

## FORSKNING

# Helsefremmende sykepleie i psykisk helsevern – pasienters drømmesykehus

[Nina Helen Mjøsund](#)

Forsker

Forsknings- og utviklingsavdelingen, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken HF

[Sykepleie](#)

[Helsefremming](#)

[Psykisk helse](#)

[Salutogenese](#)

[Psykisk lidelse](#)

[Kvalitativ studie](#)

Sykepleien Forskning 2020;15(80478):e-80478

DOI: [10.4220/Sykepleienf.2020.80478](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80478)

Sammendrag

**Bakgrunn:** Helsefremming for å styrke psykisk helse har fått økende oppmerksomhet og er et viktig kunnskapsområde i sykepleie. I denne artikkelen undersøker jeg norske forhold og diskuterer fremtiden for sykepleiefaget. God psykisk helse er viktig for velvære og livskvalitet. En salutogen teoretisk tilnærming til helsefremming gir andre innsikter enn en patogen tilnærming til sykdomsforebygging.

**Hensikt:** Å få kunnskap om hva personer med psykisk lidelse synes har styrket deres psykiske helse under døgninnleggelse i psykisk helsevern, og om hva de mener kan være helsefremmende forbedringer i fremtidens sykehus.

**Metode:** Forskningstilnærmingen Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) ble benyttet. Jeg samlet inn data gjennom dybdeintervju av tolv strategisk utvalgte, tidligere innlagte pasienter i psykisk helsevern med alvorlige psykiske lidelser. Intervjuene ble transkribert og analysert hver for seg før all tekst ble analysert samlet.

**Resultat:** Pasientene beskriver drømmesykehuset som et husrom med en forutsigbar døgstruktur og tydelig organisering, der det tilbys bredspektrert, individuelt tilpasset omsorg og behandling, og der helsepersonell inngår i helsefremmende relasjoner med pasientene.

**Konklusjon:** Pasientene beskriver helsefremmende forhold ved innleggelse som har relevans for det sykepleiefaglige ansvaret. De opplever det som helsefremmende å få hjelp til grunnleggende menneskelige behov som søvn og mat gjennom en tydelig døgstruktur og individtilpasset omsorg. Helse skapes i relasjonene til helsepersonellet. Pleie og omsorg i psykisk helsevern er viktig i pasientenes bedringsprosess og blir en kilde til bedre helse og mer velvære. Sykepleie til personer med psykiske lidelser bør revitaliseres fordi pasientene trenger det og opplever det som helsefremmende.

Psykisk lidelse og psykisk helse er ikke to sider av samme sak. De er forskjellige fenomener, men kan påvirke hverandre. Vi kan ha mer eller mindre lidelse eller være helt friske. Psykisk helse, derimot, har vi alle, hele tiden, men kvaliteten kan oppleves forskjellig.

For å utvikle helsefremmende og sykdomsforebyggende intervensjoner trenger vi kunnskap fra flere perspektiver. Når målet er å styrke helsen, trenger vi kunnskap om hva som føles helsefremmende. I strategien «Mestre hele livet» anses god psykisk helse som en ressurs for velvære og livskvalitet (1).

Helsefremming for å styrke psykisk helse har fått en tydeligere plass i internasjonale og nasjonale anbefalinger de siste årene (2, 3). En reorientering av helsevesenet mot mer helsefremming og forebygging ble stadfestet i Ottawa-charteret allerede i 1986 (4) og var en reaksjon på den ensidige oppmerksomheten på sykdom og kurativ virksomhet. Behovet for helsefremming ble igjen understreket i Shanghai-deklarasjonen (5).

### **Definisjon av psykisk helsevern og helse**

Psykisk helsevern defineres som spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker med psykisk lidelse samt pleien og omsorgen det krever (6). Sykepleiere har kompetanse på kompensierende tiltak når psykiske lidelser påvirker egenomsorgsferdigheter i hverdagslivet, og på det å mestre livet med lidelse eller sykdom.

Sykepleiere har kunnskap om kroppslige behov når sykdom og lidelse rammer. Samtidig kan sykepleiere mye om grunnleggende behov, helse og normalutvikling i et livsløpsperspektiv.

Synet på helse har endret seg siden Florence Nightingale (1820–1910) mente at god helse ikke bare var å føle seg vel, men også å gjøre god bruk av våre ressurser (7). I 1946 definerte Verdens helseorganisasjon (8) helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære.

En dansk studie fra 2017 (9) fremhever at mental sunnhet er alt det som gjør livet verdt å leve. Da forstås altså ikke psykisk helse som fravær av sykdom eller psykisk lidelse, og dermed kan personer med alvorlig psykisk lidelse oppleve å ha god psykisk helse.

### **Hva er salutogenese?**

Salutogenese er kunnskap om hva som bringer helse (10); *salus* betyr helse og *genese* opprinnelse. For å tilby en helhetlig pleie og omsorg til pasienter med psykiske lidelser trenger vi kunnskap om både helse og sykdom. En salutogen forståelse av helse er en styrkebasert og ressursorientert tilnærming.

Salutogenese kan komplementere sykdomskunnskap basert på patogenese. Antonovsky stilte det salutogene spørsmålet «hva bringer helse?». Hans svar var den salutogene helsemodellen, der helse beskrives som en bevegelse, et kontinuum (11). Salutogenese er introdusert som et teoretisk rammeverk for helsefremmende forskning og praksis (12).

Keyes (13) har utviklet en modell av *psykisk helse* basert på en salutogen orientering, der psykisk helse defineres som tilstedeværelse av mer eller mindre psykologisk, sosialt og emosjonelt velvære. Det er en grunnleggende forskjell mellom psykiske lidelser og psykisk helse (14). Psykisk lidelse er noe vi ønsker å unngå og vil forebygge, mens mental sunnhet er noe vi etterstreber og ønsker mer av.

I en studie av hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse erfarte psykisk helse, fant Mjøsund og medarbeidere (15) at psykisk helse ble opplevd som noe alltid tilstedeværende, et dynamisk aspekt ved livet, som å bevege seg opp og ned en spiraltrapp, influert av kroppslige opplevelser, emosjoner, relasjoner og engasjement. Å anvende en salutogen tilnærming er relevant for sykepleiefaget (16) og er viktig kunnskap i arbeidet med psykisk syke (17).

### **Fra psykiatri til psykisk helsevern**

Den norske spesialisthelsetjenesten er utviklet fra psykiatri til psykisk helsevern, en endring fra en biomedisinsk tilnærming til en mer helhetlig orientering, der flere perspektiver inkluderes i behandlingen. Det psykiatriske sykepleiefaget har også gjennomgått endringer, og i tråd med denne utviklingen benevnes nå faget som spesialsykepleie innen psykisk helse og rus.

Diskusjoner om hvordan faget skal utvikles, er nødvendig for en tidsriktig tilpasning. I klinisk praksis har sykepleiere ansvaret for å utøve en helhetlig omsorg som inkluderer både fysiske, sosiale, åndelige og mentale tilnærminger. I den hensikt å belyse deler av denne helheten teoretisk kan et spesifikt avgrenset perspektiv anvendes.

I denne artikkelen undersøker jeg psykisk helse, men i levd liv er selvsagt psykisk helse innvevd med andre forhold, blant annet fysisk helse.

En recoveryorientert helsetjeneste fokuserer på å mestre langvarige utfordringer som følge av psykisk lidelse heller enn lidelsen i seg selv (18). I tillegg til behandling og symptomreduksjon trenger personer med psykiske lidelser intervensjoner for å styrke sin psykiske helse (19).

Det er få studier som undersøker hva pasienter i psykisk helsevern mener er helsefremmende, men Mjøsund og medarbeidere (20) fant at personer med psykisk lidelse opplevde det som helsefremmende å lære om sin psykiske lidelse og helse. De hadde appetitt for kunnskap om lidelsen, men også om hva som kan styrke helse og velvære (20).

### **Hensikten med studien**

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hva personer med psykisk lidelse synes styrker deres psykiske helse under døgninnleggelse i psykisk helsevern, samt om hva som kan være helsefremmende forbedringer i fremtidens sykehus – deres drømmesykehus.

### **Metode**

Den kvalitative metodologien fortolkende, fenomenologisk analyse (IPA, Interpretative Phenomenological Analysis) (21) ble anvendt for å undersøke deltakernes levde erfaringer. IPA kombinerer en fenomenologisk, hermeneutisk og ideografisk tilnærming med spesiell vekt på meningsdannelse – hvilken mening den enkelte person tillegger sine opplevelser.

IPA inkluderer en dobbel hermeneutikk fordi forskerens forståelse av hvilken mening deltakerne tillegger sine opplevelser, er det endelige resultatet av analysen.

Fem forskningsrådgivere med egen erfaring fra spesialisthelsetjenesten ble involvert gjennom hele forskningsprosessen (22). Samarbeidet bidro til bedre forskningskvalitet (23).

## **Rekruttering og utvalg**

Tolv tidligere døgninnlagte pasienter ble strategisk utvalgt av sykepleiere ved fire døgnsseksjoner. Deltakerne hadde vært innlagt minst 14 dager de siste to årene og hadde ifølge dem selv opplevd å få hjelp av helsetjenesten i sin bedringsprosess.

Deltakerne var sju kvinner og fem menn i alderen 23 til 80 år, som hadde levd med alvorlige psykiske lidelser: to hadde psykoselidelser, fem hadde bipolare lidelser, to hadde alvorlige depresjoner, og tre hadde dobbeltdiagnosen rus og psykisk lidelse (3).

Sykehistorienes varighet var fra ett til 24 år. Til sammen hadde de over 100 innleggelses, både på åpne og lukkede enheter. Antallet innleggelses per person varierte fra en til over femti ganger.

## **Datainnsamling**

Jeg gjennomførte og transkriberte semistrukturerte intervjuer (50–120 minutter). En intervjuguide basert på en salutogen orientering ble benyttet, der åpningsspørsmålet var som følger: «Fortell meg hva du opplevde som fremmet din helse mens du var innlagt?»

Erfaringer om hva som hadde vært bra, nyttig og viktig, ble spesielt etterspurt. I tillegg ble deltakerne stimulert til kreativ tenkning for å få frem ideer til forbedringer basert på betingelsesløse spørsmål.

## **Analyse**

Jeg fulgte analysetrinnene i IPA (21). Analyseprosessen begynte allerede under intervjuene og fortsatte ved å lytte til lydopptakene gjentatte ganger samt lese gjennom transkriptene. Hvert intervju ble analysert før neste intervju ble gjennomført, en analyse der oppmerksomheten rettes mot hver enkelt deltakers fortelling.

Så gjennomførte vi en på-tvers-analyse, der sitater fra alle intervjuene ble samlet under tentative temaer. En ny gjennomgang med søkelyset på mønster, likheter, nyanser og variasjon, sammenhenger og kontraster resulterte i tre temaer. Den analytiske prosessen ble tilrettelagt ved hjelp av tankekart og NVivo 10.

## **Personvern og forskningsetikk**

Studien ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (referansenummer 2012/566/REK) og gjennomført i tråd med lover og retningslinjer (24).

## **Resultater**

Erfaringer fra personer med alvorlige psykiske lidelser er rike kilder til kunnskap om helsefremming under innleggelse.

Lytter vi til disse tidligere pasientene, er drømmesykehuset et hus med tak og vegger, forstått som fysiske *rammer*, med *en struktur* der det tilbys en *bredspektret* og *tilpasset sykepleie og behandling* av helsepersonell som inngår i *helsefremmende relasjoner* til pasientene.

### **Rammer og struktur bereder grunnen for bedring og helsefremming**

Døgninnleggelse betyr å oppholde seg og være i et *hus*, en sykehusavdeling eller et distriktspsykiatrisk senter (DPS). Deltakerne fremhevet hvor viktig det var med fysiske rammer og rutiner for døgnetts aktiviteter.

En møtestruktur og en måltidsrutine er en selvfølge i døgnsseksjoner, men deltakerne understreket hvor viktig det var for opplevelsen av helsefremming. Flere delte denne betraktningen:

«Rutiner er avgjørende for å forholde meg til en fast ukeplan, så det at det skjer, klokka ti så er det gruppe, uansett. Det er en av grunnene til at jeg blir lagt inn – det er å få faste rutiner, fordi det er jo ofte det som skjer at jeg skjener ut og sover lenge og sovner sent og spiser lite, spiser usunt. Så å få igjen døgnrytmen – i hovedsak er det søvn, faste medisiner eller medisiner til fast tid, og mat, som er viktigst når jeg er innlagt.»

Det er en av grunnene til at jeg blir lagt inn – det er å få faste rutiner.

Deltaker i studien

Deltakerne beskrev hvordan vedlikehold og estetisk standard på seksjonene påvirket dem. Forfall og omgivelsenes utforming taler sitt eget språk, slik disse sitatene viser:

«Vi kunne godt ha pusset opp litt, fordi det er så sykt falleferdig. Det er veldig lite hyggelig. Det påvirker meg faktisk mye. For det å komme dit hvor det er så stygt og så uhyggelig. Så de ansatte kan være så hyggelige de bare vil, men når det ser sånn fælt ut, det er så demotiverende.»

«Men så tillates det et sånt forfall som på en måte er med på å bekrefte, ja, det bekrefter jo på en måte sykdommen din kanskje da, og så høyt er jeg verdsatt i min lidelse, og det er ikke så viktig hvordan det ser ut der.»

## **Tilpasset og bredspektret omsorg og behandling fremmer helse**

På drømmesykehuset blir pasientene behandlet som unike personer, og omsorgen er individtilpasset. Det forutsetter medisinsk kunnskap om lidelsene og hvordan det kan være å leve med en psykisk lidelse samt kunnskap om behandlingsalternativer, medisiners virkning og bivirkninger. En pasient var opptatt av å bli møtt med kunnskapsbasert forståelse for symptomene hun opplevde:

«Så det var starthjelpen da, for liksom å få det til å bli en vane, en struktur i livet, det har vært veldig viktig for at jeg skal komme meg. Det blir en sånn startkabel [Ier]. Ja, bare for å komme i gang igjen, lite granne hjelp bare på de enkleste småtingene kan gjøre at du klarer den dørstokkmila helt selv til slutt, ikke sant? Mange forstår ikke hele den greia, hvorfor det kan være så vanskelig å gå over dørstokken. Da er det veldig deilig når du kommer på et sted hvor de forstår og skjønner.»

Deltakerne syntes sykepleie og behandling av mer helhetlig og omfattende karakter var helsefremmende. Flere ga uttrykk for frustrasjon over for mye oppmerksomhet på medikamenter:

«I mitt ideelle sykehus, så er det mindre medisinbruk og mer annen behandling. Fordi hvis du starter på medisiner og går på medisiner noen år, og jo eldre du blir – det må tenkes mer på langtidseffekten av medisin enn bare å fjerne den depresjonen som er nå. Så det faktisk provoserer meg hver gang de skal ha meg på nye medisiner fordi jeg er deprimert. Nei, da vil jeg heller jobbe meg ut av det og se på hva som faktisk har vært grunnen til at man er deprimert. Da vil jeg heller bli lagt inn tre ganger ekstra enn å drive med det medisinstyret.»

«Bredspektret behandling. Gå til verks på alt, ikke bare selve merkelappen bipolar. For meg har det gjennom alle årene – de har bare peset på med medisiner. Jeg har sikkert prøvd 14–15 forskjellige antidepressiva og stemningsstabiliserende. Når jeg kom til behandleren min, så var det bare snakk om medisiner. Så når jeg fikk dette oppholdet her, altså det å være innlagt, hvor mye det hjelper på hele greia. Du tar tak, mat og søvn, medisin, du rydder opp i veldig mye – i tillegg lære om tanker, følelser og får behandling på alt. Det har i hvert fall vært gull verdt for meg.»

En deltaker satte fingeren på behovet for et mer kjønntilpasset behandlingstilbud:

«Det er aktiviteter nesten uten unntak som i utgangspunktet er kvinnelige, og det provoserte meg grenseløst. Og jeg trakk meg fra flere ting, og det var ikke fordi jeg mente at jeg ikke hadde godt av det, for å sitte og male kunne sikkert ha trigget ting i meg. Men jeg savnet et miljø hvor menn kunne være menn.»

## **Relasjonenes helsefremmende kraft**

Alle deltakerne trakk frem betydningen av å ha gode relasjoner til helsepersonellet under innleggelsen. En sa følgende:

«Primærkontakten betydde hele greia for meg. Hun ble et slags holdepunkt. Jeg visste at jeg kunne gå til henne. Jeg visste at hun forsto meg, på et vis. Det var helt alfa og omega for hele oppholdet, egentlig. Jeg føler at hun reddet livet mitt, egentlig. Så det med den primærkontakten, det er en viktig ting, tror jeg. Å ha den ene personen som du kjenner, som er min, og som har hørt og kjenner historien min litt mer grundig.»

Relasjonene var forankret i en opplevelse av å bli sett og bekreftet som menneske over tid, av noen som tok et dedikert ansvar. I tanker om drømmesykehuset ble kontinuitet i relasjoner trukket frem som avgjørende for å få god hjelp, slik en deltaker sa det:

«Hvis man trenger institusjonsopphold, og så har man en behandler på en poliklinikk da, så kan han komme inn og ha kontakt med deg mens du er innlagt og fortsette etterpå. Da hadde vi jo sluppet de bruddene som blir også. Det er en ting som kunne vært ideelt.»

En deltaker mente at relasjonene og samhandlingen med helsepersonellet på døgnavdelingen bidro til bedring og påvirket ham positivt:

«Hvis vi tar 24 timer i døgnet ganger sju, så havner man på 170 timer. Så har man en samtale med behandler – som jeg var veldig fornøyd med, og som betydde mye for meg. To timer! Men de andre 168 timene [sammen med helsepersonell i avdelingen] – det er ikke noe tvil i mitt bilde hvor jeg ble frisk igjen! Psykologen toppet det, og det var fantastiske samtaler. Men vel så viktig er jo det miljøet rundt og de man omgås med hele tiden i det daglige.»

## **Diskusjon**

Funnene kan kanskje ikke betegnes som overraskende, men er likevel viktige. Pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, peker på forhold som kan gi dem symptomlette og bedring, men også mer helse og velvære – altså mindre av noe negativt, som psykisk lidelse, og mer av noe positivt, som helse.

Denne kunnskapen er relevant for sykepleiere i psykisk helsevern fordi det handler om grunnleggende sykepleie. Ifølge deltakerne inneholder drømmesykehuset elementer som finnes i dagens helsetjenester.

Men har viktigheten av pleie og omsorg for de aller sykeste bleknet? Trenger vi å revitalisere betydningen av sykepleie til pasienter innlagt i psykisk helsevern? Da er pasientene selv gode allierte.

## «Ifølge deltakerne inneholder drømmesykehuset elementer som finnes i dagens helsetjenester.»

På vegne av pasientene må sykepleierne tydelig beskrive hva kyndig og nødvendig omsorg innbefatter, i tråd med det som psykisk helsevernloven forutsetter (6). Argumentene for omsorgsutøvelse er forankret i pasientenes behov, slik deltakerne i denne studien bekrefter.

De miljøterapeutiske rammene virket helsefremmende for deltakerne. Prinsipper for samhandling og atmosfæren som preger prosesser innomhus, har utviklet seg over tid. Miljøterapi, konstituert av alt i det fysiske og sosiale miljøet, har potensialet til å påvirke en terapeutisk endring (25).

### **Sykepleierne må dekke pasientens grunnleggende behov**

Siden Nightingales tid har sykepleiere vært opptatt av å fjerne eller lindre plager hos pasienten og tilrettelegge omgivelsene for en helende prosess (7).

Pasienter med psykiske lidelser kan i tiden før innleggelse oppleve at kostholdet forringes, aktivitetsmønstre endres, rutiner smuldres bort, og døgnet snus. Da bør de møte kvalifiserte sykepleiere som vektlegger søvn, hvile og aktivitet, mat og ernæring, personlig hygiene og stell samt medmenneskelig samvær.

Sykepleiers kjernekompetanse handler om grunnleggende behov, kunnskap om helse og sykdom samt mestring av sykdom og lidelse i hverdagslivet. Menneskets grunnleggende behov er livsviktig å dekke – de er sykliske og må tilfredsstilles hver dag. Imøtekommelsen av behovene er ferskvare.

Ifølge Fause (26) har grunnleggende sykepleie kombinert med kunnskap om de psykiske lidelsene fått mindre plass i spesialutdanningene innen psykisk helse. Dette gjenspeiles i en nasjonal debatt om hva sykepleie er, og hvilke strategier som skal utvikle sykepleiefaget fremover (27).

Forsvarlig drift i tråd med psykisk helsevernforskriften (28) pålegger institusjonene å sørge for medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse som er tilstrekkelig til at medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon kan gjennomføres forsvarlig.

Slik jeg tolker teksten i denne forskriften, reduseres den sykepleiefaglige kompetansen til å være understøttende for en medisinsk eller psykologisk behandling og observasjon. Det er en alvorlig devaluering nettopp av det deltakerne i denne studien beskriver som helsefremmende omsorg.

### **Kompetente sykepleiere er viktig for liv og helse**

Med utgangspunkt i pasientenes behov må jeg argumentere for at sykepleie utført av kompetente og kyndige sykepleiere er viktig for liv og helse. Årsaken til at personer med psykiske lidelser innlegges i psykisk helsevern, er hovedsakelig deres behov for ivaretagelse, pleie og omsorg. I motsatt fall hadde de blitt behandlet poliklinisk.

«Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død», sier Elstad (27). Når symptomer og forverring inntreffer, greier ikke personen selv å tilfredsstille de grunnleggende behovene slik at helse og velvære opprettholdes. Over tid vil manglende ivaretagelse av disse basale behovene være forenlig med døden.

Deltakerne i denne studien erfarte at regelmessig søvn, mat og medisiner til rett tid var viktigst ved innleggelse, altså klare sykepleiefaglige ansvarsområder. Neglisjering av disse behovene, som er et sykepleieansvar, kan ses på som kvalitetsavvik og kan resultere i omsorgssvikt.

### **Helsefremming må satses mer på**

Sykepleiere har kunnskap om både helsefremming og sykdomsforebygging, men strukturen, organiseringen og rapporteringen i psykisk helsevern retter for tiden søkelyset på risiko, symptomer og behandling.

En biomedisinsk orientering får oppmerksomhet, kanskje på bekostning av handlinger som tar sikte på å styrke helsen og velværet gjennom tilpasset omsorg, kyndig ivaretagelse og pleie.

Helsefremming er viktig for alle, men slik jeg ser det, kan spesielt grupper med langvarige fysiske eller psykiske funksjonsnedsettelse og/eller symptomer profitte ekstra på helsefremmende intervensjoner.

Det er derfor nødvendig med et helsefremmende kunnskapsløft. Det kan bidra til mestring av utfordringer og en opplevelse av mening, livsglede og tiltro til egne ressurser (29).

### **Pasientens omgivelser er også viktig**

Funnene i denne studien impliserer en mer aktiv kunnskapsutvikling innen sykepleie og helsefremming basert på salutogenese. Helsefremming kan teoretisk deles opp i mental, sosial og fysisk helsefremming.

I levd liv og klinisk sykepleiepraksis blir oppdelingen kunstig, men teoretisk kan en utvikling gi oss begreper og målrettede avgrensede intervensjoner. Det er den helsefremmende omsorgen pasientene etterspør og beskriver som betydningsfull for bedringen deres, og for at de skal ha det bra.

### «Flere av deltakerne trakk frem hvor viktig estetiske forhold var for helse og velvære.»

Sykepleie er å ivareta kroppslige funksjoner, men det er også viktig å bidra til trivsel og velvære. Flere av deltakerne trakk frem hvor viktig estetiske forhold var for helse og velvære.

Sykepleiere kan ta ansvar, i Florence Nightingales ånd, for å legge til rette for pasientens velvære gjennom å være opptatt av de fysiske forholdene rundt pasientene: lys, frisk luft og pene omgivelser.

#### **Danmark satser på en salutogen tilnærming**

Den strukturerte innsatsen ABC (Act, Belong, Commit) for mental sunnhet basert på en salutogen tilnærming er innført i Danmark for å bedre befolkningens mentale helse (30). Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester tar til orde for at Norge også bør anlegge denne forskningsbaserte, mentalt helsefremmende strategien.

ABC er intuitivt og enkelt: aktivitet, fellesskap og engasjement. Prinsippene ABC kan guide sykepleiehandlinger både på individnivå, som når pasienten er akutt syk, og fungere som ramme for intervensjoner på populasjonsnivå.

Å kunne utforske interesser og engasjement sammen med pasienten, for så å avtale en aktivitet sammen, bygger på ABC-prinsippene og fremmer mental helse og velvære.

Den alvorlig deprimerte, psykotiske eldre damen, med en varm interesse for Sigrid Undsets bøker, får et lettere drag over øynene når sykepleieren leser høyt fra boka *Kransen*, som hun hadde lovet å ta med.

Eksemplet kan virke banalt, men jeg mener situasjonsbeskrivelsen inneholder mye anerkjennelse og bekreftelse som påvirker vår mentale helse. Å gjøre en positiv handling (Act) sammen (Belong) som avtalt (Commit) er helsefremmende.

#### **Relasjoner må bygges på tillit og nærhet**

Relasjonene mellom pasienter og helsepersonell er selve bærebjelken i helsevesenet. Det er i møtene mellom mennesker at helse skapes. Virksomme relasjoner bygges på tillit og nærhet over tid.

### «Det er i møtene mellom mennesker at helse skapes.»

Pasienter setter pris på omsorg som innebærer raushet og kjærlighet, og på at sykepleiere synes godt om dem og vil dem vel. Sykepleiere med sin 24/7-tilstedeværelse, i alle deler av helsevesenet, er i en unik posisjon for å inngå i helsefremmende relasjoner i fremtidens drømmesykehus.

#### **Studiens svakhet**

En svakhet med denne studien om mental helsefremming for personer med alvorlig psykisk lidelse er at den ikke berører behovet for også å ivareta den fysiske helsen.

Personer med psykiske lidelser kan ha utsikter til en redusert levetid på 15 til 25 år og har mange kroppslige plager og svakheter som må adresseres i klinisk praksis og i fremtidig forskning. Samordnet og strukturerte helhetlige tiltak bør på plass, der sykepleiere kan inngå som en viktig ressurs.

Psykisk helsevern preges av en tverrfaglig praksis, et faktum som ikke er diskutert, i og med at funnene er forstått ut fra et sykepleiefaglig ståsted.

#### **Konklusjon**

Deltakerne i studien anerkjenner betydningen av innleggelse på en helseinstitusjon. De opplever at ivaretagelsen av grunnleggende menneskelige behov gjennom en tydelig døgnstruktur og individtilpasset omsorg er helsefremmende. Det er i relasjonene til helsepersonellet at helse skapes.

Sykepleiere er i en unik posisjon med døgnkontinuerlig tilstedeværelse for å kunne inngå i helsefremmende relasjoner gjennom direkte utøvelse av sykepleie og omsorg. Sykepleiefaget vil profittere på forskning og teoriutvikling, der både salutogenese og patogenese inngår, for å kunne utvikle en helhetlig sykepleiepraksis.

Sykepleie til personer med psykiske lidelser bør revitaliseres fordi pasientene trenger det og opplever det som helsefremmende.

#### **Referanser**

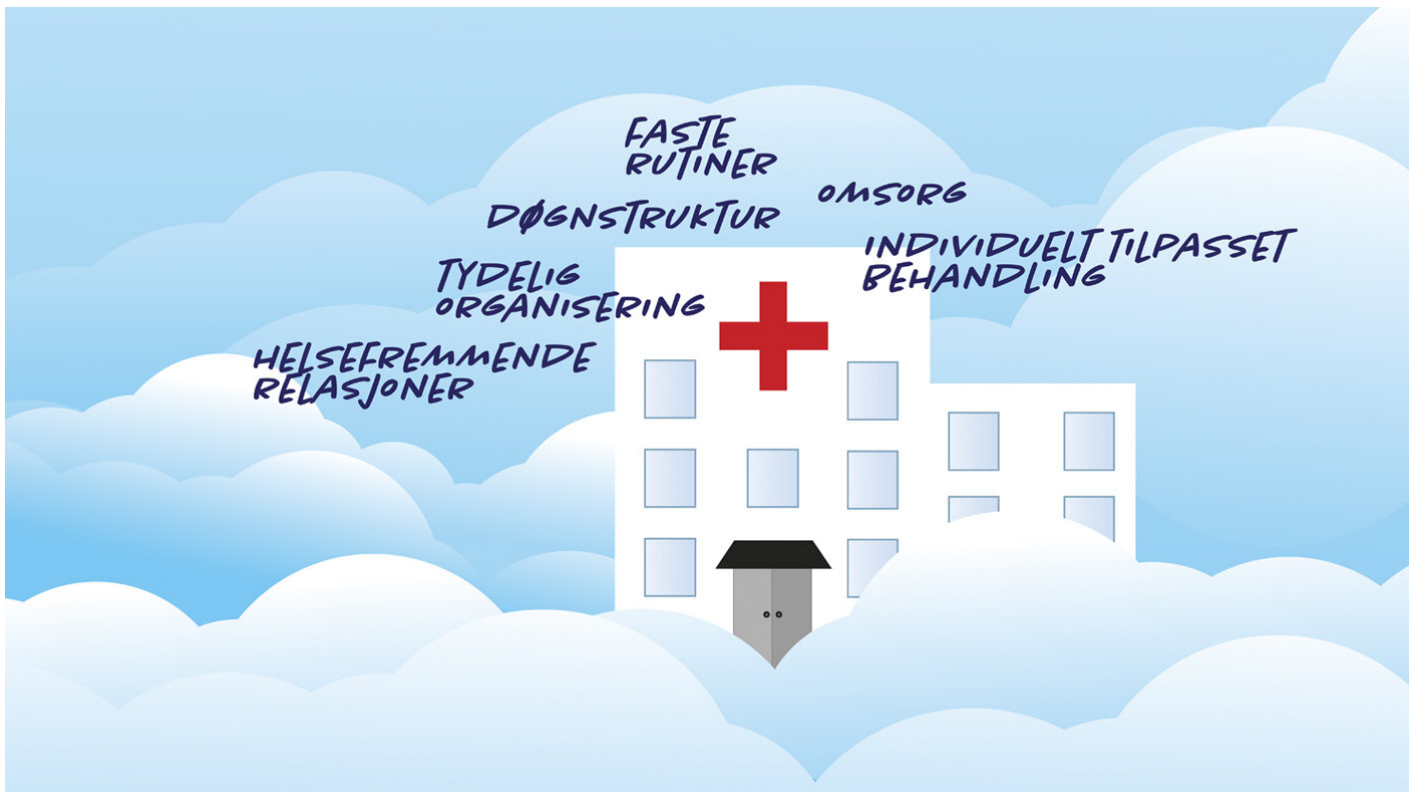
1. Helse- og omsorgsdepartement. Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022).

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Oslo; 2017. Tilgjengelig fra:

[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf) (nedlastet 23.05.2019).

2. Verdens helseorganisasjon. Mental health: strengthening our response [internett]. WHO; 18.03.2018 [sitert 23.05.2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
3. Helsedirektoratet. Styrkebasert tilnærming i lokalt folkehelsearbeid. Innbyggerinvolvering, myndiggjøring og deltakelse. Oslo: HelseDirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/styrkebasert-tilnaerming-i-lokalt-folkehelsearbeid> (nedlastet 23.05.2019).
4. Verdens helseorganisasjon. Ottawa charter for health promotion. Canadian Journal of Public Health. 1986;77(6):425–30. Tilgjengelig fra: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion.html> (nedlastet 23.05.2019).
5. Verdens helseorganisasjon. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. Shanghai; 2016. s. 1–2. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> (nedlastet 23.05.2019).
6. Lov 14. juni 2013 nr. 37 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62> (nedlastet 23.05.2019).
7. Nightingale F. Notes on nursing: What is nursing and what it is not. New York: Dover Publications; 1860.
8. Verdens helseorganisasjon. Constitution of the World Health Organization. WHO chron. 1948;(1).
9. Nielsen L, Sørensen BB, Donovan RJ, Tjørnhøj-Thomsen T, Koushede V. 'Mental health is what makes life worth living': an exploration of lay people's understandings of mental health in Denmark. International Journal of Mental Health Promotion. 2017;19(1):26–37. Tilgjengelig fra: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14623730.2017.1290540> (nedlastet 23.05.2019).
10. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, et al. The handbook of salutogenesis. Cham, Sveits: Springer International Publishing; 2017. Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-319-04600-6> (nedlastet 23.05.2019).
11. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
12. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International. 1996;11(1):11–8.
13. Keyes CLM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior. 2002;43(2):207–22.
14. Iasiello M, van Agteren J, Keyes CLM, Cochrane EM. Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. Journal of Affective Disorders. 2019;251:227–30. Tilgjengelig fra: <http://midus.wisc.edu/findings/pdfs/1932.pdf> (lastet ned 23.05.2019).
15. Mjøsund NH, Eriksson M, Norheim I, Keyes CLM, Espnes GA, Vinje HF. Mental health as perceived by persons with mental disorders—an interpretative phenomenological study. International Journal of Mental Health Promotion. 2015;17(4):215–33.
16. Langeland E. Betydningen av den salutogene modell for sykepleie. Klinisk Sykepleie. 2012;26(2):38–48.
17. Langeland E. Salutogenese og psykiske helseproblemer: en kunnskapsoppsummering. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2014. Tilgjengelig fra: <https://samforsk.no/Publikasjoner/NAPHA-Rapport-Salutogenese.pdf> (nedlastet 23.05.2019).
18. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. Psychiatr Serv. 2006;57(5):640–5. Tilgjengelig fra: [https://www.researchgate.net/publication/7104772\\_The\\_Top\\_Ten\\_Concerns\\_About\\_Recovery\\_Encountered\\_in\\_Mental\\_Health\\_System](https://www.researchgate.net/publication/7104772_The_Top_Ten_Concerns_About_Recovery_Encountered_in_Mental_Health_System) (nedlastet 23.05.2019).
19. Keyes CLM. Promoting and protecting positive mental health: early and often throughout the lifespan. I: Keyes CLM, red. Mental well-being: international contributions to the study of positive mental health. Dordrecht: Springer; 2013.
20. Mjøsund NH, Eriksson M, Espnes GA, Vinje HF. Reorienting Norwegian mental healthcare services: listen to patients' learning appetite. Health Promotion International. 2018;34(3):541–51. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/day012/4944649> (nedlastet 23.05.2019).
21. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research. London: Sage Publications; 2009.
22. Mjøsund NH, Eriksson M, Haaland-Øverby M, Jensen SL, Kjus S, Norheim I, et al. Salutogenic service user involvement in nursing research: a case study. Journal of Advanced Nursing. 2018;74(9):2145–56. Tilgjengelig fra: <https://academic.oup.com/heapro/advance-article/doi/10.1093/heapro/day012/4944649> (nedlastet 23.05.2019).

23. Mjøsund NH, Eriksson M, Espnes GA, Haaland-Øverby M, Jensen SL, Norheim I, et al. Service user involvement enhanced the research quality in a study using interpretative phenomenological analysis: the power of multiple perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2017;73(1):265–78. Tilgjengelig fra: [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2451560/Mj-sund\\_et\\_al-2016-Journal\\_of\\_Advanced\\_Nursing.pdf?sequence=2](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2451560/Mj-sund_et_al-2016-Journal_of_Advanced_Nursing.pdf?sequence=2) (nedlastet 23.05.2019).
24. Lov 20. juni 2008 nr. 44 om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44> (nedlastet 23.05.2019).
25. Smith Y, Spitzmueller MC. Worker perspectives on contemporary milieu therapy: a cross-site ethnographic study. *Social Work Research*. 2016;40(2):105–16. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4886270/> (nedlastet 23.05.2019).
26. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? *Sykepleien*. 2019;107(74841):(e-74841). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.74841](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.74841)
27. Elstad I. Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død. *Sykepleien*. 2019;107(74511):(e-74511). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.74511](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74511)
28. HelseDirektoratet. Psykisk helsevernforskriften med kommentarer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/psykisk-helsevernforskriften-med-kommentarer> (nedlastet 23.05.2019).
29. Aglen BS, Olufsen V, Espnes G-A. Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*. 2018;106(70809):e-70809. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.70809](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809)
30. Koushede V, Nielsen L, Meilstrup C, Donovan RJ. From rhetoric to action: Adapting the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Programme to a Danish context. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2015;17(1):22–33.



DRØMMESYKEHUSET: Pasienter med psykiske lidelser har fortalt hva som styrket deres psykiske helse under døgninnleggelse, og hva slags helsefremmende forbedringer de ønsker for fremtidens sykehus. *Illustrasjon: Monica Hilsen*