sitter i hodet. Det påvirker hele kroppen. Ofte er det de somatiske plagene som blir utredet først, uten at man avdekker og forstår hva som ligger bak.

Ifølge Bøen er blant annet hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, overvekt og migrene overrepresentert hos denne pasientgruppen. En stor andel sliter med søvn og energinivå. Depresjoner kan ofte bidra til og forsterke ulike livsstilssykdommer knyttet til kosthold, aktivitet, røyking, alkoholforbruk, stress og så videre.

– Fatigue er så å si alltid inne i bildet ved bipolar lidelse. Smerter i armer og bein er også utbredt og kan være en del av depresjonsbildet. Mageproblemer er også veldig vanlig ved depresjoner, forteller Bøen.

– Men det er viktig å understreke at mennesker med bipolar lidelse er like forskjellige som alle andre. Det er et enormt spenn her.

Medisineringens dilemma

Bøen forteller videre at økt appetitt med påfølgende vektøkning er en kjent bivirkning av flere medisiner som brukes mot bipolar lidelse. På den annen side kan medisinering for somatiske plager gi ekstra utfordringer for personer med bipolar lidelse. Kortisonbehandling med høye doser kan for eksempel utløse hypomane og maniske episoder.

– De aller fleste medisiner har bivirkninger, og fordelene må alltid veies opp mot ulempene, påpeker Bøen.

– Det er viktig at hver enkelt pasient følges tett opp, slik at man ser hvilken effekt ulike medisiner har på akkurat dem. Man må nøye vurdere mengde og varighet, og ikke minst involvere pasienten i beslutninger underveis.

En av Bøens kjepphester er at helsepersonell blir

” Det er lettere å snu ved 10 kilo overvekt enn ved 40.

Erland Bøen, overlege ved Rikshospitalet

flinkere til å tenke helhetlig – at man innen psykiatri tenker somatikk og vice versa.

– Når for eksempel en pasient har mange uklare, somatiske symptomer som kommer og går, og legene ikke finner ut av det, kan årsaken være depresjon eller bipolar lidelse, sier han.

– Innen psykiatrien er det dessuten viktig å gripe inn tidlig om man ser at det bærer galt av sted med uheldige følgetilstander, som for eksempel overvekt. Det er lettere å snu ved 10 kilo overvekt enn ved 40, enten vektøkningen skyldes medisiner eller livsstil.

Prince, W.A.S.P. og Karunesh

Bipolar lidelse kan per i dag ikke helbredes, kun stabiliseres med legemidler, psykososial oppfølging og terapi.

Eskeland har vært så godt som symptomfri siden 2017 og føler nå at hun takler det meste. Psykisk føler hun seg mer solid enn på lenge.

– Min utfordring har mer vært at jeg kan komme høyt opp med mani og hypomani, heller enn dypt ned i depresjon. Men på grunn av fatigue blir jeg heller ikke så lett manisk lenger.

Etter et tragisk dødsfall i nær familie gikk hun gjennom en normal sorgreaksjon i et par uker. Oppe i alt det vonde kjentes det nærmest som en personlig seier. En form for normalitet.

I dag bruker Eskeland mye musikk som egenerapi. Både for å komme i bevegelse og for å roe ned når det trengs.

Hun hører på alt mulig, med Prince og W.A.S.P. som absolutte favoritter. Under et mandalakurs hun deltok på, var det noen som satte på nybølge- og ambient-musikeren Karunesh.

– Musikken hans dempet meg så effektivt. Da vi satt og malte, var det noen som kommenterte at nå hadde jeg jommen meg sittet stille lenge.

Hun har også forsøkt å skrive dagbok som en form for egenerapi, men det førte henne bare i retning hypomani.

– Plutselig skulle jeg skrive hele selvbiografien min, smiler hun.

– Jeg satt fem strake timer og hørte Pavarotti synge «Caruso» på repeat, mens jeg tastet i vei på tastaturet. Glemte å spise og drikke. Det var åpenbart ikke noe for meg.

Finner mening som frivillig

Selv om hun fortsatt har mange helseutfordringer, har Eskeland kommet langt og er takknemlig for mye.

De siste årene har hun engasjert seg som frivillig i Bipolarforeningen. Nylig har hun også gjennomført likepersonskurs.

– Som frivillig er jeg blant annet treffleder. Nå under pandemien arrangeres dette digitalt, og deltakerne kan prate om det de måtte ønske. Det oppleves meningsfullt å kunne bidra med noe tilbake.

Unge mennesker Eskeland møter gjennom frivillighetsarbeidet, kan være fortvilet over å ha fått en psykiatrisk diagnose.

– Jeg forsøker å snu tankegangen deres slik at de ser det positive ved at det har blitt oppdaget tidlig. Da kan de tilpasse seg og planlegge livet bedre enn jeg klarte.

En stor sorg er at hun ikke føler hun var noen god omsorgsperson da barna var små.

– Jeg skulle så gjerne sett at bipolar-diagnosen hadde kommet tidligere. Og at medisineringen hadde vært mer kontrollert.

En hverdagslykke uten like

Det som er hverdagslig for mange, kan Eskeland oppleve som enorme seire. Et slikt minneverdig høydepunkt kom sommeren 2017.

Etter Nimi-oppholdet avbestilte hun det meste av hjemmetjenestene fra kommunen og ba bare om hjelp til gulvvask på grunn av ryggplager. Til slutt sa hun at hun ville klare alt selv.

– Det var et stort og viktig skritt. Jeg hadde trengt hjelp til alt. På mitt tyngste klarte jeg ikke å kle på meg selv. Særlig sokker og sko var vanskelig. Nå skulle jeg klare meg selv.

En fredag vasket hun hele leiligheten alene. Skiftet sengetøy og skurte gulv.

– Det ga en helt fantastisk mestringsfølelse.

Mailinn Eskeland gjorde noe hun ikke kan huske å ha gjort før: Hun gikk ut og kjøpte seg en blomst.

– En diger, lilla blomst i potte. Det var premien min. Den dagen ... det var en hverdagslykke uten like. Jeg tror mange ikke skjønner det, hvor viktig noe slikt kan være. ■

Bipolar lidelse

Psykisk lidelse der humør og aktivitetsnivå svinger mer enn for andre mellom oppstemthet (mani eller hypomani) og depresjon.

Både depresjon og mani kan i stor grad gå ut over evnen til å fungere i dagliglivet, mens hypomani beskriver en noe mildere form for oppstemthet enn mani.

Det skilles mellom bipolar lidelse type 1 og type 2. Ved type 1 må man ha hatt minst to episoder med forstyrret stemningsleie, derav minst én manisk episode. Ved type 2 må man ha hatt depressive og hypomane episoder, men aldri mani.

Maniske perioder kan skape alvorlige problemer ved at man oppfører seg ukritisk, hensynsløst og ukontrollert eller overvurderer egne evner.

Depressive perioder kan gi seg utslag i redusert energi, tiltaksløshet, søvnvansker, angst, sosial tilbaketrekning, passivitet og selvmordstanker. I snitt lever personer med bipolar lidelse kortere enn gjennomsnittsbefolkningen.

Oppstemte og nedstemte episoder kan variere i varighet, og personer med bipolar lidelse kan ha lange symptomfrie perioder.

Vanligvis inntreer bipolar lidelse i relativt ung alder, men symptomer og utvikling kan variere mye fra person til person.

Årsakene kan være sammensatte, og både arv og miljø spiller inn. Alvorlige livshendelser, stress og lite søvn kan være utløsende faktorer.

Behandling må tilpasses individuelt. Tilstanden krever gjerne langvarig oppfølging, men mange kan være velfungerende og leve godt med lidelsen.

Det finnes i dag ingen helbredende behandling for bipolar lidelse, som kun kan stabiliseres med legemidler, psykososial oppfølging og terapi.

Personer med bipolare lidelser og deres pårørende kan melde seg inn i Bipolarforeningen Norge og delta på kurs arrangert av lærings- og mestringsentre ved helseforetakene. Mange kan også ha nytte av å delta i selvhjelpsgrupper, som finnes rundt om i landet.

Kilder: Helsenorge.no, Bipolarforeningen







Tekst **Eivor Hofstad**

– Det er et samspill mellom psyken og soma. Hvis du blir deprimert etter å ha hatt hjerte- og karsykdom, går det dårligere med hjertesykdommen. Det er jo pussig! Vi vil se på hvorfor og finne virkningsmekanismene bak, sier Ole Andreassen.

– ENSOMHET ER DEN GLEMTE RISIKOFAKTOREN

Ole Andreassen er professor og leder av Norsk senter for forskning på mentale lidelser (Norment) ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo. Han leder også den norske delen av Cormorment, en storstilt studie med 1,8 millioner deltakere fra de nordiske landene minus Finland, pluss Skottland og Estland.

Data fra gener, livsstil og MRI skal gi nye svar

– Forskningen blir ofte for fragmentert fordi man ser på én og én ting om gangen, slik at det blir vanskelig å se samspill og sammenhenger, påpeker Andreassen.

Her vil forskerne derimot kombinere data fra biobanker og helseregistre. De skal se på gener, livsstil og MRI-data og følge sykdomsutvikling over flere år på befolkningsnivå. De første resultatene fra Cormorment kommer i 2023.

– Vi vil finne mer ut av samspillet mellom «kropp og sjel» og finne de underliggende mekanismene til hjerte- og karlidelse, psykiske faktorer og livsstil. Det er ikke slik at det er hjertet som bestemmer seg for å leve usunt, det er hjernen og personligheten som styrer livsstilen og atferden, sier Andreassen.

– Men samtidig er det ikke slik at folk med psykiske



Ole Andreassen er professor og leder av Norsk senter for forskning på mentale lidelser (Norment) ved Institutt for klinisk medisin ved Universitetet i Oslo



plager ikke vil leve sunt, men det er ofte vanskelig å gjøre det i praksis. Vi vil forsøke å forstå de kreftene som ligger under en slik livsstil som gjør at de ofte sitter hjemme, isolerer seg og blir ensomme.

Kartlegging av sosialt nettverk

Ensomhet og sosial isolasjon er nemlig en risikofaktor både for somatisk sykdom og for tidlig død hos personer med psykisk lidelse. Andreassen mener at kartlegging av sosialt nettverk og mulig ensomhet ofte er den glemte faktoren i psykisk helsearbeid.

– Ensomhet gir like stor risiko for sykdom og død som røyking, usunt kosthold og lite mosjon. Ensomhet ser også ut til å henge sammen med høyt blodtrykk, overvekt, hjertesykdommer og hjerneslag, sier han.

Det er en «høna eller egget»-problematikk ved at ensomhet både kan være en årsak til og en konsekvens av en psykisk lidelse.

– Ensomhet gir økt risiko for å utvikle en psykisk lidelse eller rusmisbruk. Omvendt er det også slik at både ruslidelser og psykiske lidelser kan føre til ensomhet, sier Andreassen.

Han viser til at Storbritannia i 2018 innførte en ny ministerpost: ensomhetsminister. Japan fulgte etter i år.

– Storbritannia og Japan gir dermed ensomhet et stort fokus. Forebygging av ensomhet ser ut til å være nødvendig i dette moderne livet vi lever.

Psykiatrisk hjemmesykepleie

– *Hvilke konsekvenser vil funnene deres fra Cormorant kunne få?*

– Hvis vi kan kartlegge hvorfor det er vanskelig for psykisk syke å endre livsstil, og hvorfor de trenger mer somatisk helseoppfølging, kan vi gjøre noe med det. Kanskje kan sårbarhetsgener gjøre at du skal ha en medisin som gir mindre bivirkninger, eller kanskje skal visse pasienter ha psykiatrisk hjemmesykepleie. Vi håper at studien på lang sikt vil kunne gi nye måter å forebygge og behandle blandingstilstander med psykisk sykdom og hjerte- og karlidelser på, sier Ole Andreassen.

Og så legger han til:

– Det er kjempeviktig at sykepleiere har et blikk for hjerte-kar-risiko ved psykisk lidelse og en helhetlig tenkning rundt psyken og soma. De som møter pasienten i det daglige, bør følge opp helt basale faktorer, slik som vekt og blodtrykk. Man kan ikke håpe på at noen andre sjekker blodtrykket til denne pasienten. Sykepleiere har et eget ansvar der. ■



Remifemin[®]

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Det er utført flere kliniske studier med bruk av *Cimicifuga racemosa* mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting¹. Brukes kun i samråd med lege ved samtidig bruk av østrogen, ved kreft eller leversykdom.



- ✓ Mot hetetokter og nattesvette
- ✓ Reseptfritt legemiddel
- ✓ Plantebasert uten østrogen
- ⊕ Fås på alle apotek

Remifemin[®] (Cimicifuga racemosa) 2,5 mg. Reseptfritt. Middel mot overgangsplager. ATC-nr: G02C X04. Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig. Effekt sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. Anbefales ikke for gravide eller ammende. Ved samtidig bruk av østrogen, ved nåværende eller tidligere hormonavhengig kreft eller ved leversykdom må Remifemin[®] kun brukes i samråd med lege. Ved tegn til leverskade skal behandlingen avsluttes. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Bivirkninger: Tilfeller av levertoksitet er rapportert ved bruk av preparater som inneholder Cimicifuga. Inneholder laktosemonohydrat. Basert på SPC: 24.03.2015

Referanser: 1. Henneicke-von Zepelin, HH. 60 years of *Cimicifuga racemosa* medicinal products. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147.



RUS -AVHENGIGHET TAR LEVEÅR

Bruk av rusmidler er en vanlig årsak til helsesvikt hos psykisk syke, og mange rusmisbrukere får mangelfull behandling.

Dårlige levekår, rusmidlenes påvirkning på kroppen, somatisk sykdom, ulykker, vold og overdose og mulig selvmord er alle årsaker til at rusavhengige gjennomsnittlig **lever 20 år kortere** enn andre. Helsetjenestene og sykepleierne må ta sitt ansvar.

SIDE 38

300 000 nordmenn har alkoholavhengighet. Beregninger viser at 31 prosent av alle innleggelser i somatikken er rusrelaterte. Ofte er det her problemet kan fanges opp.

SIDE 47



Siv Skarstein

Førsteamanuensis og prosjektleder for NSFs satsing på psykisk helse og rus, Avdeling for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet og Norsk Sykepleierforbund



Lars Håkon Tanum

Professor, Avdeling for sykepleie, Oslomet – storbyuniversitetet

Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling

Den økte dødeligheten blant rusbrukere med alvorlig psykisk lidelse dreier seg ikke nødvendigvis om hvilke somatiske sykdommer de har, men om hvordan livet med somatisk sykdom mestres.

Nøkkelord

- Psykisk helse • Rusmisbruk
- Rusbehandling

Hovedbudskap

Mennesker med rusavhengighet dør mellom 15 og 20 år tidligere enn folk flest. For seks av ti pasienter skyldes den høye dødeligheten somatisk sykdom. Rusavhengighet i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse øker risikoen for tidlig død. Forebygging og behandling av somatisk sykdom og psykisk lidelse kan bedre helsen og livskvaliteten hos mennesker med rusavhengighet. Et godt samarbeid mellom pasienter og sykepleiere kan fremme pasientenes egenomsorg. Risikoen for tidlig død kan dermed reduseres.

Doi-nummer

10.4220/Sykepleiens.2021.86370

Personer med rusavhengighet har oftere somatiske og psykiske lidelser enn det som er vanlig i befolkningen ellers. Dette fører til gjennomsnittlig kortere levealder og høyere dødelighet. Levealderen har blitt beregnet til å være rundt 20 år kortere for menn og 15 år kortere for kvinner med rusavhengighet (1–3).

Den økte dødeligheten skyldes en kombinasjon av dårlige levekår, rusmidlenes påvirkning på kroppen og påfølgende økt sårbarhet for sykdom, ulykker, vold og plutselig død, inkludert ufrivillig overdosedød og mulig selvmord (1–3).

I artikkelen har vi brukt begrepene «rusavhengighet» og «pasient». Med rusavhengighet mener vi helseskadelig rusbruk som pågår over lengre tid, og som øker risikoen for sykdom og har konsekvenser for livskvaliteten. Vi bruker pasientbegrepet fordi vi i denne sammenhengen hovedsakelig knytter rusavhengighet til sykdom.

Sårbarhet for rusavhengighet kan arves

Genene våre sier noe om forventet levetid, de kan

gjøre oss mer sårbare for sykdom, og de kan bidra til at risikoen for å bli avhengige av rusmidler øker. Belastninger og traumer i barndommen, slik som mishandling, omsorgssvikt eller fattigdom, har også vist seg å kunne være forbundet med økt sykkelighet og dødelighet i voksen alder.

Genetisk sårbarhet, også sårbarhet for å utvikle rusavhengighet, kan overføres til neste generasjon (6). Det positive er at skader på telomerene kan være reversible; for eksempel har studier vist at fysisk aktivitet kan fremskynde tilheling av telomerer. Dette vies det nå betydelig oppmerksomhet til i medisinske og nevropsykologiske forskningsmiljøer (7).

Andre risikofaktorer for utvikling av rusavhengighet er skoleproblemer, lavt utdanningsnivå og lav yrkesaktivitet (7).

Psykiske lidelser forverrer somatisk sykdom

Den økte forekomsten av somatiske sykdommer blant mennesker med rusavhengighet dreier seg særlig om diabetes, kardiovaskulære lidelser, hepatitt, lungesykdommer (inkludert tuberkulose) og mage- og tarmsykdommer (8, 9).

Noen somatiske sykdommer i hjerte og kar, lever, nyre og bukspyttkjertel (diabetes) samt visse typer kreft regnes i dag i seg selv ikke for verken å være dødelige eller å gi invalidiserende helseskader. Dette forutsetter likevel at pasienten følger opp anbefalt medisinsk behandling, og at egenomsorgen ivretas.

Diabetes, og andre lidelser som rammer vitale organer, som lever eller nyre, krever spesielle kost- og livsstilsforordninger, ofte i tillegg til medikamentell behandling. Svak egenomsorgsevne vil kunne gi et mer alvorlig sykdomsforløp og høyere dødelighet enn hva som er vanlig i normalbefolkningen (9, 10).

Særlig alvorlige sykdomsforløp med høy dødelighet er godt kjent hos rusavhengige med samtidige alvorlige

” Særlig høy er overdødeligheten blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med helseskadelig rusbruk.

psykisk lidelser, ofte diagnostisert som personlighetsforstyrrelse, alvorlige stemningslidelser eller psykotiske lidelser. Den markant økte dødeligheten blant rusbrukere med alvorlig psykisk lidelse dreier seg derfor ikke nødvendigvis om hvilke somatiske sykdommer pasientene har, men mer om hvordan livet med somatisk sykdom mestres, og graden av evne til behandlingsetterlevelse (10, 11).

Ifølge Lien og medarbeidere skyldes 40 prosent av overdødeligheten hos pasienter med schizofreni en unaturlig død, det vil si død som følge av selvmord eller ulykke, mens hos seks av ti kan overdødeligheten tilskrives somatisk sykdom. Særlig høy er overdødeligheten blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med helseskadelig rusbruk (11).

Injisering øker dødeligheten

Forekomsten av sykdom og dødelighet varierer med hvilke rusmidler en person bruker. Måten rusmiddelet inntas på, vil også påvirke hvilke sykdommer det er særlig økt risiko for. Det kan derfor være hensiktsmessig å se på hvilke somatiske sykdommer og helseskader som oftest opptrer sammen med bruk av bestemte rusmidler eller grupper av rusmidler.

Opioider er primært skadelig for hjernen og nervesystemet og kan forårsake hjerneskade og perifer nevropati. De mest brukte opioidene (morfin, heroin, hydromorfin, metadon og petidin) vil hos opioidavhengige



også kunne gi humørsvingninger, respirasjonsdepresjon, psykomotorisk retardasjon, sløret tale og nedsatt konsentrasjon og hukommelse.

Dødeligheten blant mennesker med avhengighet av opioider og som injiserer rusmiddelet, er mange ganger høyere enn i befolkningen ellers og mye høyere enn i grupper som tar opioider oralt. Dødeligheten av opioider er derfor i stor grad knyttet til injeksjonsatferd, snarere enn til selve opioidavhengigheten.

Sekundære somatiske konsekvenser og komplikasjoner av opioider og andre rusmidler som tas intravenøst, inkluderer hepatitt B, hepatitt C, HIV, sepsis, endokarditt, lungebetennelse, lungeabscesser, tromboflebitt og rbdomyolyse (12). Hos rusavhengige som injiserer, vil derfor forekomsten av sykdommer som spres via blodbanen, eksempelvis hepatitt, HIV og alvorlige bakterielle infeksjoner, være høyere enn hos andre med rusavhengighet (13).

I tillegg til somatisk komorbiditet assosiert med intravenøs rusmiddelbruk har opioidavhengige også oftere psykiatrisk komorbiditet, spesielt depresjon og post-traumatisk stresslidelse (11, 14).

Amfetamin og kokain gir primært hjerne- og nerveskader, men dersom disse stoffene injiseres, kan brukerne pådra seg de samme tillegglidelsene som dem som injiserer opioider. Det er altså ikke stoffene i

seg selv, men måten de administreres på, som medfører risiko for alvorlig sykdom. Tall fra Folkehelseinstituttet (FHI) indikerer at mellom 1 og 3 prosent av befolkningen bruker denne typen sentralstimulerende stoffer.

Personer som injiserer rusmidler, særlig de som er avhengig av opioider, har derfor en betydelig økt risiko for dødelighet ikke bare sammenliknet med befolkningen generelt, men også sammenliknet med personer som har andre former for rusavhengighet, og også sammenliknet med personer med alvorlig psykisk lidelse uten helseskadelig rusbruk (14–16).

2020 var et rekordår for overdosedødsfall

Den internasjonale definisjonen av overdosedødsfall fra Det europeiske narkotikaovervåkningsorganet (EMCDDA) er «et dødsfall som skjer umiddelbart eller kort tid etter at en person har inntatt ett eller flere rusmidler og/eller medikamenter og når dødsfallet har direkte sammenheng med dette inntaket». Av og til brukes begrepene «narkotikadødsfall» eller «narkotikautløst dødsfall» med samme betydning (17).

Over hele USA har dødelige overdoser av opioider vært ødeleggende for samfunnet gjennom flere tiår og økte med 200 prosent mellom 2000 og 2014. I 2016 døde det 63 632 personer av overdosering av narkotika i USA (18).

Ifølge EMCDDA er heroin det mest brukte ulovlige opi-

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



oidet i Europa, men syntetiske opioider som metadon, buprenorfin og fentanyl blir også misbrukt. Man finner ofte en kombinasjon av benzodiazepiner og alkohol når mennesker som dør av overdoser, obduseres.

Ifølge tall fra FHI har i gjennomsnitt om lag 260 personer i Norge dødd av overdose hvert år de siste årene. Dette er en av de høyest registrerte forekomstene av narkotikautløste dødsfall per innbygger i Europa.

Dødsårsaksregisterets tall for 2020 viser at det var 324 narkotikautløste dødsfall det året. Ikke siden 2001 har så mange dødd av overdoser i Norge. Svært sterk heroin og pandemiestriksjoner kan være blant forklaringene (19).

Gjennomsnittsalderen blant dem som dør i Norge, har økt jevnt fra 36 år i 2006 til 44 år i 2018.

Menn og eldre er mer utsatt

Fire av fem dødsfall skyldes inntak av opioider, svært ofte med sprøyte. Forskning viser at noen av dem som injiserer rusmidler, tar en overdose kort tid etter at de er utskrevet fra behandling for rusbruken.

Dette kan nok for noen skyldes at toleransen for mengde stoff som kroppen tåler, er blitt redusert etter en periode i behandling der bruk av rusmidler ikke er akseptert, eller det kan være en valgt handling forårsaket av fortvilelse og mangel på håp om å mestre hverdagens utfordringer utenfor institusjonen.

Ved inntak av opioider påvirkes pustesenteret i hjernen, av og til i så sterk grad at man får nedsatt bevissthet og redusert pustefrekvens. En situasjon der en person puster så sjelden som 8–10 innåndinger i minuttet, regnes som en overdose.

Når en person blir liggende lenge med meget lav pustefrekvens, kan det oppstå hjerneskade. Hvis personen helt slutter å puste, vil døden inntreffe raskt dersom det ikke gis livreddende førstehjelp.

Amfetamin, metamfetamin og kokain påvirker hjerte- og karsystemet og øker risikoen for blant annet hjerneblødning, hjerteinfarkt og hjerterytmeforstyrrelser. GHB og PMMA er to andre rusmidler som har ført til overdosedødsfall. Å kombinere rusmidler er ikke uvanlig, og ofte inngår alkohol og benzodiazepiner, som kan øke risikoen for organskader og død (17).

Hva er rusavhengighet?

Rusavhengighet blir vanligvis beskrevet ut fra kognitive, atferdsmessige og fysiologiske kjennetegn. Disse er beskrevet i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-5 (4, 5). Ifølge Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (5) kan diagnosen rusavhengighet brukes hvis et problematisk mønster av rusbruk fører til minst to av følgende kriterier innenfor en tolv månedersperiode:

- tilbaketrekning fra sosialt eller yrkesmessig liv
- økt toleranse for rusmiddelet
- trang til bruk av større mengder og/eller i lengre perioder
- gjentatte forsøk på å slutte eller kontrollere bruken som ikke har lyktes
- bruk av uforholdsmessig mye tid og ressurser på å skaffe og/eller bruke rusmidler og på å komme seg fysisk og psykisk etter rusbruk
- økende psykologiske og mellommennekelige problemer knyttet til rusbruk
- rusbruk i fysiske usikre situasjoner
- manglende oppfyllelse av aktiviteter og forpliktelser på jobb, skole og/eller hjemme på grunn av rusbruk

Sju av ti overdosedødsfall skjer blant menn, og middelaldrende og eldre er mer utsatt for overdoser enn yngre. Dette skyldes at helsetilstanden og egenomsorgsevnen til eldre rusavhengige ofte er dårlig, noe som øker faren for å dø av overdose (17).

Alkohol gir de mest alvorlige skadene

Selv om det har vært et sterkt søkelys på narkotiske stoffer de siste årene, er alkohol fortsatt det største rusproblemet i Norge. Alkoholproblemer varierer i alvorlighetsgrad fra mild til livstruende avhengighet. Ifølge FHI drikker cirka 10 prosent av den voksne befolkningen i Norge på en måte som medfører stor risiko for helseskade og avhengighet, og anslagsvis har 300 000 personer utviklet alkoholavhengighet (20).

Alkohol synes derfor å være det rusmiddelet som



gir de fleste og de mest alvorlige somatiske skadene og organsykdommene, mens tradisjonelle narkotiske stoffer – foruten infeksjoner og overdoser – primært skader hjernen og nervesystemet. Alkoholavhengighet påvirker også egenomsorgen i svært negativ retning, noe som bidrar til at alkoholavhengige samlet sett har den mest alvorlige somatiske sykkeligheten blant mennesker med rusavhengighet (20, 21).

Høyt, vedvarende alkoholinntak kan gi skader på en rekke ulike organer som munn, svelg, mage, lever og bukspyttkjertel, hjerte og blodkar, i tillegg til omfattende skader i hjernen og i perifere nerver (22–24). Graden av organskade avhenger både av mengden alkohol som inntas, og av hvorvidt alkoholinntaket er daglig eller fordelt på hyppige episoder med fyll.

Angst og depresjon følger ofte med rus

Depresjon og angst, ofte i kombinasjon med søvnløshet, er de vanligste psykiske tilstandene blant pasienter med rusavhengighet (25, 26). Angstlidelser som kommer allerede i barndommen eller tidlig i ungdomsårene, øker risikoen for å utvikle en rusavhengighet senere i livet (27).

Depresjon er en alvorlig og vanlig psykisk lidelse som langt ofte rammer personer med rusavhengighet enn folk flest (28). Depresjon kan opptre uavhengig av

” Helsetilstanden og egenomsorgsevnen til eldre rusavhengige er ofte dårlig, noe som øker faren for å dø av overdose.

rusmiddelbruk, den kan være relatert til psykososialt stress assosiert med rusbruk, eller det kan være en direkte konsekvens av rusbruk og sosial tilbaketrekning.

Både angst og depresjon har en negativ innvirkning på behandlingsforløpet og -resultatet for en person som behandles for rusavhengighet (26–29). Tilstandene bør derfor utredes grundig, og tiltak må utformes i nært samarbeid med pasienten.

Rusavhengige blir underbehandlet

Underbehandling innebærer at tiltrengt og helsefremmende behandling ikke iverksettes, følges opp eller optimaliseres. Underbehandling kan skyldes forhold ved en pasients evne til å ivareta egenomsorgen og/eller være en virkning av den psykiske lidelsen eller rusavhengigheten.

Mennesker med helseskadelig rusbruk har i en del tilfeller en livsstil og atferd som gjør det utfordrende å gjennomføre en faglig god utredning og behandling. Å bygge en god relasjon som grunnlag for å få til et samarbeid om helsefremmende aktiviteter og behandling bør vektlegges av sykepleieren.

Forskning viser at mangelfull behandling og/eller underbehandling er vanlig hos personer med rusavhengighet, både med og uten psykisk lidelse. Blant annet er risikoen for underbehandling av somatisk sykdom 12 prosent høyere hos personer med schizofreni og 10 prosent høyere hos personer med affektive lidelser sammenliknet med befolkningen ellers. Særlig store er forskjellene når det gjelder både medikamentell og operativ behandling av hjerte- og karlidelser (26).

Bivirkninger kan oppstå når medikamenter som skal behandle somatiske sykdommer, interagerer med psykofarmaka eller rusmidler. Dette kan igjen medføre at behandlingen ikke gir ønskede resultater. Observasjon, kartlegging og vurdering blir viktig. Videre vil et nært samarbeid mellom pasient, sykepleier og behandlende lege kunne forebygge negative konsekvenser.

Holdninger hos helsepersonell kan dessverre være en faktor som kan bidra til underbehandling, for eksempel ved at behovet for oppfølging av fysisk sykdom og ivaretagelse av egenomsorgen neglisjeres. Tiltak for å forebygge og behandle somatisk sykdom kan også utsettes eller prioriteres ned med bakgrunn i ideer om at rusavhengigheten og/eller den psykiske lidelsen først må behandles. Det kan skyldes mangel på både kunnskap og faglig forståelse av hva god behandling og omsorg innebærer.

Sykepleiere har kompetanse på somatisk helse, psykisk lidelse og helsefremmende tiltak. Sykepleiere med videre- og masterutdanning innen psykisk helse, rus og avhengighetsproblematikk har i tillegg spesifikk

kunnskap og erfaring knyttet til å bistå mennesker med rusrelaterte helseproblemer. Denne kompetansen bør anvendes i langt større utstrekning.

Mange med rusavhengighet er i tillegg sosialhjelpsmottakere. Sosialhjelpsmottakere er i de laveste lagene i det norske sosioøkonomiske hierarkiet, og disse menneskenes livsmuligheter påvirkes av dårligere helse, mer smerte, mer utbredt sykdom og høyere dødelighet enn andre. Det å ha betydelige sosioøkonomiske problemer som arbeidsledighet, lav inntekt, fattigdom, gjeld og en dårlig bolig er ofte forbundet med helseskadelig rusbruk og dårligere mental helse (30, 31).

Sosialt miljø og utdanningsnivå ser ut til å være de sterkeste sosioøkonomiske prediktorene for alkoholbruk, tett fulgt av boligsituasjon. Høyt utdanningsnivå og høy inntekt fra arbeid i voksen alder, samt sosioøkonomisk status i oppvekstmiljøet og nabolaget, er faktorer som beskytter mot helseskadelig rusbruk (32).

Sykepleiere kan sikre gode behandlingsforløp

Personer med rusavhengighet har betydelig høyere risiko for flere og sammensatte sykdommer. Særlig utsatt er de som i tillegg til rusavhengighet også har en eller flere psykisk(e) lidelse(r).

Ved at sykepleieren tidlig i et sykdomsforløp identifiserer og iverksetter tilpassede tiltak, kan behandlings- og omsorgstiltak koordineres og tilrettelegges for den enkelte pasienten. Sykepleiere kan videreføre, planlegge, organisere og følge opp behandlingsforløp i pasientens hjemmemiljø.

Det å sikre gode behandlingsforløp og bistå pasienter i å ivareta deres egenomsorg innebærer ofte å måtte lede og koordinere helsefremmende innsatser. Dette fordrer både generell sykepleiefaglig kunnskap og ledelseskompetanse, men også spisskompetanse på somatiske tilstander relatert til rusavhengighet og psykisk helse. ■

Referanser

1. Vancampfort D, Hallgren M, Mugisha J, De Hert M, Probst M, Monsieur D, et al. The prevalence of metabolic syndrome in alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol and Alcoholism*. 2016;51(5):515–21.



Erfaring er verdifullt

Sett pris på det!

Medaljen for lang og tro tjeneste tildeles verdsatte arbeidstakere med minst 25 år hos samme arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som søker og som står for overrekkelsen.



NORGESVEL

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

2. Frasch K, Larsen JI, Cordes J, Jacobsen B, Wallenstein Jensen SO, Lauber C, et al. Physical illness in psychiatric inpatients: comparison of patients with and without substance use disorders. *International Journal of Social Psychiatry*. 2013;59(8):757–64.
3. Merikangas KR, McClair VL. Epidemiology of substance use disorders. *Human Genetics*. 2012;131(6):779–89.
4. Verdens helseorganisasjon. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Genève; Verdens helseorganisasjon; 1993. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf> (nedlastet 15.06.2021).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
6. Kendler K, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Transmission of alcohol use disorder across three generations: a Swedish National Study. *Psychological Medicine*. 2018;48(1):33.
7. Næss AB, Kirkengen AL. Is childhood stress associated with shorter telomeres? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2015;135:1356.
8. Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O. A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 1997;14(1_suppl):43–63.
9. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52.
10. Alba ID, Samet JH, Saitz R. Burden of medical illness in drug- and alcohol-dependent persons without primary care. *American Journal on Addictions*. 2004;13(1):33–45.
11. Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2015;135:246–8.
12. Ronan MV, Herzig SJ. Hospitalizations related to opioid abuse/dependence and associated serious infections increased sharply, 2002–12. *Health Affairs*. 2016;35(5):832–7.
13. Skeie I, Brekke M, Gossop M, Lindbaek M, Reinertsen E, Thoresen M, et al. Changes in somatic disease incidents during opioid maintenance treatment: results from a Norwegian cohort study. *BMJ open*. 2011;1(1).
14. Bogdanowicz KM, Stewart R, Broadbent M, Hatch SL, Hotopf M, Strang J, et al. Double trouble: psychiatric comorbidity and opioid addiction – all-cause and cause-specific mortality. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015;148:85–92.
15. Hayes RD, Chang C-K, Fernandes A, Broadbent M, Lee W, Hotopf M, et al. Associations between substance use disorder sub-groups, life expectancy and all-cause mortality in a large British specialist mental healthcare service. *Drug and Alcohol Dependence*. 2011;118(1):56–61.
16. Dickey B, Dembling B, Azeni H, Normand S-LL. Externally caused deaths for adults with substance use and mental disorders. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 2004;31(1):75–85.
17. Helsedirektoratet. Overdose – lokalt forebyggende arbeid. Statistikk og definisjon på overdose. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/overdose-lokalt-forebyggende-arbeid/statistikk-og-definisjon-pa-overdose> (nedlastet 22.06.2021).
18. Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in drug and opioid overdose deaths – United States, 2000–2014. *Morbidity and mortality weekly report*. 2016;64(50 & 51):1378–82.
19. Folkehelseinstituttet. Høyeste antall overdoser på 20 år. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2021/hoyeste-antall-overdoser-pa-20-ar/> (nedlastet 22.06.2021).
20. Folkehelseinstituttet. Alkoholbruk i den voksne befolkningen. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=&h=1> (nedlastet 22.06.2021).
21. Sutherland GT, Sheedy D, Kril JJ. Neuropathology of alcoholism. *Handbook of clinical neurology*. Elsevier; 2014.
22. Rehm J, Sulkowska U, Mańczuk M, Boffetta P, Powles J, Popova S, et al. Alcohol accounts for a high proportion of premature mortality in central and eastern Europe. *International Journal of Epidemiology*. 2007;36(2):458–67.
23. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(4):437–45.
24. Holst C, Tolstrup JS, Sørensen HJ, Becker U. Alcohol dependence and risk of somatic diseases and mortality: a cohort study in 19 002 men and women attending alcohol treatment. *Addiction*. 2017;112(8):1358–66.
25. Roncero C, Grau-Lopez L, Díaz-Morán S, Miquel L, Martínez-Luna N, Casas M. Evaluation of sleep disorders in drug dependent inpatients. *Medicina Clínica*. 2011;138(8):332–5.
26. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61(8):807–16.
27. Douglas KR, Chan G, Gelernter J, Arias AJ, Anton RF, Weiss RD, et al. Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*. 2010;35(1):7–13.
28. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*. 1990;264(19):2511–8.
29. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*. 1997;54(1):71–80.
30. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*. 2006;10(4):287–333.
31. Løyland B, Hermansen Å, Dahl E, Wahl AK. Differences in income trajectories according to psychological distress and pain: a longitudinal study among Norwegian social assistance recipients. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2020;1403494820939812.
32. Macintyre A, Ferris D, Gonçalves B, Quinn N. What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action. *Palgrave Communications*. 2018;4(1):1–5.



Cochrane rapport:

Voltarol Gel har laveste NNT av alle topikale NSAID^{*1,2}

En analyse av 61 studier med over 8000 pasienter viser at:

- ✓ 8 av 10 opplever smertelindring med Voltarol Gel
- ✓ Topikal NSAID kan gi tilsvarende smertelindring som oral NSAID ved akutte problemer som forstuing, forstrekning og sportsskader¹



*Ved akutte muskel- og leddsmarter. Kilder: 1. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2015: CD007402. 2. Derry S, et al. Cochrane Database Syst Rev 2017: CD008609.

Voltarol Forte gel (diklofenakdietylamin 23,2 mg/g). Indikasjoner: Milde til moderate smerter i forbindelse med forstuing eller forstrekning (≥14 år) og milde til moderate smerter i fingertedd eller knær i forbindelse med artrose (>18 år). **Dosering:** Voksne (inkl. eldre) og barn >14 år: 2-4 g gel 2 ganger daglig (tilsvarende størrelsen på et kirsebær til en valnøtt) er tilstrekkelig til å behandle et område på 400-800 cm². Lege bør kontaktes dersom symptomene forverres eller ikke bedres innen 7 dager. Bør ikke brukes >14 dager ved forstuing eller forstrekning, og ikke > 21 dager ved artrosmerter i fingre eller knær, med mindre det er anbefalt av lege. **Vanlige bivirkninger:** Dermatit (inkludert kontaktdermatit), utslett, erytem, eksem, pruritus. **Alvorlige bivirkninger:** pustuløst utslett, angioødem, hypersensitivitet (inkludert urticaria). **Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler:** overfølsomhet overfor innholdsstoffene, astmaanfall, angioødem, urtikaria eller akutt rhinitt ved bruk av acetylsalisylsyre eller andre NSAIDs. Ved bruk på store hudområder i lengre perioder kan det ikke utelukkes at systemiske bivirkninger kan opptre. Legemidlet bør derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med nedsatt nyre-, hjerte- eller leverfunksjon, så vel som ved aktivt ulcus pepticum (se preparatomtale for formuleringer av diklofenak til systemisk bruk). Pga. økt risiko for systemiske bivirkninger skal forsiktighet utvises ved samtidig bruk av perorale NSAIDs. Graviditetens tredje trimester. Barn <14 år. Appliseres på uskadet hud uten sykdomstegn. Inneholder propylenglykol og benzylozoat som kan gi mild lokal hudirritasjon hos enkelte. Pga. risiko for fotosensitivitetsreaksjoner bør direkte sollys, også solarium, unngås på det behandlede området under behandlingstiden og i 2 uker deretter. **Reseptgruppe:** C. **Pris:** 150g: 180,50 NOK. **Konsulter FK tekst eller preparatomtalen (SPC) for mer informasjon.** Distribueres av GlaxoSmithKline Consumer Healthcare ApS, 2610 Rødovre, Danmark. Varemerker eies av eller er lisensiert til GSK konsernet. ©2021 GSK eller deres lisensgiver. www.voltarol.no. 01/2021. PM-NO-VOLT-21-00002

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>VI SØKER: PENSJONERT PREST</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> |  | <p>VI SØKER PENSJONERT IMAM</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | |
| <p>VI SØKER ÅPEN TREBARNSFAR</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | <p>VI SØKER: TRAVEL STUDENT</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p>  | | |
| <p>VI SØKER: MILDT NATTDYR</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: LYTTENDE MEKANIKER</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: MODIG SYKEPLEIER</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: STØTTENDE AKADEMIKER</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> |
| <p>VI SØKER: OMSORGSFULLT B-MENNESKE</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> |  | <p>VI SØKER EMPATISK BRUMLEBASS</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | |
| <p>VI SØKER TÅLMODIG TEOLOG</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | <p>VI SØKER: LYTTENDE SKRAVLEKOPP</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p>  | | |
| <p>VI SØKER: SØKENDE SOSIALARBEIDER</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: ARBEIDSLÆDIG RIVJERN</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: TØFF FRISØR</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> | <p>VI SØKER: RAUS BESTEMOR</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p> |
| <p>VI SØKER OPPMERKSOM LÆRER</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige. Om du er oppmerksom lærer, lyttende mekaniker eller travel student, har ingen betydning.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> |  | <p>VI SØKER: SOSIAL STUDENT</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | |
| <p>VI SØKER VARM PENSJONIST</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | <p>VI SØKER SPREK AGNOSTIKER</p> <p>Vi søker 400 nye frivillige. Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | | |
| <p>VI SØKER: OMTENKSOM ATEIST</p> <p>Landets største døgnåpne krisetjeneste på telefon og nett søker 400 nye frivillige. Om du er omtenkam ateist, lyttende mekaniker eller travel student, har ingen betydning.</p> <p>Se mer, og søk på kirkens-sos.no</p>  <p>Vi er her. Alltid.</p> | |  | |



Siv Skarstein

Førsteamanuensis og prosjektleder for NSF's satsing på psykisk helse og rus, Avdeling for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet og Norsk Sykepleierforbund



Espen Gade Rolland

Leder NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus

Helseskadelig alkoholbruk gir komplekse utfordringer

Høyt forbruk av alkohol henger sammen med somatisk sykdom, psykisk helse og sosial status. En god allianse mellom sykepleieren og pasienten øker sjansen for at behandlingen fører til bedring.

Nøkkelord

- Alkohol • Psykisk helse • Rusmiddel
- Samhandling • Somatisk lidelse

Hovedbudskap

Høyt forbruk av alkohol øker risikoen for alvorlige helseskader som somatisk sykdom. Pasienter med helseskadelig alkoholbruk sliter ofte også med sosiale utfordringer, psykiske lidelser og traumer. Frafaller fra behandlingsoppleggene er betydelig, noe som medfører store kostnader, både menneskelige og økonomiske. Sykepleiere med spesialistkompetanse i psykisk helse og rus kan i samarbeid med pasienten og fastlegen planlegge og følge opp individuelt tilpasset behandling over tid.

Doi-nummer

10.4220/Sykepleiens.2021.83712

Denne artikkelen setter søkelyset på sammenhengen mellom helseskadelig alkoholbruk, somatisk sykdom, psykisk helse og sosial status. Videre belyser vi noe av kompleksiteten og utfordringene som sykepleierne møter innen fagfeltet psykisk helse og rus.

Vi bruker begrepene «pasient», som inkluderer brukere, klienter, omsorgsmottakere og andre som mottar tjenester fra sykepleiere. «Helseskadelig alkoholbruk» anvendes som samlebegrep på skadelig alkoholbruk og avhengighetssyndrom relatert til alkohol.

Antallet døgnplasser innen tverrfaglig spesialisert behandling og psykisk helsevern er betydelig redusert gjennom de siste 15 årene. Det betyr også at varigheten på oppholdene i somatiske sykehus og psykisk helsevern er betydelig redusert.

Endringene innebærer at mange sykepleiere utøver sykepleie innen kommunale helse- og omsorgstjenester til pasienter med skadelig alkoholbruk. Det er likevel slik at en helseskadelig alkoholbruk ofte blir avdekket i forbindelse med en innleggelse på sykehus.



Alkoholbruk kan gi sykdom og tidlig død

På verdensbasis lider rundt 70 millioner mennesker av konsekvenser som skyldes overdrevent alkoholkonsum. Dette tallet representerer 4–5 prosent av den globale sykdomsbyrden (1). Det er også slik at omtrent 4 prosent av alle dødsfall i verden er alkoholrelaterte, der 2 prosent av dødsfallene blant kvinner og 7 prosent blant menn kan knyttes til alkoholbruk. Alkoholbruk er altså en betydelig risikofaktor for tidlig død og sykdom (2).

I en studie med 18–65-åringer i Oslo rapporterte 23 prosent av befolkningen om helseskadelig alkoholbruk i løpet av livet, såkalt livstidsforekomst (3). En studie fra Sogn og Fjordane viste en livstidsforekomst på 9 prosent (4). Den årlige prevalensen i studiene var henholdsvis 10 prosent og 3 prosent.

En tvillingstudie publisert av Folkehelseinstituttet (FHI) viste en levetidsprevalens på 7 prosent (5). På bakgrunn av dette kan vi anslå at det er minst 300 000 personer med helseskadelig alkoholbruk i Norge.

FHI har også estimert at 8 prosent av norske barn har minst én forelder som tilfredsstillende diagnostiske kriteriene for en alkoholbrukslidelse, mens om lag 3 prosent av norske barn har en forelder med alvorlig grad av skadelig bruk.

Det finnes to typer helseskadelig alkoholbruk

Helseskadelig alkoholbruk deles i gruppene skadelig bruk og avhengighetssyndrom. *Skadelig bruk* har ført til påviselig psykisk eller fysisk helseskade over en periode.

Diagnosen *avhengighetssyndrom* krever at minst tre av de følgende seks kriteriene må være oppfylt det siste året: sterkt ønske om eller trang til å drikke, vanskeligheter med å kontrollere alkoholinntaket, abstinens ved stopp eller redusert alkoholbruk, utvikling av toleranse for alkohol, økende likegyldighet overfor andre gleder eller interesser og høyere prioritering av alkohol-

” Ni av ti pasienter med rusbruksdiagnoser har en eller flere psykiske lidelser.

Alkoholbruken øker

Det er dokumentert at en økning i totalforbruket av alkohol i befolkningen er forbundet med en økning av forbruket på alle nivåer. Det betyr at det er en nær sammenheng mellom totalkonsumet i befolkningen og andelen med et svært høyt alkoholkonsum.

I Norge har omsetningen av alkohol økt fra 3,6 liter ren alkohol per innbygger per år i 1970 til nærmere 7 liter i 2017. Folkehelseinstituttet antar at forekomsten av alkoholbrukslidelser har økt i perioden.

Kilde: Folkehelseinstituttet

inntak enn andre viktige aktiviteter og forpliktelser. I tillegg kommer kriteriet om at bruken av alkohol fortsetter til tross for skadelige konsekvenser.

Av personer som blir diagnostisert med helseskadelig alkoholbruk, er to tredjedeler menn. Menn konsumerer mer alkohol enn kvinner. Imidlertid antas kvinner å ha større risiko for å utvikle somatisk sykdom som følge av høyt alkoholforbruk. Årsaken til det er kjønnsbaserte forskjeller i alkoholmetabolisme (6).

Nesten hver tredje innleggelse er rusrelatert

Det anslås at nær 31 prosent av alle innleggelsene i somatikken er rusrelaterte. En undersøkelse fra Storbritannia (7) viser at hver femte sykehuspasient drikker så mye alkohol at det kan være helseskadelig, og hver tiende er avhengig av alkohol. Det innebærer at pasienter burde kunne identifiseres og tilbys utredning og behandling for alkoholbruken, selv om de primært innlegges for somatisk sykdom eller skade (7).

Mange mennesker med helseskadelig alkoholbruk forsøker i det lengste å skjule disse problemene. Det kan handle om skamfølelse, frykt for å miste arbeidet, stigmatisering og negative reaksjoner fra et sosialt nettverk.

I et prosjekt fra 2009 ved Stavanger universitetssjukehus fant de at det var vanskelig å identifisere pasienter med alkoholrelaterte helseproblemer som ikke hadde kjente rusproblemer fra før. Gjennom systematisk kartlegging ble pasienter identifisert og henvist til en

samtale der alkoholbruken, konsekvenser av denne og mulighet for hjelp ble tematisert. De aller fleste som gjennomførte samtalen, opplevde den som relevant og nyttig for sin helsetilstand (8).

Helseskadelig alkoholbruk kan gi somatisk sykdom

Helseskadelig alkoholbruk, psykisk lidelse og somatisk sykdom utgjør en stor belastning med komplekse utfordringer for enkeltpersoner, familier, helsevesenet, sykepleietjenesten og samfunnet.

Menn og kvinner med helseskadelig alkoholbruk har høyere risiko for et omfattende spekter av somatiske sykdommer, både som sykdomshendelser og dødsårsaker (9). Ulike kreftformer i tungen, munnhulen, svelget, spiserøret, luftrøret, lungene og leveren samt hjerneinfarkt, hjerte- og karsykdommer, diabetes og infeksjoner er assosiert med helseskadelig alkoholbruk (10).

Videre kan metabolske forstyrrelser som diabetes mellitus utløses av vedvarende alkoholbruk og forårsaker flere sykdomstilstander med symptomer fra nyrer, lever, spiserør og mage-tarm-kanalen (9–11). Et vedvarende, hyppig alkoholforbruk kan også forårsake strukturellskadepå hjernen og resten av nervesystemet, noe som kan resultere i ulike sykdommer fra nervesystemet.

Somatiske sykdomstilstander som alkoholiske leverproblemer, hjerneskade og alkoholisk kardiomyopati er eksempler på sykdommer der kvinner har tidligere utbrudd og raskere progresjon enn menn (11–14). Alkoholbruk i svangerskapet medfører risiko for at barnet får føtalt alkoholsyndrom (15).

Sykepleiere i kommuner og alle avdelinger innen spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern må være forberedt på å utøve sykepleie til pasienter med helseskadelig alkoholbruk.

Vi vet at helseskadelig alkoholbruk henger sammen med generelt dårlig helse, mer kompleks klinisk utredning og behandling samt mer krevende styring og koordinering av helse- og omsorgstjenestene. I tillegg har den sammenheng med økt forbruk av helsetjenester og tilhørende høye kostnader.

Psykisk lidelse dobler risikoen for somatisk sykdom

Pasienter med helseskadelig alkoholbruk og psykisk sykdom har betydelig høyere risiko for også å få somatisk sykdom sammenliknet med pasienter uten psykisk lidelse. Forskning viser at ni av ti pasienter med rusbruksdiagnoser har en eller flere psykiske lidelser (17).

Intervensjoner som fremmer psykisk helse, kan bidra til at behovet for alkohol reduseres. Dermed minsker risikoen for å utvikle somatisk sykdom. Redusert alkoholforbruk kan på sin side bidra til at både den somatiske og den psykiske helsen bedres.

Sykepleieren kan i samarbeid med pasienten vurdere hvilke strategier som kan benyttes, og hvilke(t) mulige område(r), psykisk, fysisk eller sosialt, som bør prioriteres når tiltak skal utvikles og aktiviteter iverksettes.

Flere faktorer øker sjansen for somatisk sykdom

En norsk studie viser at helseskadelig alkoholbruk innebærer større sjanse for å utvikle somatisk sykdom. Kombinasjonen av å være sosialhjelpsmottaker, ha psykiske problemer og et helseskadelig alkoholforbruk øker sjansene betydelig for å få somatisk sykdom.

I Norge er mottakere av sosialhjelp på det laveste nivået i landets sosioøkonomiske hierarki, og deres livsmuligheter påvirkes av dårligere helse, mer smerte, flere og sammensatte sykdommer og høyere dødelighet (18).

Ofte vil en kombinasjon av et svakt sosialt nettverk og en vanskelig barndom og oppvekst ha ført til at mennesket også er bærer av traumatiske opplevelser og tap (19). Det å bygge en helende relasjon krever høy og sammensatt fagkunnskap, omsorg og vilje til samhandling. Respekt, tid og kontinuitet vil være forutsetninger for å tilrettelegge sykepleieinnsatsen.

Det er utfordrende å etablere en helende relasjon

På tross av at alkoholinntaket kan medføre økt risiko for somatiske sykdommer og psykiske problemer, er det ofte slik at den som har en helseskadelig rusbruk, ikke slutter med alkohol eller reduserer inntaket av alkohol.

Det anslås at færre enn 20 prosent av mennesker med helseskadelig alkoholbruk noen gang vil søke hjelp og få behandling for alkoholproblemer (20). Dette er utford-

→

rende og til ettertanke da behandling reduserer de langsiktige helseskadelige konsekvensene av alkoholbruken.

Folk med helseskadelig rusbruk kan bære på traumatiske opplevelser, tap og mistillit. En god relasjon kan ta tid å bygges opp, noe som kan bety at behandlingsrelasjonen bør vare over tid. Når en behandling som ivaretok både somatisk og psykisk helse var lett tilgjengelig for pasienten, ble behandlingsresultatene bedre for menneskene som var diagnostisert med helseskadelig rusbruk (21).

” Det kan være vanskelig å snakke med pasienter om selve alkoholbruken før en god behandlingsrelasjon er etablert.

Behandlingstilbudet må være individuelt tilpasset

Mange av menneskene med et helseskadelig alkoholforbruk blir diagnostisert første gang i akutteneheter på sykehus. Brorson og medarbeidere gikk gjennom forskning på intervensjoner som har til hensikt å bedre helsen til mennesker med helseskadelig alkoholbruk. Gjennomgangen viser at det er vanskelig å finne og iverksette behandlingsintervensjoner i somatiske sykehusavdelinger for pasienter som blir diagnostisert med helseskadelig alkoholmisbruk (22).

På de somatiske sykehusavdelingene er det faglige søkelyset som oftest primært rettet mot den akutte sykdommen eller skaden forårsaket av innleggelsen. Finansieringssystemet og innholdet i pakkeforløpene kan også bidra til at tilstander uten direkte sammenheng med innleggesdiagnose ikke utredes og behandles. Alkoholbruk kan derfor overses.

Noen klarer seg med poliklinisk oppfølging (22). For mange er imidlertid tilgjengelighet til behandling og et integrert behandlingsprogram som ivaretar somatisk og psykisk helse, komponenter som synes å gi bedre behandlingsresultater.

Et langvarig omsorgsperspektiv bør også kunne inngå som en del av behandlingen av pasienter med alvorlig

og ofte vedvarende helseskadelig alkoholbruk og somatisk sykdom. Er psykisk lidelse en del av sykdomsbildet, må det legges til rette for at utredning og behandling på sykehus følges opp med et mer varig, sammensatt og tilpasset behandlings- og omsorgstilbud.

Tilbudet må inkludere individuelt tilpassede tiltak og innsatser rettet mot både somatisk sykdom og psykisk lidelse. En god relasjon og behovstilpasset hyppighet av kontakt mellom pasienten og hjelperen er identifisert som viktig for å få god effekt av behandling og oppfølging (23).

Systematisk kartlegging er en god start

Personer med helseskadelig alkoholbruk har betydelig høyere risiko for flere og sammensatte somatiske sykdommer. Særlig utsatte er de som i tillegg har psykisk lidelse. Ved at sykepleieren tidlig identifiserer og bistår ved somatiske helseproblemer, kan det danne et utgangspunkt for at vedkommende samhandler med pasienten om tilpassede, koordinerte innsatser og målrettet behandling.

Systematisk kartlegging på sykehus av pasienters forhold til helseskadelig alkoholbruk har vist seg å være en god start for et samarbeid om å redusere helseskader som følge av høy alkoholbruk (8). Imidlertid kan det være vanskelig å snakke med pasienter om selve alkoholbruken før en god behandlingsrelasjon er etablert.

Sykepleieren kan da forsøke å ta utgangspunkt i pasientens somatiske helseutfordringer. Sykepleieren viser dermed at det er viktig å samarbeide for å fremme pasientens helse. Det kan legge grunnlaget for felles positiv fokusering, der flere og ulike helsefremmende tiltak kan diskuteres.

Pasienten kan også ha en grunnholdning som innebærer at det er mer sosialt akseptabelt og mindre stigmatiserende å ha en kroppslig sykdom, heller enn helseskadelig alkoholbruk.

Sykepleierne trenger spesialisering

Når vi vet at pasienter med helseskadelig alkoholbruk får somatiske sykdommer, og at de har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt, så har sykepleiere et særskilt ansvar. Tjenestene må ledes

og organiseres slik at sykepleierne får brukt sine ressurser og sin kompetanse målrettet.

Det må også være et samarbeid mellom tjenestene og tjenesteytere som underbygger kompetanseutvikling, koordinering av tjenester og samhandling mellom ulike faggrupper og tjenesteytere.

For å forebygge og oppdage symptomer på somatisk sykdom trenger sykepleiere innen fagområdet psykisk helse og rus en høy grad av spesialisering i psykisk helse og rus. Samtidig må de inneha kompetanse i generell sykepleie og behandling av somatiske sykdommer og skader (21).

Ved at sykepleiere identifiserer, observerer og systematisk kartlegger pasientens helse, kan de prioritere innsatsene og intervensjoner på bakgrunn av en bred faglig vurdering. En slik praktisk bruk av sykepleieprosessen fordrer høy sykepleiefaglig kunnskap, evne til ledelse og vilje til samarbeid med pasienter, pårørende og andre helseprofesjoner.

Samhandling med andre fagpersoner er nødvendig

Komplekse sykdomsbilder med flere alvorlige tilstander fører ofte til komplekse sammenhenger mellom ulike former for behandling, noe som fordrer at fagfolk med ulik kompetanse samarbeider. Medikamentene kan ha til hensikt å avhjelpe henholdsvis alkoholbruken, den psykisk lidelsen og/eller en eller flere somatiske sykdommer.

Men medikamentene kan samvirke og ha uforutsigbare effekter, noe som kan føre til uønskede reaksjoner og alvorlige konsekvenser. Sykepleieren trenger solid kunnskap om medikamentene og må være oppmerksom på og rapportere om både virkninger og bivirkninger til fastlegen (23). Sammen kan da pasienten, fastlegen og sykepleieren vurdere tiltak som bør iverksettes, vurdere effekten av disse og bli enige om eventuelle tilpasninger eller endringer.

Ernæringsfysiologer vil også kunne være sentrale samarbeidspartnere da metabolske forstyrrelser og sykdommer utgjør en betydelig helsefare.

Helsehus der fastlegen, sykepleiere med spesialistkompetanse på psykisk helse og rus, fysioterapeuter

Skader ved langvarig bruk av alkohol

Alkohol er det rusmiddelet som gir flest somatiske skadevirkninger ved langvarig høyt forbruk. Blant de viktigste skadevirkningene er følgende:

- Polyneuropati, det vil si skade på nerver i armer og bein som kan føre til nummenhet, prikking og smerter samt dårlig kontroll over gangen.
- Skade på nervevev i hjernen som kan føre til Wernickes encefalopati eller Korsakoffs psykose, som i hovedsak skyldes mangel på vitamin B1 (tiamin).
- Betennelse i spiserøret og kreft i spiserøret, blødning fra spiserøret.
- Betennelse i magesekken.
- Leverskade: fettlever, eventuelt utvikling av alkoholisk hepatitt og skrumplever (cirrhose). I Norge er det omkring 200 dødsfall årlig som følge av leverskade.
- Betennelse og kreft i bukspyttkjertelen.
- Muskelskade, inkludert skade i hjertemuskelen (kardiomyopati).
- Høyt blodtrykk. Overforbruk av alkohol er en av de viktigste kjente risikofaktorene for høyt blodtrykk.
- Hjerneslag. Høyt alkoholforbruk fører til høyere risiko for hjerneslag.
- Skader i forbindelse med ulykker og voldsutøvelse.

Kilde: Helsedirektoratet

og kliniske ernæringsfysiologer samarbeider med brukerne om å tilpasse egnede behandlingsmetoder, kan forebygge sykdom og vedvarende helsesvikt hos mennesker med helseskadelig alkoholbruk.

En god relasjon til pasienten må skapes

Helseskadelig alkoholbruk er som oftest et uttrykk for komplekse og sammensatte problemer. Folk er også ulike, slik at en behandlingsform ikke vil passe for alle. En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er et fundament å bygge et videre samarbeid på om helsefremmende tiltak (23).

Sykepleiere skal vurdere behandlings- og omsorgs-



tiltak i en kontekst som bygger på et godt, målrettet samarbeid med pasienten. Slik vil arbeidet med å finne frem til gjennomførbare og individuelt tilpassede tiltak kunne styrke pasientens opplevelse av egenverdi og tro på at tiltakene kan hjelpe. Med en god relasjon som fundament kan også ulike behandlingsmetoder identifiseres, besluttes, prøves ut, vurderes og evalueres.

” Når sykepleieren legger til rette for et respektfullt samarbeid med pasienten, er det i seg selv et viktig helsefremmende arbeid.

Det å jobbe sammen med pasienten for å komme frem til realistiske mål er et samspill som fordrer en respektfull tilnærming, innsikt og forståelse. Ofte vil pasienten gjerne legge listen høyt for å vise vilje til å redusere alkoholbruken og for å få positive tilbakemeldinger fra sykepleieren (24).

Når sykepleieren legger til rette for et respektfullt samarbeid med pasienten, er det i seg selv et viktig helsefremmende arbeid. Det er også viktig å justere målene slik at pasienten faktisk opplever mestring.

Pasientens følelse av mestring kan bidra til høyere motivasjon for endring, som igjen kan styrke individets selvfølelse, og som igjen er viktig for den psykiske helsen. Hvis den psykiske helsen bedres, kan pasienten lettere ta kontroll over alkoholinntaket, noe som igjen kan redusere risikoen for somatiske sykdommer.

Noen trenger langtids- og vedlikeholdsbehandling

Internasjonal forskning viser at rundt regnet halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før det var planlagt (21, 22). Avbrutt behandling har betydelige negative konsekvenser for pasientene med en helseskadelig alkoholbruk.

Frafall fra behandling gir større risiko for tilbakefall, juridiske og økonomiske vanskeligheter, dårlig helse og i verste fall økt alkoholbruk. En av de mest konsistente

faktorene for et gunstig resultat på tvers av all rusbehandling er å fullføre behandlingen (23, 25, 26).

En god allianse mellom sykepleieren og pasienten øker sannsynligheten for at behandlingen skal føre til bedring. Det betyr at hvis sykepleierne kan støtte og hjelpe pasienter med å redusere eller avslutte den skadelige alkoholbruken, vil det gi bedre livskvalitet for pasienten og de nærmeste, og være positivt for samfunnet generelt.

I et slikt perspektiv kan det være hensiktsmessig å vurdere en reduksjon av helseskadelig rusbruk som langtids- og/eller vedlikeholdsbehandling.

Pasienter med helseskadelig alkoholbruk, somatisk sykdom og psykisk lidelse trenger sykepleiere som iakttar og observerer det kroppslige uttrykket, som omfatter alt fra kroppsoverflaten, sår, svette, hudfarge, aktivitetsnivå med mer samt endringer i kroppslige bevegelser, ganglag, blikk, lyder og stillinger.

Alle disse faktorene kan være tegn eller symptomer på hvordan helsetilstanden er. Det er også viktig at sykepleierne har fått kunnskap og trening som setter dem i stand til å oppfatte, vurdere, forstå og handle i henhold til pasientens behov (26, 27).

Når sykepleiere med kompetanse i psykisk helse og rusbehandling har et langtidsperspektiv på behandling, kan de støtte og veilede, være tett på pasienten i utfordrende faser og ha en mer perifer rolle i perioder når pasienten selv mestrer hverdagen. I tett samarbeid med pasienten og fastlegen kan sykepleierne observere og behandle pasientens helseutfordringer relatert til somatisk helse, psykisk helse og rusbruk.

Sykepleierens holdninger preger relasjonen

Sykepleier-pasient-interaksjon er et sentralt element i utøvelsen av sykepleie (28). Vi sykepleiere må kontinuerlig utfordre og bearbeide våre egne tanker, følelser og atferd slik at vi utøver sykepleien respektfullt, og derved ivaretar verdigheten til den hjelpetrengende. En kritisk selvrefleksjon er en viktig forutsetning for læring og utvikling (28).

I en travel hverdag kan vi bli en forlengelse av samfunnets stigmatiserende holdninger til mennesker med helseskadelig alkoholbruk. Kunnskap, refleksjon,

fagligediskusjoner, kunnskapspåfyll, veiledning og mentoring er tiltak som kan motvirke slike holdninger, og forebygge følelsen av avmakt og redusere risikoen for å bli utbrent.

Da kan vi dele følelsen og den ofte tunge børen det er å bli en del av lidelsen til våre medmennesker, i et støttende, kollegialt fellesskap. ■

” Rundt regnet halvparten av pasientene i rusbehandling avslutter behandlingen før det var planlagt.

Referanser

1. Jesse S, Bråthen G, Ferrara M, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2017;135(1):4–16.
2. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD, et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. 2018;392(10152):1015–35.
3. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(7):1091–8.
4. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2006;41(9):713–9.
5. Folkehelseinstituttet. Ruslidelser i Norge. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/> (nedlastet 25.02.2021).
6. Agabio R, Pisanu C, Luigi Gessa G, Franconi F. Sex differences in alcohol use disorder. *Current Medicinal Chemistry*. 2017;24(24):2661–70.
7. Roberts E, Morse R, Epstein S, Hotopf M, Leon D, Drummond C. The prevalence of wholly attributable alcohol conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*. 2019;114(10):1726–37. DOI: 10.1111/add.14642
8. Lid TG, Tvedt H, Ildsoe BN, Hustvedt IB, Nesvåg S. Innlagt på somatisk avdeling – er det greit å bli spurt om alkoholvaner? *Sykepleien Forskning*. 2020;15(80932):(e-80932). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.80932
9. Thygesen LC, Mikkelsen P, Andersen TV, Tønnesen H, Juel K, Becker U, et al. Cancer incidence among patients with alcohol use disorders – long-term follow-up. *Alcohol and Alcoholism*. 2009;44(4):387–91.
10. Howard AA, Arnsten JH, Gourevitch MN. Effect of alcohol consumption on diabetes mellitus: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*. 2004;140(3):211–9.
11. Sutherland GT, Sheedy D, Kril JJ. Neuropathology of alcoholism. *Handb Clin Neurol*. 2014;125:603–15.
12. Alfonso-Loeches S, Pascual M, Guerri C. Gender differences in alcohol-induced neurotoxicity and brain damage. *Toxicology*. 2013;311(1–2):27–34.
13. Fernández-Solà J, Nicolás-Arfelis JM. Gender differences in alcoholic cardiomyopathy. *The Journal of Gender-Specific Medicine: JGSM*. 2002;5(1):41.
14. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(3):e290–9.
15. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review*. 2010;29(4):437–45.
16. HelseDirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. 6.8.2 Skader ved langvarig bruk av alkohol. Oslo: HelseDirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/6-utredning/6.8-utredning-av-somatikk/6.8.2-skader-alkohol> (nedlastet 24.02.2021).
17. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Primary and secondary substance misusers: Do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*. 2003;38(1):54–9.
18. Løylund B, Hermansen Å, Dahl E, Wahl AK. Differences in income trajectories according to psychological distress and pain: a longitudinal study among Norwegian social assistance recipients. *Scand J Public Health*. Jul. 2020. DOI: 10.1177/1403494820939812



19. Hingray C, Cohn A, Martini H, Donné C, El-Hage W, Schwan R, et al. Impact of trauma on addiction and psychopathology profile in alcohol-dependent women. *European Journal of Trauma and Dissociation*. 2018;2(2):101–7.
20. Oleski J, Mota N, Cox BJ, Sareen J. Perceived need for care, help seeking, and perceived barriers to care for alcohol use disorders in a national sample. *Psychiatric Services*. 2010;61(12):1223–31.
21. Boniface S, Malet-Lambert I, Coleman R, Deluca P, Donoghue K, Drummond C, et al. The effect of brief interventions for alcohol among people with comorbid mental health conditions: a systematic review of randomized trials and narrative synthesis. *Alcohol and Alcoholism*. 2017;53(3):282–93.
22. Brorson HH, Arnevik EA, Rand-Hendriksen K, Duckert F. Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(8):1010–24.
23. Simioni N, Cottencin O, Rolland B. Interventions for increasing subsequent alcohol treatment utilisation among patients with alcohol use disorders from somatic inpatient settings: a systematic review. *Alcohol and Alcoholism*. 2015;50(4):420–9.
24. Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2014;135:9–21.
25. Rehm J, Shield K, Gmel G, Rehm M, Frick U. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*. 2013;23(2):89–97.
26. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten. *Sykepleien*. 2019;107(74841):e-74841. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2019.74841
27. Fause Å, Lyngved K, Rolland EG, Bremnes O. Tverrfaglige masterutdanning i psykisk helse og rus. Rapport. Oslo: NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/fjm91YgWq771-GEuTtes6kUxhfsW0JcJw3KiqNBMPU2kkmC6Nl1.pdf> (nedlastet 17.02.2021).
28. Shattell M. Nurse – patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(6):714–22.

Annonse



Bursdagsgaven som redder liv

En gave til Leger uten Grenser kan være et godt og livsviktig alternativ i forbindelse med **bursdagsfeiring**.

Ring oss på tlf **21 04 24 52**, eller gå inn på www.legerutengrenser.no.
Kontonummer: **5005 06 36728**

Merk innbetalingen med navn på jublant, samt navn på giver(e) av gaven.



TILTAKENE SOM LEGGER ÅR TIL LIVET

Kosthold, mosjon og søvn er grunnsteinene som må på plass, og pasientene må få hjelp til å håndtere sykdom. Først da kan psykisk syke skal få bedre helse.

Fysisk trening endrer hormonproduksjonen. Det hjelper når man skal trappe ned medikamenter. Møt pasienter på Hurdalsjøen Recoverycenter.

SIDE 56

Mange psykisk syke står på medikamenter som påvirker hverandre, doser og indikasjoner som ikke er anbefalt. Her finner du spørsmålene som må stilles for å gjøre en god medikamentgjennomgang.

SIDE 68

Når pasienten ikke vil møte til behandling for somatisk sykdom.

SIDE 78



VARMER OPP: Noen går, noen løper før styrketreningen. Instruktør Vegard Skaarud nummer to fra venstre. Sykepleierstudent Gullbjørg Hadland (i grå genser) har praksis.

Mer trening, mindre medisiner

Les hvordan oppholdet på Hurdal-klinikkene reddet Christopher, Marius og Teresa.



Tekst og foto **Marit Fonn**

– Dette oppholdet har redda meg, sier Christopher. På recoveryklinikken setter pasientene sine egne mål. De fleste vil trappe ned på medisinene.

Recoveryklinikene i Hurdal

- Drives av det private helseforetaket Recoveryakademiet AS.
- Spesialisthelsetjeneste innen psykisk helse, godkjent som fritt behandlingsvalg.
- Består av klinikkene Haraldvangen og Hurdalsjøen Recoverycenter, som ligger på Øvre Romerike i Viken fylke.
- Medisinfri behandling med fysisk trening, sunt kosthold og livsmestringsprogrammet Illness management and recovery (IMR).
- 60 plasser, hvorav fire er for tvungent psykisk helsevern.

– **Dette er det beste** som har skjedd meg. Hånden på hjertet, sier Christopher. Han har vært inn og ut av psykiatrien siden han var tenåring. Nå er han 30.

Han kom til Haraldvangen i Hurdal fordi han ville trappe ned på medisinene.

Christopher er akkurat ferdig med lunsjen i kantinen. Hurdalsjøen er bare noen meter unna, omgitt av skog. Vi er i Viken fylke, en times kjøretur fra Oslo.

– Jeg brukte hele apoteket

Christopher hadde med seg en bærepose med medisiner hit, forteller han.

” Pillene hadde vært krykkene mine i alle år.

Christopher, pasient

– Jeg brukte hele apoteket, alt mulig rart. En miks av psykofarmaka, beroligende og stemningsregulerende.



FORVANDLING: – Da du kom hit, satt du på en stol og så ut i lufta. Nå er du deltakende og sosial, sier sykepleier Heidi Sollie til Christopher. Han er enig.

Haraldvangen er en av to recoveryklinikker i Hurdal som gir medisinfri behandling. Det vil si at pasientene får hjelp til å trappe ned eller avslutte medisineringen.

Bærebjelkene i tilbudet er fysisk aktivitet, sunt kosthold og et kurs i livsmestring.

Pillene hadde vært krykkene hans

«Du er overmedisinert», sa legen da Christopher kom for ni uker siden. «Gjør meg frisk!» svarte Christopher.

Han gjorde kort prosess: Trappet ned de tre første nettene.

– Var du så sikker?

– Jeg var livredd. Pillene hadde jo vært krykkene mine i alle år.

Men han ville likevel.

– Jeg har trappet ned på alt. Det jeg står på nå, stabiliserer meg.

Inspirert av «Helene sjekker inn»

Vendepunktet var tv-serien «Helene sjekker inn». Episoden i mai 2020 handlet om pasienter på Hurdal-klinikkene. Christophers foreldre mente han burde se den.

– Da jeg så programmet, sa jeg: «Dit vil jeg!»

For han hadde kroniske hallusinasjoner, pluss angst. Nå så han en sjanse til å komme ut av det.

Årsaken til at det hadde gått så langt, mener han er dårlige behandlere:

– Pillehelvetet begynte da jeg var 19. Det er så lett å skrive ut en pille. Men det er ikke alltid beste løsning.

Han tok 17 antipsykotika-tabletter i døgnet.

– Nå har jeg to. Jeg brukte sju Vival. Nå bruker jeg tre.

En stund veide han 125 kilo. Nå veier han 70.

Var kvalm og så dobbelt

– Hvordan var egentlig de døgnene med nedtrapping?

– Forferdelige. Kroppen ropte etter Vival. Jeg var svimmel, kvalm, jeg så dobbelt. Men jeg ble meg sjøl.

Han utdypet:

– Nå kunne jeg begynne å prate om det jeg før ikke hadde fått lov til å prate om. Det var som å få en befrielse. Før hadde jeg fått piller for det vanskelige.

Christopher er litt over halvveis i oppholdet når Sykepleieren er på besøk. Han føler seg bedre også fysisk.





BADERE: Treningen avsluttes ofte med et bad. Også om vinteren. Birgitte, David og Katrine er blant de ivrigste.

Her får han sunn og variert husmannskost. Og mosjon hver dag.

– Jeg liker best turene i skogen.

– Du var helt i tåka

Sykepleier og virksomhetsleder Heidi Sollie har sittet og hørt Christopher fortelle.

– Da du kom hit, var du helt i tåka, sier hun til ham.

”

Da du kom hit, var du helt i tåka.

Heidi Sollie, sykepleier

– Du satt på en stol og så ut i lufta. Nå er du deltakende og sosial.

Christopher er enig i beskrivelsen.

Hver dag deltar han i en gruppe for å lære om livsmestring. Der bruker de det psykoedukative verktøyet *Illness management and recovery* (IMR).

For tiden lærer de om psykoselidelser, schizofreni og bipolar lidelse.

– Ved å forstå diagnosen kan vi bli kvitt den. Vi kan få et sunnere liv. IMR utfordrer oss alle sammen, sier han.

– Vi er som en liten familie

Gruppene ledes av ansatte, som kan være sykepleiere, vernepleiere eller sosionomer. Flere har selv vært pasient eller pårørende i psykiatrien. Men det er pasientene som driver arbeidet frem og setter personlige tilfriskningsmål for oppholdet.

– *Hvordan er det å være i gruppe?*

– Vi forstår hverandre og backer hverandre. Vi er som en liten familie. Spør «Hvordan går det med deg?».

– Du stiller opp og er omsorgsfull, sier Sollie.

– Jeg vil behandle andre som jeg vil bli behandlet selv, parerer Christopher.

Nå klarer han å hygge seg med en bok eller se tv om kvelden.

– Jeg har aldri hatt det så bra. Dette er en investering for livet. Det har redda meg.

Han ser seg rundt i den lyse kantinen.

– Det er så fritt her. Så åpent. Jeg er vant til gitter i psykiatrien.

Nå vil han prøve å få seg en utdanning.

– *Hva er det viktigste du har lært her, som du tar med deg videre?*

Christopher tenker seg om noen sekunder.

– Å leve med meg sjøl.

– Passer ikke for de aller sykeste

Etter at «Helene sjekker inn»-episoden ble vist på tv, kom det mange søknader om plass.

– Vi måtte avslå mange. Nå har det roa seg, sier Heidi Sollie.

Ventetiden er nå fire uker, ifølge Fritt behandlingsvalg.

Sollie er med i inntaksteamet.

– Fritt behandlingsvalg passer ikke for de aller sykeste som trenger veldig mye oppfølging. Oppholdet krever mye av pasienten, de må klare å delta i fellesskapet, sier Sollie.

– Det passer ikke for dem som har hatt mye traumer, sjølskading og dissosiative lidelser, eller for dem med store hjelpebehov og vansker med å fungere i dagliglivet.

Bruker egne erfaringer

Sollie har erfaring som pårørende og har blant annet videreutdanning i dialogisk praksis.

– Flere i personalet har egenerfaringer og relevant utdanning. Det er i tråd med god recoverybehandling.

Hun har vært ruskontakt og helsesøster i hjemkommunen i Valdres.

– Det er uaktuelt for meg å jobbe på ordinær post på sykehus. Å jobbe i en kommune, derimot, er automatisk recovery, mener Heidi Sollie.

– Vi bryter bobla med fysisk trening

Vegard Skaarud er treningsinstruktør på Haraldvangen tre dager i uken.

– Vi bryter bobla med fysisk trening, forteller han.

– Det er veldig skadelig å gå i den samme mentale tilstanden når du er psykisk nede. Det hjelper å få litt annen hormonproduksjon.

– *Endorfiner?*

– Ja. De får kjenne fysisk glede. Når kroppen kjennes bedre, kjennes ofte også hodet bedre.

Skaarud legger til:

– Mange her har vært veldig inaktive. Noen er overvek- tige, andre er i den andre delen av skalaen.

Fire ganger friskere

Denne onsdagen er det styrketrening på programmet. Noen går, andre løper på oppvarmingsrunden opp og ned lia. Så samles de i en sirkel på gressplenen. Der går det i armhevninger, knebøy og diagonalstrekk. Godt guidet av en oppmuntrende Skaarud.

Mandager og fredager er det intervalltrening: Gå eller løpe i fire minutter. Fire ganger, med pause mellom øktene.

– Flere har aldri trent før. For ikke å skremme dem kaller vi treningen for «fire ganger friskere», sier Skaarud, som ellers jobber som naprapat.

Yoga og tur er også på repertoaret.

– Vi har noen solskinnshistorier. Noen har endret livsstilen helt. Men vi skal ikke gjøre alle om til idrettsut- øvere. Målet er å bygge gode rutiner som de kan ta med seg videre, sier Vegard Skaarud.

Recovery: Mulig å leve godt med psykiske problemer

– Vi var først ut med medisinfri behandling i Norge. Og i verden, sier Ole Andreas Underland, administrerende direktør ved Recoveryakademiet.

Han er utdannet psykiatrisk sykepleier og tar fortsatt vakter i klinikken.

– De som ikke har effekt av medisiner, skal også ha et tilbud.

Han forteller at 70 prosent av pasientene deres vil re- dusere eller slutte med psykoaktive stoffer.

– En tommelfingerregel i recoveryarbeidet er å anskueliggjøre at det er mulig å leve et godt liv med psy- kiske helseproblemer. Å gi pasienten håp.

Recovery kan oversettes med tilfriskning eller gjen- vinning.

– *Hva legger du i recovery?*

– At mennesker skal settes i stand til å håndtere sine problemer med egne ressurser. Vi er opptatt av hva som

Medisinfrie behandlingstilbud

I 2015 fikk de regionale helseforetakene oppdrag fra Helsedepartementet:

- Pasienter i psykisk helsevern skal (...) kunne velge mellom ulike behandlings- tiltak, herunder tiltak uten medika- menter.
- Tilbudet utformes i samarbeid med brukerorganisasjonene.

Psykoedukativ behandling

Behandling av psykiske lidelser ved hjelp av pedagogiske prinsipper. Pasienten lærer teori om lidelsen og hva pasienten selv kan gjøre.

Kilde: Store medisinske leksikon



STYRKER MUSKLENE: Her er det øvelser for alle kroppsdeler. Hver onsdag.

holder deg frisk, ikke det som gjør deg sjuk, sier Under- land.

– Intervalltrening gir best effekt

Pasientene opplever ofte at det er under den fysiske treningen de først kjenner seg friskere, ifølge Underland.

– Trening er et veldig viktig tiltak for å forebygge livs-



STYRKETRENING: Det aller meste av treningen foregår nå ute.





stilssykdommer, som pasienter i den tradisjonelle psykiatrien sliter med, sier han.

Medisinering, røyking og inaktivitet medvirker til det.

– Intervalltrening, som vi tilbyr her, er det som har best dokumentert effekt på hjertemuskelen og oksygenopptaket.

– Tvangsmedisinering er det verste

Pasientene oppholder seg på Recovery-klinikkene i fire måneder i gjennomsnitt.

– Vet dere hvordan det går med dem når de drar fra dere?

– Det de får hos oss, er et kurs i å mestre livet. Men mange ringer oss etterpå og spør oss om råd, sier Underland.

Før pasientene drar, sjekker de at pasientene har et nettverk på hjemstedet.

– Ofte er det en forskjell på det pasienten vil, og det omgivelsen er vant til. En person ønsker kanskje å leve med en mani, uten å bli tvangsinnlagt, men pårørende er skeptiske. Da er det viktig å finne ut hvorfor pasienten vil ha det slik. Mange vil svare at det verste som kan skje, er å få en sprøyte i rumpa, sier Underland.

– Unødvendig bruk av tvang er det største problemet i norsk psykiatri. Og det pasientene opplever som det største overgrep, er tvangsmedisinering.

– Må krangle seg til et fritt behandlingsvalg

– Hva strever dere mest med?

– At mange bruker altfor mye tid og krefter for å komme til oss. Pasienter ringer og sier at de ikke får komme hit, de må krangle seg til det. Fritt behandlingsvalg er en rettighet, men den offentlige psykiatrien mener veldig ofte hva som er best for pasienten uten å ta hensyn til pasientens ønske.

– Å få en diagnose og bli satt på medisin er oftest regelen der. Her er det pasientene som har makten over seg selv, sier Underland. ■



HVA SKAL TIL? – Må jeg komme med sprøyter i armen før jeg kan få døgnbehandling, lurte jeg, forteller Marius Erlandsen.

Tekst og foto **Marit Fonn**

– Her er det faste måltider, og jeg sover til og med godt

Det tok tid for Marius Erlandsen å innrømme at han var avhengig av å ruse seg. Så begynte kampen for å få døgnbehandling.

– **Jeg har hatt** angst i ti år. Alkoholtrigget, forteller Marius Erlandsen (29).

Derfor har han fått antidepressiva. Og benzodiazepiner. Og blitt avhengig.

– Jeg innrømmet for meg selv at jeg var rusavhengig før jul i 2019.

Når Sykepleien treffer ham, har han nylig kommet til recoveryklinikken Haraldvangen.

– Det har vært en kamp, forteller bergenseren, som i flere år har jobbet som ambulansarbeider.

Strittet først imot antidepressiva

Det var et panikkanfall som fikk ham til å begynne med piller. Han hadde strittet imot, selv om legen lenge hadde tilbudt ham antidepressiva for angsten. Nå takket han ja. Også til Sobril, slik han ble anbefalt.

– Jeg følte meg jo maktesløs, sier han.

Marius Erlandsen var på avrusing i ni døgn.

– Men det er jo altfor kort tid til å bli bra. Så fikk jeg dagbehandling.

Det hjalp ikke. Da venner konfronterte ham, begynte han i *Anonyme Narkomane* og bekjente sin avhengighet.

– Men jeg ble ikke bedre. Må jeg komme med sprøyter i armen før jeg kan få døgnbehandling, lurte jeg. Jeg følte at jeg ikke ruset meg nok. Det er herfra min kamp begynner.

– Fastlegen var superenig med meg

Han gikk til avdeling for rus i Helse Bergen sommeren 2020.

– Jeg sa: «Jeg er rusavhengig, jeg trenger døgnbehandling.»

Han fikk høre at det var ikke så lett.

– Men min onkel hadde fortalt at jeg hadde krav på det. Og fastlegen var superenig med meg, forteller Erlandsen.

Han opplevde også støtte fra folk i rusavdelingen. Men vurderingsteamet i Helse Bergen sa nei.

Han kom ingen vei. Hele familien var fortvilet.

– Da spurte kjæresten til min fetter: «Har du hørt om Hurdalsjøen?» Da jeg så «Helene sjekker inn» på tv, bestemte jeg meg etter to minutter.

Recoveryklinikken var midt i blinken for ham.

Rettighetsvurdering

Pasienten må være rettighetsvurdert før en leverandør av fritt behandlingsvalg utreder eller behandler pasienten. Vurderinger kan gjøres av helseforetak og enkelte som helseforetaket har avtale med.

Kilde: *helfo.no*

Ingen kunne hjelpe

Marius Erlandsen fikk høre at han trengte en godkjenning og tenkte at det kunne fastlegen ordne.

Men det han måtte ha, var en rettighetsvurdering gitt av en psykiater eller psykologspesialist i et helseforetak.

– Jeg trengte bare en underskrift, men fikk en i trynet, sier han.

” Jeg hylgren. Jeg hadde jo rett på døgnbehandling!

Marius Erlandsen, pasient

Fastlegen kunne ikke hjelpe med det. Heller ikke legevakten. Og distriktspsykiatrisk senter (dps) avviste ham fordi han fikk behandling på poliklinikk.

Også rusklinikken i Helse Bergen sa nei.

– Jeg hylgren. Jeg hadde jo rett på døgnbehandling!

Advokaten ordnet opp

Han kontaktet recoveryklinikken i Hurdal og fikk tips om en advokat. Han ringte henne.

– Hun var så forståelsesfull og hørte på det jeg fortalte. Sa sånt som «Å herregud, sa han virkelig det?». Hun visste hva jeg hadde rett på, sier Marius Erlandsen.

Det tok to uker, så var vurderingserklæringen ordnet.

– Da skrek jeg av glede. Midt i Bergen sentrum. Jeg ringte far og farfar, som alltid har støttet meg. De ble så glade. Det endte med at overlegen på dps-en som skrev under, sa unnskyld fordi de først hadde avvist meg, sier Erlandsen.



Ventetiden var åtte uker.

– Det var greit, for nå hadde jeg en dato. Livet var fantastisk. Jeg visste at nå ordner det seg.

Har gått opp ti kilo

Noen uker senere snakker Sykepleien med ham på telefon:

– Jeg har gått opp ti kilo, til normalvekt.

Fra 53 til nesten 65.

– Jeg ser frisk og fin ut, får jeg høre.

Erlandsen trener og får servert variert mat.

– Her er det faste måltider og rutiner. Jeg sover til og med godt.

Han har fått byttet til seg et rom med utsikt mot sjøen.

– Helt rette måten å gjøre det på

Oppholdet er på fire måneder, men det kan forlenges med noen uker hvis han føler han trenger det.

– Dette er helt rette måten å gjøre det på. Det er ikke alltid jeg er superbequem med det sosiale på grunn av angsten. Men jeg tar kontroll. Jeg kan alt om den, vet at den ikke er farlig og at jeg må «face» den, ellers vinner den, sier han.

– Her føler jeg meg ikke presset til noe.

Erlandsen liker best å gå turer og jogge, men har bestemt seg for at han skal være med på yoga også.

Padle kajakk er dessuten et alternativ. Og golf og bordtennis.

– Jeg er glad for at jeg har sluttet å drikke. Noen som er avruset, tror de kan drikke litt. Det er å lure seg sjøl.

Etter hvert kan han tenke seg å jobbe innen rus og psykisk helse.

– Jeg vet at hvem som helst kan rammes. Jeg har vært på begge sider. Jeg har hjulpet folk i ambulansen en god stund. Nå vil jeg hjelpe på en annen måte. Det er mitt kall, sier Marius Erlandsen. ■

Tekst og foto **Marit Fonn**

– Jeg er blitt mer våken og føler mer

Da Teresa Clausen trappet ned på medisinene selv, fikk hun hallusinasjoner. Nå har hun fått hjelp til å gjøre det i riktig tempo.

– **Jeg følte at** jeg bare eksisterte, sier Teresa Clausen (51) om årene med stort pilleforbruk.

Nå har hun vært her på Hurdalsjøen recoverycenter i 4,5 måneder og skal bli tre uker til.

Det var en venninne som først hadde hørt om klinikene i Hurdal. Kanskje noe for Teresa? Hun hadde hatt lyst til å trappe ned på medisinene i mange år.

«Nei, det går vel ikke», tenkte Teresa. Men da hun så hvordan opplegget var på tv i «Helene sjekker inn», tenkte hun: «Det kan jo gå.»

– Jeg kranglet først med distriktspsykiatrisk senter. Så sa de ja. De kunne bare tilby et par uker for å trappe ned. Det ville jo aldri gått.

– Jeg la på meg veldig mye

Teresa Clausen har vært avhengig av medisiner i 19 år.

– Masse medisiner. Og høye doser. Angstdempende, psykofarmaka, beroligende, sovemedisin, stemningsstabiliserende.

– *Hvilke bivirkninger hadde du av alle medisinene?*

– Vondt i hodet. Kvalm. Vondt i leddene. Svimmel. Noia-følelse. Mistet søvnen. Jeg la på meg veldig mye.

Trappet ned i fire måneder

Da hun kom hit, ville hun ta bort alt av medikamenter. «Nei, begynn med denne ene», sa legen.

Han hadde funnet ut at to av medisinene krasjet: Den stemningsstabiliserende ga 40 prosent mindre virkning for den antipsykotiske.



VIL TILBAKE: Teresa Clausen er snart ferdig med oppholdet på recoverycenteret. Men hun vil søke seg inn på nytt for å trappe ned mer. – Neste gang blir det verre, sier hun.

Nå har hun trappet helt ned på én medisin, den stemningsstabiliserende.

– Litt og litt om gangen. Det har tatt meg fire måneder å ta den vekk.

Alltid noen å snakke med

– Hvordan har nedtrappingen vært?

– Huh! Skikkelig opp og ned. Bivirkninger og mye å kjenne på. Derfor er det bra å være her. Det føles så trygt.

– Mye å kjenne på – hvordan er det?

– Her kan jeg ta tak i noen for å snakke når jeg har det dårlig. Og vi som er her over tid, blir godt kjent med hverandre. Alt blir mye tryggere.

Teresa Clausen vil søke om et nytt opphold, for hun vil trappe ned på antipsykotika også.

– Da blir det tøffere tak. Jeg vil gjøre det likevel, sier hun.

Trappet ned selv – fikk hallusinasjoner

Hun har prøvd å ta vekk medisinene selv.

– Det var ikke så smart, forteller hun.

– Hva skjedde?

– Oi! Hallusinasjoner. Jeg hørte og så ting, ble paranoid. Jeg prøvde å trappe ned på en sunn måte, men det er aldri det rette tidspunktet å trappe ned.

– Hvis du ikke hadde trappet ned, hvordan ville du hatt det da?

– Da ville jeg bare eksistert.

Brakk ankelen på tur

Hun var godt i gang med treningen, som er en del av tilbudet her. Men på en av turene skled hun og fikk tre brudd i ankelen.

– Da jeg måtte på sykehus, var jeg mest redd for at jeg ikke fikk komme tilbake hit. Men det var ikke noe problem, heldigvis.

Etter seks uker ble hun kvitt gipsen. Når klarer hun seg med en krykke.

Hun visste ikke at livsmestringskurs var en del av behandlingen.

– Har du lært noe nytt om deg selv?

– At jeg må tørre å stole på folk. Og på meg selv. Folk tror jeg er sosial. Jeg er ikke det. Jeg er bare blitt mer våken og føler mer. Her treffer jeg folk og får mange venner. Noen vil jeg holde kontakt med.

Teresa Clausen skal snart reise til Spania med sin bror og håper på å treffe sin søster, som hun ikke har sett på halvannet år.

– Jeg bor i omsorgsbolig, så jeg er heldigvis ikke alene. Jeg syns synd på dem som bor hjemme for seg selv, sier hun. ■

” Jeg mistet søvnen og la på meg veldig mye.

Teresa Clausen, pasient



Dag Kristen Solberg
Fagsjef psykiatri, Divisjon
psykisk helse og rus, Akershus
universitetssykehus



Helge Refsum
Professor emeritus dr.med.,
Senter for psykofarmakologi,
Diakonhjemmet Sykehus



Liv Tellsgard
Avdelingsleder, Bærum helse
og friskliv, Bærum kommune

Bruk av psykofarmaka må følges opp tverrfaglig og systematisk

Pasienter med psykiske lidelser har ofte et stort forbruk av legemidler, noe som kan føre til både bivirkninger og terapivikt.

Nøkkelord

• Psykisk helse • Legemidler

Hovedbudskap

Pasienter med psykiske lidelser behandles ofte med legemiddelkombinasjoner som ikke er dokumentert, i doser som ikke er anbefalt, og på ikke-godkjent indikasjon. Terapivikt og bivirkninger er vanlig. God legemiddelbehandling inkluderer tverrfaglig oppfølging, med rapportering av virkninger og bivirkninger. I denne artikkelen presenterer vi ti spørsmål som kan være til hjelp i oppfølgingen av pasienter som bruker psykofarmaka.

Doi-nummer

10.4220/Sykepleiens.2021.86136

Psykiske lidelser er ofte kroniske og har et svingende forløp. Pasienten er gjerne i kontakt med flere behandlere og flere behandlingstilstander. Mange pasienter i psykisk helsevern er kritiske til å bruke legemidler. Dette kan skyldes tidligere negative erfaringer og/eller negative holdninger fra pårørende og medpasienter. For noen blir et ønske om å være frisk også et ønske om ikke å bruke legemidler.

Medisinfri behandling er blitt et mål for både myndigheter og pasientorganisasjoner. I tillegg til behandling mot psykiske lidelser behandles denne pasientgruppen også ofte med medisiner mot smerter, uro, søvnvansker og fordøyelsesbesvær. Pasienter med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske lidelser, og en stor andel av pasientene bruker rusmidler. Pasienter med psykiske lidelser har derfor høy risiko for stort forbruk av legemidler, som kan føre til både bivirkninger og terapivikt.

Legemiddelproblemer har sammensatte årsaker

Det finnes lett tilgjengelige behandlingsanbefalinger

for psykiske lidelser, og det er utarbeidet retningslinjer og indikasjoner for hvert enkelt legemiddel (1). Likevel vil alle som jobber klinisk, kjenne til mange tilfeller der pasienter med psykiske lidelser behandles med legemiddelkombinasjoner som ikke er dokumentert, i doser som ikke er anbefalt, og på ikke-godkjent indikasjon. I andre tilfeller blir pasienter ikke friske til tross for at indikasjoner og doseanbefalinger blir fulgt.

Årsakene til legemiddelproblemer er sammensatte. Problemer som ikke lar seg løse ved å følge de etablerte retningslinjene og doseanbefalingene, kan føre til at det skrives ut høyere doser, eller at flere legemidler legges til. Bivirkninger behandles ofte ved å gi flere legemidler. For å forebygge legemiddelproblemer må pasientene følges opp med fokus på både positiv behandlingseffekt og negative konsekvenser av behandlingen.

Når det blir vurdert at det er legemiddelbehandling som gir størst sannsynlighet for å lindre pasientens plager, skal den behandlingen som er den beste for den enkelte pasienten, velges. Behandlingen skal være persontilpasset. Behandlingen skal følges opp tverrfaglig, med rapportering av virkninger og bivirkninger til den behandlingsansvarlige. Oppfølgingen skal være systematisk, og behandlingssvikt og bivirkninger skal rapporteres, så den behandlingsansvarlige kan gjøre nødvendige endringer.

Her følger ti spørsmål det er viktig å stille når man følger opp pasienter som bruker psykofarmaka:

1. Hva er målet for behandlingen?

Kontakt med behandlingsapparatet og miljøterapeutiske tiltak vil bedre symptomene for de fleste pasientene. Pasienter som blir behandlet med legemidler, skal bli bedre enn de ville blitt uten legemidler. Behandlingsmålet bør være godt kjent for dem som følger opp pasienten i behandlingsperioden.

Det er likevel verdt å merke seg at litium, stemningsstabiliserende legemidler og antipsykotika i stor grad gis for å forhindre tilbakefall, og at stabilitet derfor kan være et godt behandlingsmål.

2. Hva ønsker pasienten?

Legemiddelbehandling er effektiv ved mange psykiske lidelser. Ved alvorlig depresjon og angst er det vist at antidepressive legemidler har bedre effekt enn placebo (2, 3). Stemningsstabiliserende legemidler forebygger mani og depresjon ved bipolar lidelse (4). Selv om det er vanskelig å utføre gode sammenliknbare studier, er det antatt at psykofarmaka har omtrent samme effekt som psykoterapi ved moderate angst- og depresjonslidelser (5).

Det er imidlertid vist at hvis pasientene selv får velge mellom psykoterapi og legemiddelbehandling, er effekten av behandlingen bedre enn om behandlingen blir bestemt av legen alene (6). Hvilken behandling pasienten har tro på, er derfor viktig for prognosen og avgjørende for en persontilpasset behandling.

Det kan være lettere for en pasient å gi uttrykk for egne holdninger til legemiddelbehandling i samtaler med sykepleiere på sykehusavdelinger eller miljøterapeuter i behandlingsmiljøer enn til legen. Oppfølging av legemiddelbehandling har best sjans til å lykkes dersom den er tverrfaglig og det er god kommunikasjon mellom alle faggrupper som er involvert i behandlingen.

3. Tar pasienten legemiddelet som forskrevet?

Studier av etterlevelse har vist at opptil 50 prosent av pasientene ikke tar antidepressive legemidler slik legen har forskrevet (7). Mange pasienter slutter underveis i behandlingen, mens andre ikke begynner med legemidlene overhodet.

Lav etterlevelse (*compliance*) er et problem ved all legemiddelbehandling, men trolig spesielt for psyko-



farmaka. Bivirkninger, høy alder, dårlig oppfølging av behandlerapparatet, tidligere autoseponering, komorbiditet og kommunikasjonsvansker, for eksempel ved at norsk ikke er opprinnelig morsmål, gir lav etterlevelse (8).

”Ikke alle bivirkninger kan unngås.

Mange pasienter er ambivalente til å bruke legemidler, og opplever et press fra omgivelsene om ikke å bruke psykofarmaka. Tiltak for å bedre etterlevelsen øker sannsynligheten for effekt av legemiddelbehandling (9).

4. Får pasienten riktig legemiddel i riktig dose?

Samme dose kan gi forskjellig effekt. Det er stor individuell variasjon i omsetningen av legemidler. Doser som er effektive for én pasient, kan gi bivirkninger eller terapi-svikt for en annen (10).

Forskjeller i behandlingseffekt og forekomsten av bivirkninger kan ofte forklares av forskjeller i serumkonsentrasjon og konsentrasjon på virkestedet (11). Lav serumkonsentrasjon på grunn av hurtig legemiddelnedbrytning er en vanlig årsak til terapi-svikt. Høy serumkonsentrasjon kan være en årsak til bivirkninger.

Legemiddelnedbrytning styres av genetiske forhold, og i Norge har rundt 10 prosent av befolkningen mutasjoner som enten gir rask eller langsom legemiddelomsetning. Legemiddelomsetningen faller med alderen, og det er vist at eldre over 65 år kan trenge en dose-reduksjon på 50 prosent i forhold til yngre (12).

I tillegg kan miljøfaktorer som sigarettøyk, naturlegemidler som johannesurt og inntak av grapefrukt- og granateplejuice påvirke legemiddelomsetningen (13). Både serumkonsentrasjonen av legemidler og genene som styrer nedbrytningen av viktige psykofarmaka, kan måles med enkle blodprøver.

5. Tar pasienten flere legemidler som virker sammen eller mot hverandre (interaksjoner)?

Til tross for svært mangelfullt kunnskapsgrunnlag om effekten av å bruke flere legemidler mot samme lidelse

er kombinasjonsbehandling utbredt i psykofarmakologien. Gunstig effekt av kombinasjonsbehandling er nesten aldri vitenskapelig dokumentert. Kombinasjonsbehandling øker faren for bivirkninger og lav etterlevelse (14).

Siden virkningsmekanismene til de enkelte legemidlene bare delvis er kjent, er det vanskelig å forutsi effekten av å kombinere ulike legemidler. Kombinasjonsbehandling gjør det vanskelig å finne rett dose, vanskelig å vurdere effekten av doseendringer og vanskelig å vurdere årsaken til bivirkninger.

6. Har pasienten bivirkninger?

Bivirkninger er vanlig. Alle psykofarmaka har bivirkninger med varierende alvorlighetsgrad. Bivirkninger kan føre til lav medisinetterlevelse og dårligere behandlingsresultat (15).

Bivirkninger skal utredes nøye. De bør håndteres med kontroll av dose, vurdering av mulige interaksjoner eller bytte av legemidler.

Det er ikke alltid lett for pasienten å skille mellom følgesymptomer av egen grunnlidelse, som tretthet, muskelverk og forvirringssymptomer, og bivirkninger av legemiddelbehandling. Sykepleiere og annet helsepersonell har et viktig ansvar i å observere og dokumentere bivirkninger samt snakke med pasienten om bivirkninger og å rapportere tilbake til behandleren.

Bivirkninger kan være konsentrasjonsavhengige og inntreffe ved oppstart og doseendringer, men det finnes også bivirkninger som kan komme under pågående bruk.

Ikke alle bivirkninger kan unngås, og alt helsepersonell har et ansvar for at pasienten er informert om mulige bivirkninger, og å bistå pasientene med å håndtere bivirkninger som vektoppgang, nedsatt seksuell lyst og avfattede følelser.

7. Bruker pasienten legemidler som ikke har effekt?

Mange pasienter ender opp med å bruke flere legemidler enn det er behov for. Dette kan skyldes at behandlingen har startet i en akutt situasjon med høy symptomintensitet, at de er satt på legemidler på feil grunnlag, eller toleranseutvikling.

Det kan virke som at det er lettere å legge til nye lege-

midler når behandlingen svikter, enn å avslutte behandlingen (seponere) de legemidlene som ikke virker. Ved tvil om et legemiddel har ønsket effekt, bør prøvesponering under nøye klinisk overvåkning vurderes, spesielt i omgivelser der observasjon av pasienten er mulig.

8. Har pasienten flere sykdommer?

Ved psykiske lidelser er det ofte betydelig komorbiditet som kan påvirke og vanskeliggjøre behandlingen. Ruslidelser vil påvirke effekten av all behandling, også legemiddelbehandling.

Interaksjoner mellom legemidler, også legemidler som er ment å behandle somatiske sykdommer, kan gi terapivikt eller bivirkninger. God utredning og kommunikasjon med pasienten, behandlere og annet helsepersonell er nøkkelen til god behandling.

9. Bruker pasientene legemidler og preparater de ikke forteller deg om?

En rekke legemidler, også mot somatiske lidelser, har effekter og bivirkninger som kan minne om symptomer på psykiske lidelser. Naturlegemidler og kosttilskudd er mye brukt og kan gi alvorlige bivirkninger og interaksjoner.

Pasienter forteller ikke alltid uoppfordret om alle legemidlene de bruker (16). Det er derfor viktig å kartlegge all bruk av legemidler, og å spørre pasientene om de bruker legemidler, naturpreparater eller legale eller illegale rusmidler de ikke har fortalt legen om.

10. Hvordan følges pasientene opp?

Legemiddelbehandling av psykiske lidelser er alltid kombinasjonsbehandling. Legemidler gis sammen med samtalebehandling og miljøtiltak, og sammen med rusbehandling og eventuelt med behandling av somatiske sykdommer. God oppfølging av legemiddelbehandling består av klinisk vurdering, registrering av mulige bivirkninger og regelmessig kontroll av blodprøver, vekt og blodtrykk (17).

Legemidler forskrives av en lege, men observeres og følges opp av en tverrfaglig behandlergruppe. Det kan være vanskelig å vurdere klinisk effekt og bivirkninger når behandlingen endres, og god kommunikasjon, ansvarsfordeling og felles forståelse av behandlingsmål i behandlergruppen er en forutsetning for et vellykket behandlingsforløp.

Prøving og feiling er en vanlig tilnærming i psyko-farmakologisk behandling. En overdreven tro på legemiddelbehandling kan føre til at bivirkninger overses, og til mindre oppmerksomhet på miljøtiltak. Dette øker sjansen for behandlingssvikt.

For hvert mislykket behandlingsforsøk reduseres etterlevelsen og placeboeffekten. God planlegging av behandlingen og god oppfølging av pasienter som bruker psykofarmaka, øker sannsynligheten for å lykkes, som i denne sammenhengen betyr bedre behandlingseffekt og mindre bivirkninger for den enkelte pasienten. ■

” Det er viktig å kartlegge all bruk av legemidler.

Referanser

1. Solberg DK, Refsum H. Ti bud for behandling med psykofarmaka. Tidsskr Nor Lægeforen. 2015;135(1):16–7.
2. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Focus (Am Psychiatr Publ). 2018;16(4):420–9.
3. Li X, Hou Y, Su Y, Liu H, Zhang B, Fang S. Efficacy and tolerability of paroxetine in adults with social anxiety disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Medicine (Baltimore). 2020;99(14):e19573.



4. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, Lopez-Jaramillo C, Kessing LV, et al. Bipolar disorders. *Lancet*. 2020;396(10265):1841–56.
5. Carl E, Witcraft SM, Kauffman BY, Gillespie EM, Becker ES, Cuijpers P, et al. Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cogn Behav Ther*. 2020;49(1):1–21.
6. Zoellner LA, Roy-Byrne PP, Mavissakalian M, Feeny NC. Doubly randomized preference trial of prolonged exposure versus sertraline for treatment of PTSD. *Am J Psychiatry*. 2019;176(4):287–96.
7. Mardby AC, Schioler L, Sundell KA, Bjerkeli P, Lesen E, Jonsson AK. Adherence to antidepressants among women and men described with trajectory models: a Swedish longitudinal study. *Eur J Clin Pharmacol*. 2016;72(11):1381–9.
8. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry*. 2021;43(2):189–202.
9. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(2):129–34.
10. Rudberg I, Mohebi B, Hermann M, Refsum H, Molden E. Impact of the ultrarapid CYP2C19*17 allele on serum concentration of escitalopram in psychiatric patients. *Clin Pharmacol Ther*. 2008;83(2):322–7.
11. Jukic MM, Haslemo T, Molden E, Ingelman-Sundberg M. Impact of CYP2C19 genotype on escitalopram exposure and therapeutic failure: a retrospective study based on 2,087 patients. *Am J Psychiatry*. 2018;175(5):463–70.
12. Tveito M, Hoiseth G, Haslemo T, Molden E, Smith RL. Impact of age and gender on paliperidone exposure in patients after administration of long-acting injectable formulations – an observational study using blood samples from 1223 patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2021.
13. Haslemo T, Eikeseth PH, Tanum L, Molden E, Refsum H. The effect of variable cigarette consumption on the interaction with clozapine and olanzapine. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006;62(12):1049–53.
14. Iversen TSJ, Steen NE, Dieset I, Hope S, Mørch R, Gardsjord ES, et al. Side effect burden of antipsychotic drugs in real life – impact of gender and polypharmacy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2018;82:263–71.
15. Hung CI. Factors predicting adherence to antidepressant treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2014;27(5):344–9.
16. Tveito M, Bramness JG, Engedal K, Lorentzen B, Refsum H, Hoiseth G. Psychotropic medication in geriatric psychiatric patients: use and unreported use in relation to serum concentrations. *Eur J Clin Pharmacol*. 2014;70(9):1139–45.
17. Solberg DK, Refsum H. Oppfølging av pasienter som bruker litium. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2008;128(12):1410–2.

sykepleien.no/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, fagfelleverurdert vitenskapelig tidsskrift på nivå 1.

VI TILBYR

Fagfelleverurdering, 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



Les mer i forfatterveiledningen

sykepleien forskning

Sykepleien

Den legendariske sykepleieraksjonen i 1972 var egentlig ulovlig. **Hva skjedde egentlig?**

I 1985 ble sykepleierutdanningen en del av høgskolesystemet. **Var du en av dem som ble sykepleier da?**

Husker du hva Anne Engers Likelønns-kommisjon kom frem til i 2008?



Nå finner du alt i
Sykepleiens historiske arkiv
– på sykepleien.no

S Sykepleien | Nettsted for sykepleiere og andre helse interesserte



Sykepleien har dekket sykepleiernes hverdag helt siden 1912. Finn ditt gullkorn blant 90 000 sider.



Mustafa El Hamidi
Sykepleier,
NKS Grefsenlia,
Oslo kommune

Pasienter med schizofreni bør få bedre diabetesoppfølging

Tidsmangel, mangel på kompetanse og ufaglært personell hindrer en god oppfølging og behandling av psykiatriske pasienters somatiske helse.

Nøkkelord

• Schizofreni • Diabetes • Diabetes-sykepleier

Hovedbudskap

Artikkelen utforsker barrierene mot at også pasienter med schizofreni skal få en adekvat oppfølging av diabetes type 2. Jeg bruker mine egne erfaringer fra akuttpsykiatrien og relevant litteratur for å belyse hva (diabetes)sykepleiere kan gjøre for å forebygge diabetes og fremme mestring av sykdommen hos mennesker med schizofreni.

Doi-nummer

10.4220/Sykepleiens.2021.86367

For to år siden sa helseminister Bent Høie følgende i sin årlige sykehustale: «Mennesker som strever med alvorlige psykiske utfordringer og ruslidelser lever opptil tjuen år kortere enn befolkningen for øvrig. ... Grunnen er ofte at somatiske sykdommer og livsstilsutfordringer ikke blir sett eller fanget opp» (1). Studier fra de senere årene bekrefter risikoen for tidlig død blant mennesker med schizofreni og trekker frem diabetes som en av hovedårsakene (2).

Ifølge Diabetesforbundet har mange med psykiske lidelser uoppdaget diabetes og trenger tettere oppfølging fra både fastleger og spesialisthelsetjenesten (3). Den høye forekomsten av diabetes blant dem med alvorlige psykiske lidelser kan delvis forklares av manglende behandling av somatisk sykdom, men også av den hyppige bruken av antipsykotiske medisiner (2, 4).

Mestring av diabetes krever daglig behandling og egenomsorg. Hva hindrer at pasienter med schizofreni får en adekvat oppfølging av diabetes, og hva kan (diabetes) sykepleiere bidra med?

Psykofarmaka har metabolske bivirkninger

Medikamentell behandling av psykoser kan gi metabolske bivirkninger som økt matlyst og vektoppgang (2). Erfaringsmessig gis pasienter med schizofreni høye doser av Olanzapin. Dette innbefatter også langvarig «vedlikeholdsmedisinering» for å forebygge forverring av sykdommen (6).

Paradoksalt nok er antipsykotika et «nødvendig onde» for å forebygge og behandle psykotiske episoder. Risikopasienter med schizofreni trenger en mer målrettet og preventiv diabetesoppfølging, der metabolske forstyrrelser avdekkes tidligere. Etter min oppfatning må dette omfatte mer enn måling av vekt og midjemål, og bør inkludere rutinemessig observasjon av blodsukker og HbA1c.

Somatikken og psykiatrien må samarbeide

En studie utført av Sintef blant sykepleiere i psykiatrien konkluderer med at tidsmangel, mangel på kompetanse og ufaglært personell hindrer en adekvat behandling av pasienters somatiske helse (7). Diabetes krever daglig oppfølging av blant annet blodsukker og kosthold. Negative symptomer ved schizofreni som for eksempel isolasjon og svekket egenomsorg gjør det også vanskelig å gi en god og tilstrekkelig diabetesbehandling (8).

Senest i fjor etterlyste Norsk Sykepleierforbund i samarbeid med Diabetesforbundet at flere med diabetes får snakke med en sykepleier. Mange forholder seg bare til sin egen fastlege og blir ikke henvist til en diabetes-sykepleier (9).

Det er grunn til å tro at dette problemet er mer omfattende blant dem som har en psykisk lidelse i tillegg. Sosial tilbaketrekking og andre tegn på psykose kan gjøre det vanskeligere for schizofrene å oppsøke somatisk helsehjelp (2). For å gjøre noe med dette kreves det langt mer kompetanseutveksling og tverrfaglighet.

Behovet for tverrfaglig samarbeid støttes av forsk-

ning som vektlegger betydningen av samarbeid mellom somatisk og psykiatrisk helsepersonell (2). Nasjonal helse- og sykehusplan har som formål å styrke samarbeid og læring på tvers av helseprofesjoner og fremme brukermidvirkning (10). Et av tiltakene som løftes frem, er ambulante, tverrfaglige team som ivaretar personer med sammensatte behov.

Tålmodighet belønnes ofte med tillit

Kroppsspråket hos pasienter med schizofreni kan være preget av negative symptomer som emosjonell avflating og redusert ansiktsmimikk. Fraværet av spontane responser vil derfor kunne gi inntrykk av manglende interesse fra pasientens side.

En videre utfordring når man vil opprette en god relasjon til pasienten, er at personer med schizofreni kan ha problemer med å lese andres kroppsspråk (11). Positive symptomer som syns- og hørselshallusinasjoner og negative symptomer som ambivalens skaper uenkelig også barrierer for en terapeutisk relasjon.

Mennesker med psykose kan fremstå som truende eller farlige, men i realiteten er denne atferden et uttrykk for deres egen engstelse. Negative symptomer som passivitet kan tolkes som manglende interesse (5).

Sykepleieren kan bli usikker i samtale med en passiv eller lite responsiv pasient og få tanker som «Oppfatter pasienten det jeg sier?» eller «Bør jeg avslutte samtalen?». Noen ganger kan det riktige være å avtale å møtes ved en annen anledning, men det er aldri bortkastet tid å vise nærvær og lytte til pasienten.

For at en samtale skal ha noe for seg, må deltakerne ha tillit til hverandre (12). Pleieren og pasienten har et asymmetrisk forhold som må utjevnes for at det skal skapes et godt tillitsforhold.

Dette kan gjøres ved å bruke seg selv i samtalen (13). Har terapeuten selv familiemedlemmer med diabetes? Eller kanskje kjenner han eller hun noen med psykisk



sykdom? En likeverdig relasjon bygger på en åpenhet der tanker og følelser deles (12).

Kunnskap om diabetes, med alt det innebærer av egenomsorgsbehov, kan imidlertid skape en opplevelse av avmakt hos pasienten. Sykepleieren kan på sin side bli frustrert når pasienten avviser eller viser manglende interesse for veiledningen (12).

Min erfaring er at noen samtaler krever en god porsjon tålmodighet fra begge parter, men at tålmodigheten ofte belønnes med tillit. En pasient jeg hadde regelmessig kontakt med, sa ofte at «det gjelder å smøre seg med tålmodighet – det er den dyreste kremen».

Anerkjennelse er et annet virkemiddel for å skape relasjonell tillit og trygghet. Imidlertid er det viktig at anerkjennelsen er genuin, og at den bygger på respekt og toleranse. Pasienten får en validering og kan føle seg verdsatt som menneske (12). Med tanke på at mange har opplevd brutte familieband og tap av venner, skal det ikke underdrives hvor stor betydning anerkjennelse har for pasientens motivasjon og selvbilde.

Helseinformasjon må tilpasses individuelt

Health literacy (HL), eller helsekompetanse, kan defineres som «muligheten man har til å skaffe seg, bearbeide og forstå helseinformasjon og helsetjenester for å ta gjennomtenkte beslutninger» (14). Kravet om tilstrekkelig helseinformasjon er nedfelt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere: «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (15).

Helseinformasjon om diabetes kan være vanskelig å forstå for noen grupper, samtidig som helsepersonell kan misoppfatte om mottakeren har forstått informasjonen (16). En pilotstudie blant 108 diabetes-sykepleiere understøtter dette og taler for at HL blant diabetespasienter kartlegges for å kunne tilpasse helsekommunikasjonen individuelt (17). Pasienter med schizofreni har også en lavere helsekompetanse enn befolkningen for øvrig (14).

En mulig forklaring kan være at schizofreni ofte fører med seg kognitive problemer i ulik grad, noe som innebærer vansker med konsentrasjon, hukommelse og

Schizofreni

Schizofreni er egentlig en samlebetegnelse på flere undergrupper av tilstander, og pasientens symptom-bilde kan endre seg underveis i sykdomsprosessen. Schizofreni kjennetegnes av negative symptomer som ambivalens og emosjonell distansering, og positive symptomer som tankeforstyrrelser og hallusinasjoner (5).

problemløsning. Dette vil i sin tur påvirke funksjonsnivået negativt. Kognitive vansker er ikke en følge av symptomer som tankeforstyrrelser, men er et særtrekk ved schizofreni. Det vil si at de kognitive vanskene ikke forsvinner når symptomene avtar (18, 19).

Metodene som benyttes til å formidle helseinformasjon, er derfor avgjørende for om pasienten lykkes med å følge rådene. Det er imidlertid viktig å sette realistiske og individuelt tilpassede mål for veiledningen. Som vi har sett, er symptomer på schizofreni fluktuerende og kan endre seg over tid. Noen dager passer det bedre å snakke sammen enn andre dager.

Brukermedvirkningen kan styrkes ved å få pasienten til å si sin mening om den helseinformasjonen som blir gitt, noe som igjen åpner for at sykepleieren kan repetere eller presisere det som har blitt sagt i samtalen. Gjennom en åpen og gjensidig dialog kan veiledningen også stimulere pasienten til å finne løsninger selv (12). Slik kan det utvikles en dynamikk som gir grobunn for tillit mellom sykepleieren og pasienten.

Gruppebasert undervisning kan motivere

Mestringstro (*self-efficacy*) handler om individets forventning om å mestre en livssituasjon. Høy grad av mestringstro har en positiv innvirkning på motivasjonen, mens en person med lite mestringstro gjerne søker hjelp (13).

En person med schizofreni kan også oppleve at det ikke er mulig å mestre diabetesen, fordi medisiner mot schizofreni forårsaker vektøkning og dårligere blodsukkerkontroll. Symptomene på den psykiske lidelsen er

en tilleggsutfordring som også påvirker evnen til egenomsorg for pasienten med diabetes (8).

Personer med psykiske lidelser mangler ofte et sosialt nettverk. For noen kan dette gå på bekostning av motivasjonen til å mestre diabetes, fordi «ingen bryr seg» (8).

Erfaringer fra gruppebasert poliklinisk undervisning om diabetes kan tyde på at deltakerne drar nytte av hverandres erfaringer og innspill. Undervisningsmetoden kan også virke positivt på motivasjonen til livsstilsendringer (13). Samlingene gir deltakerne en mulighet til sosialt samvær og til å danne nye relasjoner. Sosial støtte har dessuten en positiv innvirkning på mestring av både diabetes og psykisk sykdom (8, 19).

For noen kan faste timeavtaler og fysisk oppmøte stå i veien for en tilfredsstillende oppfølging av diabetes. Veiledning kan i stedet gjøres gjennom videolinktjenester, der pasienten sitter i sitt eget hjem. I Nasjonal helse- og sykehusplan står det beskrevet slik: «Tjenester som tidligere krevde oppmøte hos helsepersonell eller

at helsepersonell møttes fysisk, ytes til pasientene ved hjelp av videokonsultasjoner» (10).

Sjansen for at pasienten møter til en avtale via videolink, er sannsynligvis større enn ved fysisk oppmøte. Svakheten ved denne formen for diabetesveiledning er at kontakten ikke er like «nær» som i et fysisk møte.

Denne pasientgruppen er ekstra utsatt

De mange risikofaktorene forbundet med schizofreni gjør at denne pasientgruppen er ekstra utsatt for overdødelighet. En satsing på at pasienten skal lære å mestre sin diabetes, krever tettere oppfølging av metabolske forandringer og individuelt tilpasset veiledning. For noen kan det være lettere å få veiledning hjemme gjennom videomøter via nettet.

Det er behov for mer utveksling av kunnskap og samarbeid mellom psykiatrisk helsepersonell og diabetes-sykepleiere. Et tverrfaglig samarbeid med diabetesteam vil gjøre det lettere å nå frem til pasienter med schizofreni og diabetes. ■

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Sykehustalen 2019. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2019/id2625399/> (nedlastet 17.06.2021).
2. Suvisaari J, Keinänen J, Eskelinen S, Mantere O. Diabetes and schizophrenia. *Curr Diab Rep.* 2016 februar;16(2):16.
3. Diabetesforbundet. Mange kan ha diabetes uten å vite det. Oslo: Diabetesforbundet; 2015. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/diabetes-sykdommer-psykiske-lidelser/mange-kan-ha-diabetes-2-uten-a-vite-det/458855> (nedlastet 16.06.2021).
4. Chwastiak LA, Freudenreich O, Tek C, McKibbin C, Han J, McCarron R, et al. Clinical management of comorbid diabetes and psychotic disorders. *Lancet Psychiatry.* 2015 mai;2(5):465–76.
5. Snoek JE, Engedal K. Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
6. Helsebiblioteket.no. Høydose versus lavdose antipsykotika. Hva gir best effekt? [Internett]. Helsebiblioteket.no; [oppladdert 21.10.2014; sitert 14.06.2021]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/220234.cms>
7. Melby L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. SINTEF Rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2436189> (nedlastet 21.06.2021).
8. Cimo A, Dewa CS. Symptoms of mental illness and their impact on managing type 2 diabetes in adults. *Can J Diabetes.* 2018 august;42(4):372–81.
9. Norsk Sykepleierforbund. Flere med diabetes bør få møte en diabetes-sykepleier! Oslo; Norsk Sykepleierforbund; 2020. Tilgjengelig fra:

- <https://www.nsf.no/fg/diabetessykepleiere/nyheter/flere-med-diabetes-bor-fa-mote-en-diabetessykepleier> (nedlastet 17.06.2021).
10. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
11. Vaskinn A, Sundet K, Østefjells T, Nymo K, Melle I, Ueland T. Reading emotions from body movement: a generalized impairment in schizophrenia. *Frontiers in Psychology.* 2016;6:1664–078.
12. Oterholt F, Haugen GB, red. Mening og mestring ved psykoselidelser. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
13. Christiansen B, red. Helseveiledning. 2. utg. Oslo: Gyldendal; 2020.
14. Jenum AK, Pettersen KS. Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien Forskning.* 2014;9(3):272–80. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hva-betyr-lav-health-literacy-sykepleiernes-helsekommunikasjon> (nedlastet 21.06.2021).
15. Norsk Sykepleierforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (nedlastet 11.06.2021).
16. Finbråten HS, Pettersen KS. Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters «health literacy». *Vård i Norden.* 2012;32(3):47–52.
17. Clausen W, Watanabe-Galloway S, Baerentzen MB, Britigan DH. Health literacy among people with serious mental illness. *Community Ment Health J.* 2016 mai;52(4):399–405.
18. Aminoff SR, Lagerberg TV, Melle I, Berg AO, Simonsen C, Ueland T, et al. *Psykoese & samfunn.* Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
19. Hummelvoll JK. Helt – ikke stykkevis og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.

OPPSØKENDE: Psykiatrisk sykepleier Ida Stensby i Fleksibelt oppsøkende behandlingsteam på Gjøvik reiser ut for å finne pasientene der de er. Foto: Privat



Tekst **Kari Anne Dolonen**

Vondt når pasienten sier nei takk til behandling

– Å se på at pasienten kan ta valg som vi vet kan være skadelige for dem, og at noen i verste fall «går til grunne» fordi de ikke vil ha hjelp, er vondt, sier psykiatrisk sykepleier Ida Stensby.

«**E**n mann med psykisk sykdom går noe uregelmessig til poliklinisk oppfølging ved lokal DPS. Pårørende mener mannens somatiske helse faller og forsøker å få ham til å oppsøke sin fastlege uten å lykkes. DPS kontaktes, som også forsøker å oppmuntre til undersøkelse uten hell. Han er vurdert til å være samtykkekompetent. En fallulykke med behov for øyeblikkelig hjelp avdekker langt fremskreden kreft som ikke lenger kan helbredes.»

Lov å gå til grunne

Eksempelet over er hentet fra Pasient- og brukerombudets årsrapport. Fortvilede pårørende kontakter pasientombudene fordi noen de er glad i, ikke ønsker å motta hjelp eller behandling.

Selv om pasienten har en alvorlig psykisk lidelse, men blir vurdert til å ha samtykkekompetanse, skal helse-

tjenesten akseptere pasientens mening om ikke å la seg behandle.

«I noen tilfeller har dette medført at pasienter med alvorlig somatisk sykdom ikke har blitt behandlet, noe som i verste fall har medført fremskyndet død», skriver pasientombudet.

Vondt å se folk gå til grunne

Ida Stensby jobber som psykiatrisk sykepleier i Fleksibel oppsøkende behandlingsteam, såkalt FACT-team, på Gjøvik. Jobben hennes er å følge opp behandling av mennesker med alvorlig psykisk lidelse, alvorlig ruslidelse eller som har en kombinasjon av begge deler.

– Vi har flere situasjoner hvor våre pasienter ikke ønsker å ta imot anbefalt behandling, sier hun.

Som behandler opplever hun at det er krevende å akseptere at pasienten tar andre valg enn hun og kollegaene anbefaler.

– Å se på at pasienten kan ta valg som vi vet kan være skadelige for dem, og at noen i verste fall «går til grunne» fordi de ikke vil ha hjelp, er vondt. Når pasienten er vurdert til å være samtykkekompetent, er det, på tross av at vi har andre meninger og anbefalinger, noe vi må respektere, sier hun.

Noe av årsaken er at kommunene stadig får flere dårlig fungerende pasienter som de skal følge opp, siden tilgjengeligheten av senger på institusjon i psykisk helsevern stadig blir færre.

Å vurdere samtykkekompetanse

Stensby sier samtykkekompetanse vurderes basert på kriteriene forstå, anerkjenne, reflektere og velge.

– Det må gjennomføres individuelle vurderinger av pasienten. Det vil, slik jeg ser det, alltid forekomme situasjoner der vi skulle benyttet mer tvang og der vi skulle benyttet mindre. Disse vurderingene er intet unntak, de sikrer at vi i særdeles stor grad har selvbestemmelse i eget liv, men samtidig vil denne sterke rettigheten gjøre at enkelte kan velge bort behandling som er absolutt nødvendig, sier hun.

– Kan det forklare at psykisk syke har kortere forventet levealder enn resten av befolkningen?

– Det skyldes, slik jeg opplever det, konsekvenser av

lidelsene mer enn at kriteriene for å vurdere et menneske til å mangle samtykkekompetanse er for strenge, sier hun.

Møter ikke opp

Pasientene Ida Stensby og resten av FACT-teamet følger opp, er mennesker som ikke bruker ordinære tjenester, og som det kan være vanskelig å få til å møte opp til timeavtaler og behandling.

– Å få dem til fysisk å møte opp til utredning på sykehus eller samtaler på et legekantor er utfordrende. Men vi kan treffe dem på gata eller dra hjem til dem. Vi har

” Tid er kanskje det viktigste verktøyet vi har. Det tar tid å bygge opp tillit.

Ida Stensby, FACT, Gjøvik

mulighet til å møte pasientene der de er, istedenfor at de må oppsøke oss. Det er en stor fordel når det gjelder å ivareta også den somatiske helsen til denne pasientgruppen, sier hun.

Stensby tror oppsøkende team er veien å gå for å kunne nå denne gruppen.

– Men det finnes ingen quick fix, sier hun.

– Tid er kanskje det viktigste verktøyet vi har. Det tar tid å bygge opp tillit. Mange av våre pasienter er skeptiske til hjelpeapparatet. De kan ha dårlige erfaringer, eller de har angst. Det å oppsøke hjelp føles som en ekstra belastning.

Prøver å finne ut hva pasienten er opptatt av

Klarer helsepersonell å skape en allianse sammen med pasienten, kan det gjøre jobben enklere.

– Et godt verktøy kan være å finne ut hva pasienten selv er opptatt av når det gjelder helse, og bruke det som en vei inn for å skape en allianse.

Stensby trekker frem et eksempel:

– En pasient uttrykte bekymring for sine forhøyede leververdier og stilte seg skeptisk til å ta imot medikamentell behandling. Siden hun hadde et alkoholproblem,



prøvde vi da å fokusere på det – at alkoholen hun drakk, var langt mer skadelig for leveren enn medisinene hun ikke ville ta. På denne måten fant vi en motiveringsfaktor som bidro til at pasienten så viktigheten og behovet for å ta imot behandling for sin ruslidelse.

Pårørende skal også ivaretas

At pårørende blir frustrerte, har Stensby lett for å forstå.

– Tenk deg at du over år sitter og ser på at noen du er glad i, går til grunne. Vi har pårørende som har familie-medlemmer som er alvorlig syke, har samtykkekompetanse, men ikke vil ha hjelp. De føler seg maktesløse og blir sinte fordi de opplever at ingen gjør noe. Å ivareta de pårørende er også en viktig del av jobben. De har det kjempetøft.

Men det er også tøft for helsepersonellet.

– Vår oppgave er å hjelpe og ikke skade. Det kan være ekstra krevende å møte pårørende sin frustrasjon over at man ikke hjelper pasienten, når det er akkurat det man gjør så godt man kan.

– *Er regelverket rundt samtykkekompetanse for strengt?*

– Det er vanskelig å svare på. Hvert enkelt tilfelle er unikt. Du kan ha en alvorlig psykisk lidelse, men fremdeles forstå konsekvensene av valgene dine, sier hun.

Stensby mener det er viktig å huske på at friske mennesker også frasier seg behandling og undersøker som helsevesenet anbefaler eller oppfordrer til å gjennomføre.

– Men å være uenig med behandlingsapparatet er ikke ensbetydende med at man mangler samtykkekompetanse. Heldigvis og dessverre er kriteriene og kravene for å kunne vurdere et menneske til å være uten samtykke strenge.

Slik hun ser det, vil det alltid være situasjoner der man opplever at kriteriene er for strenge.

– Disse vurderingene er komplekse, og det er et stadig dilemma hvor grensen skal gå. Dette er kjempevanskelige vurderinger, sier Stensby.

Soma over psyke

– Jeg tenker at den viktigste jobben vi som helsepersonell kan gjøre, er å opparbeide og holde oss oppdatert

på kunnskap og ha oppmerksomhet på somatisk helse og holde dette oppe i møte med pasienten, sier hun.

I tillegg må nødvendige undersøkelser og behandling gjøres lett tilgjengelige, og helsepersonell må hjelpe pasienten til å ta gode veloverveide valg ved å snakke om alternativer og følgene de ulike valgene får.

– Det viktigste er kanskje igjen å bruke tid på å snakke med pasienten og gjenta informasjonen – gå noen runder og prøve å forsikre seg om at pasienten har gjort refleksjoner rundt sine valg, sier hun.

– *Er det sånn at den somatiske helsen til psykisk syke blir litt oversett på grunn av den psykiske lidelsen?*

– Det var nok vanligere for 10–20 år siden. Det er blitt mye mer oppmerksomhet på dette, så det har skjedd positive ting. Men helsevesenet er bygd opp etter diagnoser, så det blir det samme i somatikken – er du innlagt på grunn av et benbrudd, er det benbruddet som behandles. Helsepersonellet tenker ikke nødvendigvis på at pasientens psyke også skal ivaretas, sier hun og legger til:

– Det er selvfølgelig fortsatt stort forbedringspotensial, men jeg opplever at helsevesenet i dag har økt oppmerksomhet på tverrfaglighet og helhetlig behandling. ■

FACT

Fleksibel aktiv oppsøkende behandling (FACT) er tverrfaglige team for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Behandlingen flyttes ut av kontor og institusjon til der brukeren bor eller oppholder seg. Teamene retter seg mot personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblematikk.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten samarbeider tett i teamene, som noen steder heter ACT-team.

Å SE PASIENTEN

Et helsevesen delt i **psyke** og **soma** gjør det vanskelig for sykepleiere å gi helhetlig pleie og omsorg.

Hva kan sykepleiere gjøre for å bedre ivareta psykisk sykes fysiske helse? Vi har spurt forbundsleder Lill Sverresdatter Larsen og flere faggruppelidere.

SIDE 82

En ny **master i psykisk helsevern for sykepleiere er på trappene**. Sykepleierne ønsker at den skal gi mer plass til somatisk helse i et livsløpsperspektiv.

SIDE 90



Lill Sverresdatter Larsen
Forbundslederen i
Norsk Sykepleierforbund

Hva kan sykepleiere gjøre for bedre å ivareta psykisk sykes fysiske helse? Sykepleien har spurt forbundslederen og fire faggruppelidere.

DET HANDLER OM Å SE HELE MENNESKET

Sykepleiere setter sin ære i å gjøre pleien helhetlig, koordinert og omsorgsfull. Det handler om å se hele mennesket med soma og psyke – kropp og sjel – i tillegg til det sosiale og åndelige. Sykepleiere snakker om at de, allerede når de åpner døra til pasienten, kjenner etter lukt av urinveisinfeksjon, sukker i blodet eller betennelse i såret.

Vi observerer om du fortsatt leser aviser, og om du har fått i deg annen drikke enn kaffe det siste døgnet. Vi vurderer hvilke hjelpemidler du har tilgjengelig, og hvorvidt du trenger profesjonell hjelp for å kunne klare deg selv i hjemmet ditt. Dette gjør vi samtidig som vi deler ut medisiner, måler puls eller blodtrykk eller tar praten om sorg, symptomer og relasjoner. Sykepleie er et helhetlig arbeid.

Mindre tid til å forstå pasientens sinn

Men hva med psykisk syke pasienter – de som har redusert levetid med dramatiske 15–20 år? Hvorfor aksepterer vi et slikt prognosetap? Jobber vi egentlig helhetlig i alle sektorer når vi møter denne pasientgruppen?

Sykepleierprofesjonene representerer den største profesjonsinnsatsen innen helsetjenestene. Vi arbeider i alle sektorer over hele landet. Sykepleiere kan alltid og overalt bidra til å forebygge, behandle og pleie faresignaler og symptomer – om vi oppdager pasientene og anerkjenner behovet for helhetlig pleie og omsorg.

Vi møter på minst to problemer ved å arbeide helhetlig. For det første har sykepleiere i somatikken, uansett sektor, mindre og mindre tid til å forstå pasientens sinn.

Kroppens behov for behandlingsprosedyrer prioriteres og måles. De som virkelig trenger hjelp ut over grunnleggende, kroppslige behov, får kanskje tilbud om ekstratjenester som prest eller sosionom. Slik sykepleie strider mot omsorgsfull hjelp, gjør sykepleierne emosjonelt utmattet, og muligheten til å forebygge prognosetap går tapt.

Schizofreni er ikke bare psykologi

For det andre har sykepleiere innen psykisk helse-tjenester ingen lovregulert plass i tverrfaglige team. Det kan synes som om behandling i form av terapi og medikamenter er viktigst, mens pleien av individets hele forvitret – og særlig kroppslige behov blir nedprioritert.

Ingen blir friske til sinns om kroppen mangler vitaminer, vann eller pust. Ingen får sunne sinn om sår, betennelser og smerter ikke behandles og lindres.

En sykdom som schizofreni er ikke bare psykologi. Den fører til endringer i hormoner, lungefunksjon, forstyrrelser i tarmen, endringer i immunsystemet, økt risiko for autoimmune sykdommer, endringer i temperaturregulering, menstruasjonsforstyrrelser og endret hjerterytm.

Bipolar lidelse har tradisjonelt vært forstått som

en sykkelig sykdom, men nyere forskning peker på progredierende trekk ved lidelsen som fører til tidlig aldring.

Forskning viser at komorbide somatiske lidelser som diabetes, hypertensjon og dyslipidemi, ble

” **Fastlegeordningen i Norge fungerer best for dem som oppsøker fastlegen.**

underdiagnostisert hos pasienter med psykiske lidelser.

Flere psykologer er ikke svaret på alt

Fastlegeordningen i Norge fungerer best for dem som oppsøker fastlegen, noe disse personene ofte ikke gjør. Denne pasientgruppen blir under- og feildiagnostisert i langt større grad enn befolkningen for øvrig.

Når sykdom først inntreffer, så er dette en pasientgruppe som i tillegg har vansker med å opprettholde behandling uansett diagnose eller medikament.

Helseminister Bent Høie har sagt det flere ganger: «Hadde dette vært en annen pasientgruppe, så hadde vi aldri godtatt det.» Det er sant. Den somatiske helsetjenesten er førstelinja, også for pasienter med psykisk helse- og rusproblematikk.

Forebygging av livsstilssykdommer knyttet til røyk, alkohol, dårlig kosthold og lav fysisk aktivitet er enkelt å se, men krever ressurser over tid som ikke er avsatt i noe system uansett «gyllen regel».

Det som er på høy tid at Høie gjør noe med selv, er å sørge for at nasjonale fagmyndigheter gir sykepleiere – uansett sektor – et tydelig mandat til å redusere gapet i levealder. Flere psykologer i kommunene er riktig, men likevel ikke svaret på alt.

Fastlegen alene klarer ikke å følge opp helsa til dem med alvorlig og sammensatt helsesvikt. Sykepleierne klarer det heller ikke alene. Men med riktig oppgavedeling satt i system, som gir nøkkelpersonell både ressurser og klargjort ansvar, kan sykepleiere sørge for at du og jeg kan få mange gode år, selv om vi skulle få en psykisk diagnose.

Som sykepleiere må vi også tvinge frem tid til å fortsatt kunne se, anerkjenne behov og gi omsorgsfull, helhetlig hjelp uansett diagnose.

Vi må presse frem helhetlig sykepleie

Sykepleierne skal møte hele mennesker og ikke bare et hjerte, en hofte eller en diagnose. Hele mennesker trenger hjelp ut fra sine måter å leve livene sine på, og dermed må enhver pleie ta utgangspunkt i dette individets behov.

Det handler ikke bare om en kropp som følger naturvitenskapelige lover, men om sinn hvor håp, mot og mestring kommer fra nettopp dette menne-



”
Hvem hadde den fikse idé at sykepleiere ikke skal kunne arbeide slik vi har lært på utdanningen?

skets livserfaringer i relasjon med den annen. Likedan må sinnets utfordringer også pleies gjennom å ivareta grunnleggende, kroppslige behov.

Vi har lært bedre. Hvem hadde den fikse idé at sykepleiere ikke skal kunne arbeide slik vi har lært på utdanningen? Jeg vil ha frem flere ulydige sykepleiere som presser frem helhetlig sykepleie, uansett sektor og pasientgruppe. Fordi det er jobben vår.

Om psykisk helsehjelp består av varme hender uten ressurser og plass til å bruke riktig kompetanse, så forsvinner livsår som sand gjennom kalde fingre. ■

Hva kan sykepleiere gjøre for bedre å ivareta psykisk sykes fysiske helse?

FAGGRUPPENE SVARER



Tanja Alme og Merete Kløvning
NSFs faggruppe for kreftsykepleiere

Gi trygghet og forutsigbarhet. I møte med krefttrammede som har psykiske lidelser, skal kreftsykepleier bidra med god informasjon og skape trygghet og mest mulig forutsigbarhet. Dette vil være sentralt for det videre forløpet. Det kan være behov for tett oppfølging både av angstproblematikk og andre psykiske vansker som gjør det utfordrende å gjennomføre undersøkelser og behandling. Også mellom behandlingene vil det være behov for kontaktpunkter. Alkoholvaner og medikamentbruk må kartlegges nøye, og kreftsykepleierne har kunnskap om hvordan ulike medikamenter kan påvirke behandlingen og kan gi god informasjon rundt dette.

Kreftsykepleiere i kommunen og i helseforetak kan på individnivå fungere som bindeledd og være ressurs for psykisk helseteam eller andre som følger opp pasienten, og bidra med nødvendig kompetanse for å ivareta den enkelte best mulig.

Det er også viktig at kreftsykepleiere kan bidra med lavterskeltjenester som kan forebygge senskader og komplikasjoner etter kreftbehandling. Dette vil også kunne være med på å gi økt mestring samt bedre fysisk og psykisk helse. Uavhengig av om en har en psykisk lidelse eller ikke, må mennesket sees som en helhet. Alle har vi en psykisk helse, og vi må være bevisst på at fysisk og psykisk helse påvirker hverandre på godt og vondt. ■



Hege Andersen Amofah
Landsgruppe av
kardiologiske sykepleiere



Ann Karin Swang
Landsgruppen av
helsesykepleiere



Kine Myhre-Nilsen
NSFs faggruppe for
avansert klinisk
allmennsykepleie

Gi mer støtte. Kardiologiske sykepleiere har god faglig kunnskap til å gi informasjon og oppfølging om endring av livsstil som kosthold, fysisk aktivitet og røykestopp, primærforebyggende på skole og arbeidsplass, og sekundærforebyggende på hjerte-rehabiliteringer.

Sykepleierdrevne poliklinikker kan hjelpe psykisk syke til å få like god behandling og oppfølging som normalbefolkningen, med hyppig kontakt og strukturert opplæring, tilbakemeldinger og klinisk støtte. Ved regelmessig helsesjekk kan en oppdage og forebygge tilstander som krever akutthjelp.

Psykiske lidelser er forbundet med økt risiko for overvekt, diabetes og hjerte- og karsykdommer. Livsstilsfaktorer som røyking, fysisk inaktivitet og dårlig kosthold er grunnleggende for fysisk og psykisk helse. Tiltak for å redusere dødeligheten som følge av hjerte- og karsykdom har dokumentert effekt, også for personer med psykiske lidelser. Slike tiltak må gjennomføres av rette fagfolk, og denne pasientgruppen vil kreve mer støtte og oppfølging enn andre. ■

Forebygg i familien. Skal man nå målet om å redusere dødelighet, er det nødvendig med helsefremmende og forebyggende tiltak tidlig for hele familien.

Helsesykepleiere kan bidra til å styrke den fysiske helsen til alle gjennom helseopplysninger og universelle tiltak. Det vil også bidra til bedre fysisk helse til psykisk syke. Helsesykepleiere bidrar også i å styrke den psykiske helsen, selv om yrkesgruppen ikke jobber direkte med voksne psykisk syke.

Ved individuelle behov, for eksempel ved funn av utfordringer i den fysiske helsen, kan helsesykepleiere bistå med ekstra oppfølging og/eller henvisning videre til andre instanser som kan hjelpe. Arbeid med å redusere sosiale forskjeller i samfunnet, som helsesykepleiere er opptatt av, er også med på å bidra til bedring i helse og til å redusere dødelighet.

Temaet psykisk sykdom er fortsatt tabubelagt. Det er viktig å fokusere på dette, og man må starte tidlig. Vi tenker at «barndommen går i generasjoner», og at det er mye som kan forebygges i en familie som opplever psykisk sykdom. For å bryte den vonde sirkelen må det inn gode forebyggende tiltak i hele familien. ■

Skreddersy planer. Personer med psykiske utfordringer er disponert for fysisk sykdom som for eksempel kols, diabetes og hjerte-/karsykdom. Avansert klinisk allmennsykepleie handler om å se mennesket bak sykdommene og utfordringene, og skal bidra til å finne en behandlingsplan som sikrer best mulig etterlevelse av behandling og oppfølging for pasienten, uavhengig av diagnoser.

Hvis man kun ivaretar behandling av kols og hjertesvikt hos en pasient som også har levd med angst og depresjon i flere år, vil man i mange situasjoner ende opp med en pasient med dårligere forutsetninger til etterlevelse av behandlingsopplegget. Dette vil igjen føre til fare for tidligere død hos dem som lever med psykiske og somatiske sykdommer/lidelser.

Mange pasienter trenger helsepersonell til å veilede og hjelpe til med å finne det beste behandlingsopplegget for akkurat ham eller henne, ikke kun få presentert en «behandlingsfasit» på isolerte sykdommer. Allmennsykepleiere har kompetanse til å bidra med slike skreddersydde behandlingsplaner. ■



FORSØMMER: – Sykepleie knyttet til hele mennesket blir forsømt, sier Espen Gade Rolland.

Tekst og foto **Marit Fonn**

– Hent frem den grunnleggende sykepleien

Det er mange eksempler på at sykepleiere innen psykisk helse ikke observerer systematisk om kroppen fungerer, sier Espen Gade Rolland.

Han er leder av Sykepleierforbundets faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR).

– Har pasientene en avføring og urin som funker? Ofte forklarer de ansatte uro, forvirring og aggresjon med psykiske tilstander. Men kanskje har pasienten vondt i magen fordi han ikke får gått på do, eller er forvirret på grunn av ubalanse i væskeinntaket, sier han.

Rådet hans er: Ta tilbake den opprinnelige sykepleien.

Kan ha relasjoner i flere år

– *Hva kan sykepleiere gjøre for å bedre den somatiske helsen for pasienter med psykiske lidelser?*

– Først og fremst bruke hele sin sykepleiefaglige kompetanse, sier faggruppelederen.

Sykepleierne må ganske enkelt være oppmerksomme på disse brukernes somatiske helse, mener Rolland.

– *Hva innebærer det i praksis?*

– Det kommer an på hvor man jobber.

Psykisk helsearbeid er ulikt organisert i kommunehelsetjenesten, påpeker han:

– Men der har sykepleierne en unik mulighet til å ta del i livet til brukerne, for de har ofte langvarige rela-

– Mest av alt trengs det mer tid. For det er komplisert å se sammenhengene mellom psyke og soma, sier faggruppeleder Espen Gade Rolland.

sjoner til dem som bor hjemme, gjerne i flere år.

– Der ser de hvordan brukerne lever, og kan snakke om sånt som kosthold, fysisk aktivitet og hvordan medisiner virker på deres fysiske helse, sier han.

Verdien av sosialt fellesskap og velvære er andre temaer å ta opp.

– Mest av alt trengs det mer tid

– *Alle sykepleiere har lært at de skal jobbe helhetlig. Hvorfor gjør de ikke alltid det?*

– Paradokset er at de har lært å jobbe helhetlig, mens tjenestene er designet for å jobbe fragmentert og oppgaveorientert. Forebygging bør få større plass.

– *Er det opp til den enkelte sykepleier å løse dette?*

– Det er et samfunnsansvar, men også den enkelte har et ansvar. Det er nedfelt både i yrkesetikken og i lovverket, sier Rolland.

– Men mest av alt trengs det mer tid, både for å forebygge og for å øke kompetansen. For det er komplisert å se sammenhengene mellom psyke og soma.

– *Har sykepleierne forsømt seg her?*

– I en årrekke har sykepleiere innen psykisk helse primært vært opptatt av psyken og for lite opptatt av den somatiske siden. Det gjelder å integrere de to delene og tenke helhetlig sammen med dem det gjelder.

Taper penger på innleggelse

Nettopp det har ikke politikerne gjort, mener Espen Gade Rolland:

→

” Det burde være krav om å føre tilsyn. Det gjelder jo mennesker i en sårbar situasjon.

– Regjeringen har villet spare penger ved at pasienter innen psykisk helse og rus får redusert uføretrygden når de har vært innlagt lenger enn tre måneder.

– Hvis noen hadde foreslått at dette skulle gjelde folk som var innlagt etter trafikkulykker eller hjerte-rehabilitering, ville det vært et stort opprop. Dette er ikke likebehandling av lidelser, sier han.

Men nå har Sosialistisk Venstreparti bedt om likhet for loven, for at disse pasientene ikke skal miste inntekt når de er innlagt, opplyser han.

Det førte til at Stortinget vedtok dette 11. juni:

«Stortinget ber regjeringen utrede endringer i folketrygdlovens regler om reduksjon av ytelser under opphold i institusjon, herunder forskjellen mellom innlagte i somatiske og psykiatriske institusjoner, og komme tilbake til Stortinget med forslag til endringer som sikrer likebehandling av pasientgrupper.»

Skal rapportere om bivirkninger

Bivirkninger av medisiner er en velkjent plage for mange.

– Sykepleiere er i god posisjon til å observere slike bivirkninger?

– Ja, de administrerer jo ofte legemidlene. Da skal de rapportere om virkning og bivirkninger.

– Gjør de det?

– Det gjøres for lite systematisk. Her bør det være tydelige systemer, og kompetansen bør styrkes, sier Rolland.

Manglende tilsyn av de private aktørene

– Hva betyr fritt behandlingsvalg for helsen til dem med psykisk sykdom?

– Jeg kjenner for lite til det. Men grunntanken om at pasienter skal velge selv, er god, sier Rolland.

Han viser til at SPoR Troms gjorde en kartlegging av kommunene.

– Der er problemet at det er så mange private aktører, og at tjenestene settes ut på anbud.

Kartleggingen viser ifølge Rolland at kommune-helsetjenesten er underlagt tilsynsmyndighetene, men det er ikke de private aktørene.

– Det burde være krav om å føre tilsyn. Det gjelder jo mennesker i en sårbar situasjon, sier han.

Spesialisthelsetjenesten, derimot, er underlagt krav til forsvarlighet. Det gjelder også private aktører som er godkjent som spesialisthelsetjeneste.

Føler seg utstøtt og mistenkeliggjort

– Hvordan ser du på recoveryarbeid, der pasientens ønsker og ressurser blir vektlagt?

– Vi er helt klart for recoveryorienterte tjenester. Det er personbasert omsorg som tar hensyn til menneskenes egne opplevelser. Som sykepleiere har vi lang tradisjon med å styrke pasientene til å mestre plagene, ikke nødvendigvis alltid behandle dem. Man kan ha et godt liv og en god hverdag selv om man har plager.

Rolland trekker frem at også arbeidet med å hindre stigmatisering må opprustes.

– Det er mange historier om mennesker, uavhengig av bakgrunn, som føler seg utstøtt når de mottar behandling for sine psykiske plager. De opplever lettere å bli mistenkeliggjort eller tillagt skylden for tilstanden av arbeidsgivere og venner enn dem som er innlagt i somatikken.

– Her må vi starte med oss selv som sykepleiere. Vi må gjøre en lik innsats for den psykiske og fysiske helsen.

Fascineres av psyken, glemmer kroppen

– «Den glemte kroppen» – det kan vel passe som tittel på dette intervjuet, foreslår Roland.

– *Har sykepleierne glemt kroppen?*

– Ja, både sykepleiere og tjenestene. Det er en utbredt hang til å bli fascinert av det psykiske og glemme det kroppslige. Sykepleie knyttet til hele mennesket blir forsømt.

– Det er viktig å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig. Kunnskap om grunnleggende fysiske livsprosesser utgjør en viktig kompetanse. ■



6 HELSETIPS

Hvordan kan sykepleiere bedre den fysiske helsen for dem med psykiske plager?

Her er faggrupeleder Espen Gade Rollands tipliste:

- 1.** Utforsk alltid hva den enkeltes plager er, og hvilke mål dere kan sette sammen.
- 2.** Inkluder alltid brukeren i alle prosesser av hjelpen, også pårørende og nettverk.
- 3.** Hent frem den grunnleggende sykepleien. Observer og analyser også det kroppslige uttrykket.
- 4.** Ha et øye for hvordan pasienten lever: fra ernæring og fysisk aktivitet til sosial inkludering og meningsfulle aktiviteter.
- 5.** Tenk forebyggende også innen fysisk helse. Røyking, kosthold, mosjon og vekt.
- 6.** Se systematisk etter bivirkninger og interaksjoner av medisiner.



Siv Skarstein

Førsteamanuensis og prosjektleder for NSF's satsing på psykisk helse og rus, Avdeling for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet og Norsk Sykepleierforbund



Espen Gade Rolland

Leder NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus



Kristine Børsum Stenstad

Koordinator, Sentralt fagforum, Norsk Sykepleierforbund



Marit Leegaard

Professor, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Oslomet – storbyuniversitetet

Hva ønsker sykepleiere av en master innen fagområdet psykisk helse og rus?

NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus har undersøkt hva faggruppens medlemmer mener at en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid bør inneholde.

Nøkkelord

• Mastergradsutdanning • Psykisk helse og rus

Hovedbudskap

Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR) deltok i NSF's prosjekt «Fremtidens spesialsykepleier» frem mot landsmøtet i 2015. Landsmøtet vedtok at fremtidens spesialsykepleiere innen fagfeltet psykisk helse og rus skal ha utdanning på masternivå. Faggruppen gjennomførte deretter en kartlegging av hvilke temaer medlemmene mente var viktige å inkludere i et masterløp. Artikkelen presenterer og diskuterer funn og tilbakemeldinger fra denne kartleggingen.

Doi-nummer

10.4220/Sykepleiens.2021.86153

I 1954 ble de første spesialskolene i psykiatrisk sykepleie i Oslo etablert. Spesialskolene og de senere videreutdanningene i psykiatrisk sykepleie hadde som formål å gi offentlig godkjente sykepleiere det faglige grunnlaget som var nødvendig for å kunne utføre psykiatrisk sykepleie i tråd med samfunnets behov, og som tok hensyn til kravene om kvalitet og faglig etiske holdninger (1).

Det hadde i flere år vært tverrpolitisk enighet om å prioritere å utdanne sykepleiere til psykisk helsevern (2). Spesialutdanningen skulle gi sykepleierne både en sykepleiefaglig spesialisering og en utdanning til lederskap innen psykisk helsevern (3).

I 1998 ble videreutdanningen for sykepleiere erstattet med en tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helsearbeid, styrt av rammeplanen for videreutdanning i psykisk helsearbeid (4). Rammeplanen innebærer at studenter med en bachelor i sykepleie, vernepleie, sosialt arbeid (sosionom), fysioterapi eller ergoterapi kan ta samme videreutdanning i psykisk helsearbeid. Utdanningen er verken profesjonsbasert eller profesjonsorientert.

En ny masterutdanning skal utvikles

Regjeringen Solberg har bygget sin strategi innen psykisk helse- og rusfeltet rundt tre hovedgrep: avklare kapasitetsbehov og organisering av de psykiske helse-tjenestene, prioritere kvalitet og fagutvikling og videreutvikle tjenestene basert på bedre arbeidsdeling, samarbeid og bruk av teknologi (5).

Helse- og omsorgsdepartementet trekker frem desentralisering og integrering i samfunnet som viktige målsettinger for utviklingen av tjenestene (5). Kompetansen i tjenestene må utvikles for å gi en helhetlig behandling til mennesker med psykisk helse- og rusutfordringer. Det er godt dokumentert at den somatiske helsen hos mennesker med psykiske og/eller rusrelaterte utfordringer er dårlig ivare tatt, noe som fører til betydelig økt dødelighet (6).

I april 2020 besluttet derfor Kunnskapsdepartementet sammen med Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere. Det ble samtidig bestemt at den eksisterende tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helse skal revideres. Dette utviklingsarbeidet er en oppfølging av tiltak beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan (5).

Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at en masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere skal resultere i at mennesker med psykisk lidelse og/eller med helseskadelig rusbruk skal få bedre utredning, behandling og omsorg. Å sikre at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap og relevant kompetanse skal blant annet bidra til å bedre brukernes helse og redusere risikoen for somatisk sykdom og tidlig død (7).

Hensikt

NSFs faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (NSF-SPoR) satte i 2018 ned en prosjektgruppe for å kartlegge hva sykepleiere og spesialsykepleiere

innen fagområdet psykisk helse og rus mente en sykepleiefaglig fordypning burde inneholde (8).

Denne artikkelen beskriver hva sykepleiere som arbeider innen fagområdet psykisk helse og rus, mener er viktig å innlemme i utdanningsløpet.

Metode

Prosjektgruppen utarbeidet og gjennomførte våren 2018 en Questback-basert kartlegging av hva sykepleiere innen fagområdet psykisk helse og rus opplevde det var behov for av kunnskap og kompetanse innen eget fagfelt. Videre undersøkte vi hvordan de mente at de nåværende utdanningene innen feltet dekket disse behovene, og hvilke endringer de mente kunne være hensiktsmessige.

Et digitalt spørreskjema ble sendt ut til medlemmene i NSF-SPoR. Skjemaet inneholdt ti spørsmål, hvor spørsmål 7 og 10 åpnet for fritekstsvarene fra deltakerne. (Se tabell 1 på neste side.)

Beskrivelse av deltakerne

Spørreskjemaet ble sendt ut til 1440 medlemmer. Av disse gjennomførte 633 undersøkelsen, noe som gir en svarprosent på 44.

Antallet sykepleiere som jobber med psykisk helse og rus innen spesialisthelsetjenesten, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, var om lag 7400 i 2017 (10). I tillegg kommer et betydelig antall sykepleiere og spesialsykepleiere som jobber innen kommunehelsetjenesten og for private tilbydere.

Metode for dataanalyse

Analysen er todelt. Den første delen er en enkel statistisk analyse på demografiske data om deltakerne.

I den andre delen av analysen kodes og kategoriseres svarene på spørsmål 10: «Dersom du ønsker en fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du da er viktig?»



Tabell 1. Oversikt over spørsmålene

| Spørsmål: | Spørsmålsform: |
|---|---------------------|
| 1–4. Demografiske spørsmål: alder, kjønn, arbeidssted og utdanning | Lukket spørsmål |
| 5. Har du planer om å ta videreutdanning/master? | Dikotomisk spørsmål |
| 6. Ønsker du fordypning i sykepleie i en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutvikling av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus? | Dikotomisk spørsmål |
| 7. Dersom du ønsker fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du vil være viktig? | Åpent spørsmål |
| 8. Mener du dagens videreutdanning/masterutdanning gir nødvendig kompetanse til å ivareta ditt ansvar som spesialsykepleier innen psykisk helse og rus? | Dikotomisk spørsmål |
| 9. Kunne du ønske en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutdanning av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus? | Dikotomisk spørsmål |
| 10. Dersom du ønsker en fordypning i sykepleie, hvilke tema mener du da er viktig? | Åpent spørsmål |

Kategoriseringen bygges på beskrivende sitater, med bruk av Braun og Clarkes sekstrinns refleksive analyse av kvalitative data (9).

Etter at vi gjentatte ganger hadde lest gjennom svarene som spørsmål 10 hadde generert, ble materialet kodet. To av oss (KBS og SS) samarbeidet om kodingen, og deretter ble arbeidet vurdert av de resterende to (BGR og ML). Da vi var blitt enige om kodingen, tematiserte de første to (KBS og SS) det kodede og kategoriserte materialet. Dernest ble temaene inndelt i hovedtemaer.

Resultater

Resultatpresentasjonen er som analysedelen todelt. Den første delen inneholder en beskrivelse av deltakerne som besvarte undersøkelsen, den andre delen er en kategorisering av beskrivende sitater som er hentet fra svarene på spørsmål 10. Sitatene er igjen organisert i temaområder, og avslutningsvis samordnet i overordnede temaer.

Demografi og utdanningsnivå

Av de 633 sykepleierne som deltok i kartleggingen, arbeidet 36 prosent i kommunehelsetjenesten og 51 prosent i spesialisthelsetjenesten. Syttito prosent hadde videreutdanning, mens 15 prosent hadde mastergrad.

Tjueni av sykepleierne hadde ikke videreutdanning

innen psykisk helse og/eller rus. De fleste av disse (82 prosent) oppga at de har planer om å ta videreutdanning eller master, og 62 prosent ønsket en sykepleiefaglig fordypning. (Se figur 1 og figur 2.)

Av 659 sykepleiere som hadde videreutdanning eller master i psykisk helsearbeid, svarte 69,3 prosent at dagens videreutdanning/master ga nødvendig kompetanse til å ivareta ansvaret som spesialsykepleier innen psykisk helse og rus. Samtidig svarte 68,4 prosent at de ønsker en masterutdanning som videreutvikler sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus.

Hovedtemaer

I den kvalitative delen av studien bearbeidet vi data-materialet til hovedtemaer som tydeliggjør materialets meningsinnhold. Gjennom analysen av deltakernes respons på spørsmål 10 kom vi frem til følgende fem hovedtemaer:

- Tema 1. Sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk

Sykepleierne ønsket å lære mer om kommunikasjon og relasjonens betydning for behandling av psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk. Praktisk utøvelse av sykepleie for brukere/pasienter og pårørende ble vektlagt. Videre ble et behov for integrering av sykepleieridentitet, -funksjon og -rolle løftet frem.

”Mennesker med en psykisk lidelse og/eller med helseskadelig rusbruk skal få bedre utredning, behandling og omsorg.

• Tema 2. Helse, psykisk lidelse og rusbruk

Sykepleierne ønsket mer kunnskap om psykisk og somatisk helse i et livsløpsperspektiv. Videre ønsket flere mer kunnskap om utfordringer og helsefremmende tiltak knyttet til kombinasjonen av psykiske helseproblemer og rusbruk.

• Tema 3. Utvikling, organisering og ledelse

Kunnskap om organisering av tjenestetilbudet for mennesker med psykisk sykdom og/eller helseskadelig rusbruk var ønsket. Videre ble ledelse av fagområdet psykisk helse og rus tatt opp. Kunnskap om og bruk av forskning og fagutvikling ble også nevnt av flere som viktig i en masterutdanning.

• Tema 4. Juss og etikk

Juridisk kunnskap med betydning for fagområdet psykisk helse og helseskadelig rusbruk ble ansett som viktig. For eksempel er bruk av tvang i behandling noe det er et stort behov for mer kunnskap om, med henblikk på både lovverket og etikk. Ethiske aspekter ved sykepleien og behandling generelt var etterspurt.

• Tema 5. Årsaksforhold, omsorg og behandlingsmetoder

Kunnskap om bakgrunnen for utvikling av psykisk sykdom og helseskadelig rusbruk var ønsket inn i en

høyere utdanning. Videre ble kunnskap om ulike behandlingsmetoder, for eksempel medikamentell versus ikke-medikamentell behandling, nevnt som sentralt å ha mer kunnskap om.

Diskusjon

Sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk

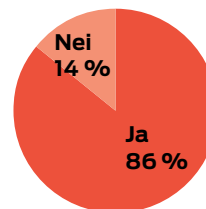
En stor andel av sykepleierne ønsket at en høyere utdanning innen fagområdet psykisk helse og rus skulle ha sykepleie i fokus, spesielt sykepleie til mennesker

”Sykepleierens rolle oppleves som delvis flytende og i endring.

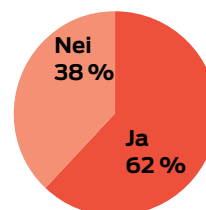
med en psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk. Videre ble sykepleierrollen trukket frem som et tema respondentene ønsket mer oppmerksomhet rundt i en ny masterutdanning.

Dette samsvarer med funn fra to tidligere studier, som viser at sykepleierrollen er kompleks og mangefasettert innen psykisk helse- og rustjenestene (11, 13). Studiene viser at sykepleierne opplever at de har et stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og -oppfølging.

Figur 1. Har du planer om å ta videreutdanning/master?



Figur 2. Kunne du ønske en tverrfaglig masterutdanning med fokus på videreutdanning av sykepleiekompetansen innen psykisk helse og rus?



De utfører et mangfold av arbeidsoppgaver, herunder observasjon av psykisk helse, kartlegging og vurdering av rusproblematikk, oppfølging av ulike behov for sykepleie, administrasjon av medisiner, dokumentasjon av behandling og samhandling og motivering til støtte-samtaler og ulike terapeutiske samarbeidsformer. De arbeider i direkte klinisk arbeid med, og har hyppig, ukentlig kontakt med brukere.

Hver sykepleier har kontakt med et høyt antall brukere og har en stor gruppe av brukere i sin portefølje. De arbeider med å samordne og koordinere ulike tjenestetilbud på vegne av brukerne.

Funn fra tidligere undersøkelser viser at sykepleiernes faglige forståelser, perspektiver og holdninger angir en vid tilnærming til pasient- og brukerbehandling. De har en sykepleiefaglig identitet og et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag. Deres kliniske blikk er spesielt. De uttrykker en faglig stolthet ved sitt arbeid (11, 13). Sammen danner dette grunnlag for en helhetlig oppfølging av brukeren.

Sykepleieutøvelsen har som mål å bistå pasienten slik at vedkommende kan få dekket sine grunnleggende behov og gradvis selv mestre livet og hverdagens utfordringer. Sentralt er brukerens behov og ressurser, som danner grunnlag for samhandling og samarbeid om mestrings- og bedringsprosesser (10, 11, 13).

Sykepleieren må ifølge Åshild Fause (12) bruke sine sanser for å følge med på hva pasientens kropp uttrykker, og kan dermed avhjelpe mange plager og ligge i forkant av pasientens behov. På den måten kan sykepleieren kombinere sine somatiske kunnskaper med spesialkunnskaper innen psykisk helse og rus til psykisk helse- og ruspsykepleierens spesielle kliniske blikk.

Likevel oppleves rolle og funksjon som delvis flytende og i endring. Grunnene til dette kan være endrede behandlingsforløp og nye arbeidsmetoder for å møte

brukeren der hun eller han er, i tråd med regjeringens strategi innen psykisk helse- og rusfeltet (5).

Helse, psykisk lidelse og rusbruk

Sintef helse gjennomførte i 2007 en evaluering av videreutdanningen i psykisk helsearbeid (13). Hensikten var å vurdere om videreutdanningene, høyskolenes fagplaner og studentenes ervervede kunnskaper ivaretok intensjonene i Opptrappingsplanen for psykisk helse (14).

Også her kom det frem at halvparten av studentene mente at studiet ikke la godt nok til rette for å tilegne seg klinisk kompetanse. Studiet møtte ikke studentenes forventninger, og spesielt sykepleiere var noe mer kritiske enn andre til hvorvidt videreutdanningen fremmet bevissthet om eget faglig fundament.

Helse, psykisk lidelse og rusbruk er naturlig nok temaer som sykepleierne i vår undersøkelse ser på som grunnleggende for hva en masterutdanning bør ta for seg. Respondentene ønsker at en ny masterutdanning skal gi utvidet kompetanse på psykisk helse i et livsløpsperspektiv.

Et mer sykepleiespesifikt fokus som inkluderte brukernes somatiske helse, var også ønsket av mange. Sykepleiere er i en særstilling blant utdanningsgruppene som i dag er inkludert i tverrfaglig videreutdanning innen psykisk helse og rus, ettersom sykepleiere har en somatisk grunnutdanning.

Når sykepleiere innen psykisk helse- og rustjenestene rapporterer at de i liten grad eller ikke i det hele tatt vektlegger fysiske helseproblemer hos pasienter og brukere, er dette bekymringsfullt (10). Dette kan muligens bety at videreutdanningen i psykisk helsearbeid de siste årene i liten grad har vektlagt fysisk helse og grunnleggende sykepleie.

Funnene bekymrer når vi vet at svært mange pasienter innenfor psykisk helse- og rustjenestene er særlig utsatt for fysiske helseplager og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt (11, 13). En fremtidig større vektlegging i utdanningen av behandling og oppbygging av pasientenes somatiske helse kan bidra til å styrke og tydeliggjøre sykepleierens legitimitet og funksjon.

Når sykepleierne i vår undersøkelse oppgir at de øns-

”

Svært mange pasienter innenfor psykisk helse- og rustjenestene er særlig utsatt for fysiske helseplager.

ker mer kunnskap om hva mennesker med psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk trenger av sykepleie, så forstår vi det slik at bedre kunnskap om psykisk lidelse og helseskadelig rusbruk er det som etterspørres. Dette er områder hvor vår forståelse av årsaker, sammenhenger, konsekvenser og behandling stadig er under utvikling.

Komplekse helseutfordringer fordrer at sykepleierne på den ene siden har bred kompetanse om menneskets helse og utvikling, og på den andre siden spesialisert kompetanse innen sentrale områder som somatisk helse, sykdom, psykisk helse, livskvalitet og rusbruk, hvor også livsløpsperspektivet blir sentralt.

Sykepleierens funksjon er derfor i stadig utvikling, noe som kan forklare hvorfor sykepleierne jevnt over var mer negative enn de andre yrkesgruppene i Sintefs evaluering av den eksisterende tverrfaglige videreutdanningen (13). Sykepleiere har lært mer om symptomer på psykisk lidelser i grunnutdanningen, og har andre forventninger når det kommer til krav om kunnskap om symptomer på alvorlige psykiske lidelser og behandlingen av dem (10, 13).

Utvikling, organisering og ledelse

Med regjeringens satsing på desentralisering av tjenestene og hjelp til mennesker med psykisk helse- og rusproblematikk der de er, er det behov for økt kunnskap om utvikling, organisering og ledelse av psykisk helse- og rustjenestene (5).

De to studiene som er gjort på sykepleiere innen psykisk helse- og rustjenestene i Norge (11, 13), viser at sykepleierne opplever at de har et stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og -oppfølging. Det er derfor naturlig at utvikling, organisering og ledelse er det neste temaet som kommer frem i analysen. Sykepleierne i undersøkelsen er opptatt av at kunnskap om organisering og ledelse av tjenestene bør få en sentral plass i en ny masterutdanning. NSF ønsker flere sykepleierledere, og mer kunnskap om organisering og ledelse av tjenestene vil kunne bidra til rekruttering av ledere blant sykepleiere.

Sykepleiere i kommunene arbeider ofte i team med andre helse- og sosialfaglige høyskoleutdannede samt helsefagarbeidere. Sykepleierne er den største fag- og

yrkesgruppen, noe som fordrer at de må ta både et faglig og et organisatorisk ansvar. Den faglige ledelsen medfører også ansvar for dokumentasjon av klinisk arbeid og koordinering av ressurser og personell, både i tjenesten og mellom tjenester (10).

” Sykepleieren står ofte i sentrum for pasientbehandlingen i kommunen.

Juss og etikk

Etiske og juridiske problemstillinger knyttet til sykepleie rettet mot denne pasientgruppen er et tema som sykepleierne i vår undersøkelse også ser på som viktig. Sintefs rapport fra 2017 viser at sykepleiere innen psykisk helsevern ønsker mer kompetanse om alternativer til bruk av tvang og om sikkerhet ved bruk av tvangsmidler (10).

Sykepleierne i undersøkelsen ønsker i stor grad en satsing på etisk refleksjon og veiledning samt god innføring i lovverket i en ny masterutdanning innen psykisk helse og rus. Tidligere studier støtter opp under dette funnet, da sykepleiere gjennomgående oppgir at de ønsker mer veiledning og etisk refleksjon (10, 13).

Sykepleieutøvelsen har som mål å bistå pasienten slik at vedkommende kan få dekket sine grunnleggende behov og gradvis selv mestre livet og hverdagens utfordringer. Sentralt er brukerens behov og ressurser, som danner grunnlag for samhandling og samarbeid om mestrings- og bedringsprosesser (10, 11, 13).

Årsaksforhold, omsorg og behandlingsmetoder

Mange respondenter trekker frem relasjonskompetanse og kunnskap om kommunikasjonsteknikker som sentrale deler av sykepleie til mennesker med psykisk helse- og ruslidelser. Utvikling av gode relasjoner til pasienter og pårørende er grunnlaget for yte god sykepleie til pasienter med rus- og psykisk helseutfordringer (10, 15).

Dette stemmer godt med tidligere rapporter, som viser at sykepleiere innen psykisk helse- og rusfeltet opp-



gir relasjonskompetanse som en svært viktig og integrert del av deres sykepleierhverdag (11). Relasjonskompetanse er riktignok ikke sykepleiespesifikt, men flere respondenter i vår studie oppgir gode relasjoner som et utgangspunkt for å utøve andre sykepleieroppgaver.

Omsorg og behandlingsmetoder er et område mange sykepleiere i vår undersøkelse oppga som svært viktig. Det er ønske om en mer praksisnær tilnærming med teoretisk og praktisk opplæring i behandlingsmetoder sykepleierne kan anvende i egen praksis.

Flere knyttet dette opp mot tjenesteorganisering og viste til hvordan sykepleiere med master innen psykisk helse og rus kan bruke utdanningen til å utvikle fagfeltet og sykepleien. Tidligere studier har vist at sykepleieren ofte står i sentrum for pasientbehandlingen i kommunen, og det er derfor behov for gode arbeidsmodeller som kan benyttes i behandlingen av brukere og pasienter (11).

Konklusjon

Vår undersøkelse viser at sykepleiere innen fagfeltet

psykisk helse og rus ønsker seg en masterutdanning som gir økt kompetanse innen sykepleiefaglige områder. Masterutdanningens innhold må tilføre kunnskap og ferdigheter for å styrke sykepleierne kompetanse så pasientenes behov for sykepleie skal imøtekommes.

En masterutdanning som skal føre frem til en spesialisering i sykepleie til mennesker med psykisk lidelse og/eller helseskadelig rusbruk, må ifølge sykepleiere innen fagfeltet vektlegge relasjonens betydning og utvikling av samarbeid om helsefremmende tiltak og innsatser.

Kunnskap om psykisk og somatisk helse i et livsløpsperspektiv blir sentralt. Kompetanse på ledelse og organisering, i tillegg til anvendelse av forskning og fagutvikling, blir fremhevet som viktig for å bedre tjenestetilbudet.

Komplekse helseutfordringer hos pasientene medfører at juridiske og etiske aspekter må ha en betydelig plass i en slik masterutdanning. Sykepleieren har en særstilling når det gjelder kunnskap og kompetanse om helhetstenkning rundt pasienten og hans eller hennes pårørende. ■

Referanser

1. Vråle GB, Karlsson B, Hummelvoll JK, red. Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvforståelse, praksis og forskning. Høgskolen i Hedmark; 2010. Rapport nr. 14 – 2009. Tilgjengelig fra: <https://brage.inn.no/inn-xmloi/handle/11250/133792> (nedlastet 26.05.2021).
2. Borge L, Hummelvoll JK, Ulland E. Kompetanse og yrkesidentitet – en evaluering av norske videreutdanninger i psykiatrisk sykepleie. *Vård i Norden*. 1997;17(1):25–32. DOI: 10.1177/205715859701700105
3. Lysnes M. Behandlere, voktere? Psykiatrisk sykepleies historie i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.
4. Forskrift 1. desember 2005 nr. 1384 til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1384> (nedlastet 11.02.2021).
5. Meld. St. 7 (2019–2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (nedlastet 26.05.2021).
6. Heiberg IH, Jacobsen BK, Nesvåg R, Bramness JG, Reichborn-Kjennerud T, Næss Ø, et al. Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS ONE*. 2018;13(8):e0202028. DOI: 10.1371/journal.pone.0202028
7. Kunnskapsdepartementet. Utvikler ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikler-ny-masterutdanning-i-psykisk-helse--og-rusarbeid2/id2699563/> (nedlastet 11.02.2021).
8. Fause Å, Lyngved K, Rolland EG, Bremnes O. Tverrfaglige masterutdanning i psykisk helse og rus. Forslag til ferdypningsemner i sykepleie. Oslo: NSF-SPoR; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/4199385/cache=20192503204751/Sluttrapport%20-%20Sykepleiefaglig%20ferdypning%20i%20tverrfaglig%20master%20NSF-SPoR%20%202018.pdf> (nedlastet 11.02.2021).
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a
10. Melby L, Ådnanes M, Kasting F. Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: Sintef; 2017. SINTEF-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1456358/> (nedlastet 26.05.2021).
11. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen i Buskerud og Vestfold; 2015. Tilgjengelig fra: <https://openarchive.usn.no/usn-xmloi/handle/11250/298288> (nedlastet 26.05.2021).
12. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten. *Sykepleien*. 2019;107(74841):e-74841. DOI: 10.4220/Sykepleien.2019.74841
13. Ådnanes M, Harsvik T. Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. Trondheim: Sintef; 2007. SINTEF A2954. Tilgjengelig fra: <https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid> (nedlastet 26.05.2021).
14. St.prp. nr. 63 (1997–98). Opptreppingsplan for psykisk helse 1999–2006. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1> (nedlastet 11.01.2021).
15. Varvin S, Geirdal AØ, red. Relasjoner i psykisk helsearbeid. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

PSYKISK HELSE HAR OGSÅ EN Plass I SOMATIKKEN



Liv Bjørnhaug Johansen
Temareaktør, og sykepleier
på Drammen sykehus

I en spesialisthelsetjeneste, der avdelingene er delt inn etter organer, er det ikke bare lett å behandle hele mennesker.

Jeg synes jeg treffer dem ofte på sykehuset. Pasientene som minner meg på at systemet vårt er utilstrekkelig. De som både har psykiske og fysiske lidelser. Gjerne flere av hver. De forkludrer kategoriene våre. Passer ikke inn i arbeidsflyten vår.

Som han med PTSD etter en barndom med overgrep som nå kommer inn og ut på sykehuset med hodepine og kronisk tarmsykdom. Vi gir ham vane-dannende smertestillende mot hodepine, fjerner kanskje enda en bit av tarmen hans og sender ham hjem. De med angstlidelser som kommer inn akutt med noe som burde vært tatt hånd om for lengst, og har journalen full av ikke-møtt-notater. Overvektige, tungt medisinerte, kronisk deprimerte som krysser av på alle punktene for risikofaktorer. Vi øker de kolesterolsenkende medisinene og setter dem på blodfortynnende, men får ikke gjort så mye mer ...

Vi sender dem hjem etter å ha behandlet det de kom for, men med en følelse av å ha kittet et hull i en grunnmur som er i ferd med å rase ut.

Kropp og sinn

I spesialisthelsetjenesten er symptomene pasientene kommer inn med, kanskje egentlig toppen av isfjellet og åpenbart tett forbundet med en vanskelig livssituasjon eller dårlig psykisk helse. Kanskje sender vi epikrisen som henvisning til psykiatrien. Der blir den som regel liggende. For hvordan skal en





psykiater kunne behandle en hodepine, et høyt blodtrykk eller en tarminflammasjon?

Det er filosofen Descartes som gjerne får skylda. I historiebøkene er det gjerne ham den besværlige delingen av kropp og sinn spores tilbake til. Han var nok ikke helt alene om dette tilbake på 1600-tallet, men sikkert er det at opplysningstidens dualistiske syn på mennesket har fått enorm betydning for hvordan vi har sett på sykdom.

Opplysningstidens medisinerere og filosofer fortapte seg i anatomiens kompleksitet gjennom disseksjoner og kjemiske eksperimenter. De utviklet et bilde av menneskekroppen som en avansert maskin. Sjelen var en atskilt enhet som bare hadde forbigående bolig i denne maskinen. Kropp og sinn var to fundamentalt forskjellige substanser som eksisterte hver for seg.

«Kropp-sinn-problemet», altså hvordan disse to enhetene påvirker hverandre, har vært diskutert i århundrer siden. Fortsatt opererer vi med et ganske skarpt skille mellom psyke og soma som et prinsipp som både organiserer kunnskap og tjenester. Det setter sykepleiere i en paradoks situasjon. Vi skal se hele mennesket, men befinner oss i et system som ikke gjør det.

Kunstig skille

«Skillet mellom kroppslig og psykisk sykdom er nok kunstig», sier psykiater Petter Andraes Ringen i et intervju i dette bladet. Jo mer forskning det gjøres på sammenhenger mellom psyke og soma, jo mer finner man. Lenge har man sett statistiske sammenhenger, men nå sitter forskere som studerer biologisk psykiatri på Universitetet i Oslo og finner sammenhenger også på cellenivå og i DNA-et vårt.

De av oss som har langvarige psykiske lidelser, dør ikke bare tidlig fordi de får livsstilssykdommer av uregelmessig kosthold, røyking, medisiner og rus. Dette er også komponenter, men nå finner forskerne at bildet er så mye mer komplekst.

«Vanskelige» pasienter

I somatikken er psykisk sykdom ofte noe vi kanskje

først og fremst ser på som et problem for å få gjennomført utredning og behandling. Noe som gjør det litt vanskeligere for oss å gjøre jobben vår. Kan vi stole på at smertene de oppgir er reelle? Kommer de til å ta medisinerne vi ber dem om? Trenger de virkelig det de ber om?

Pasienter med psykiske lidelser i tillegg til somatiske, faller lett inn i kategoriene «vanskelige» pasienter. Og når listen over diagnoser blir lang, er det ikke så helt sjelden at både leger og sykepleiere himler litt med øynene og tar symptomene litt mindre på alvor. Det er det ingen grunn til å gjøre.

«Noen får visst alt», hender det vi sier. Som om det er tilfeldig, eller kanskje litt mistenkelig, at noen både har fibromyalgi, kols, angst, depresjoner og gjentakende infeksjoner. Men forskningen er tydelig; komorbiditet er ikke tilfeldig. Det ene disponerer for det andre. Et traume gjør kroppen din mer sårbar for annen sykdom. Psykisk sykdom aktiverer immunsystemet. Hvert menneske er en organisme der alt henger sammen med alt.

Sårbarhet og forebygging

Akkurat det er en erkjennelse som er litt vanskelig å forholde seg til for en spesialisthelsetjeneste der hele strukturen er fundert på at kroppen er en samling organer og systemer som kan behandles hver for seg.

For vi trenger fortsatt at noen vet alt som er å vite om nyre, tarm eller øyet. At noen vet akkurat hvordan et malignt lymfom utvikler seg eller hvilken antibiotika som kan tenkes å bite på en multiresistent tuberkelbakterie. Vi trenger spesialistene. Men vi kan ikke fortsette å ignorere at synet på kroppen som en komplisert maskin isolert fra sinnet, er en feilslutning.

I et sykehus fullt av hyperspesialister kan nettopp sykepleiere være generalistene som kan se det store bildet. For kunnskapen om disse sammenhengene kan være gull verdt i den litt usynlige, men så uendelig viktige oppgaven som kalles forebygging. Når vi tar denne kunnskapen med oss inn i det kliniske arbeidet, kan vi avdekke risiko og sårbarhet og sikre forebyggende tiltak og adekvat oppfølging. Det kan vi vinne mange leveår på. ■



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



NITO

Bioingeniørfaglig
institutt - BFI

Blodprøvetaking – en god opplevelse for alle involverte

NITO BFI preanalyse og PNA har gleden av å invitere til kurs i blodprøvetaking. I dette kurset skal vi se på tekniske utfordringer i blodprøvetaking, men også ruste oss for de mellommenneskelige

situasjonene som oppstår i prøvetakingssituasjonen. Du skal få påfyll som gjør at både du, pasient og pårørende skal ha en god opplevelse under prøvetakingen. Vi oppfordrer deltakere til å stille med poster.

Det inviteres til produktutstilling. Dersom du er interessert i å stille på stand ta kontakt med NITO BFI.

For mer informasjon og påmelding se www.nito.no/bfikurs



19.-20. oktober 2021

Påmeldingsfrist: 28. september 2021



Scandic Helsfyr, Oslo

BFI-medlem kr 3400, NITO-medlem eller fagorganisert autorisert helsepersonell kr 4250, andre kr 6800.
Overnatting: Bestilles av deltaker (NITO avtalepris 1140 kr – bookingkode 47603424)



Sykepleier – ønsker du god lønn og frihet?

Vi har jobb til deg som er sykepleier eller intensivsykepleier i hele Norge. Hos oss får du fleksibilitet, og kan påvirke både hvor og når du vil jobbe.

Vi gir deg god lønn, pensjon, sykepenger, samt 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:

+47 74 80 40 70

nurse@dedicare.no

www.dedicare.no/nurse

DEDICARE