



Psykisk helsearbeid i hjemmetjenesten

*Hvordan kan en sykepleier motivere til fysisk aktivitet
hos hjemmeboende med bipolar lidelse?*

HØYSKOLEN DIAKONOVA

Bachelor i sykepleie

Modul 11

Kandidatnummer: 337

Antall ord: 9993

Dato: 25.05.16

Tillater du at artikkelen blir
publisert i Brage?

<http://www.diaconova.no/ny-forside/hoyskolen/for-studenter/skjemaer>

JA, jeg tillater (sett kryss)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensinger	5
1.4 Begrepsavklaringer	6
2 Metode	8
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Kildekritikk	9
3 Teori	10
3.1 Pasienter med bipolar lidelse	10
3.2 Sykepleieperspektiv	12
3.3 Fysisk aktivitet og depresjon	14
3.4 Å arbeide i andres hjem	16
3.5 Kommunikasjon og motivasjon	16
4. Forskning	19
4.1 Fysisk aktivitet for sinnets helse	19
4.2 Trening mot depresjon	19
4.3 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasient.	20
4.4 Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten	21
4.5 Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?	23
5 Diskusjon	24

5.1 Å bli kjent med pasienten	24
5.2 Fysisk aktivitet til den enkelte	26
5.3 Motivere til fysisk aktivitet	27
5.4 Betydningen av tid i hjemmesykepleien	29
5.5 Bidra til faglig forsvarlighet	30
6 Konklusjon	32
7 Litteraturliste	33

1. Innledning

Oppgaven handler om hvordan en sykepleier i hjemmesykepleien kan følge opp en pasient med bipolar lidelse, i en depressiv fase. Jeg ser på hvilke tiltak som kan iverksettes for å oppnå gode resultater, og da spesielt i forhold til hvordan fysisk aktivitet kan ha en innvirkning. Gode resultater vil her si å motvirke depresjon, forebygge og eventuelt komme ut av depresjonen.

1.1 Bakgrunn

Grunnen til at jeg skriver om dette temaet er fordi jeg har vært personlig berørt av en situasjon hvor en av mine nærmeste var pårørende til en med bipolar lidelse. I denne familien mistet bestevennen min sin mor, da hun etter mange års sykdom endte livet sitt. Denne pasienten hadde hatt mange innleggelseser ved en psykiatrisk avdeling, og prøvde flere alternative behandlinger for å bli frisk. Noe av det både pasient og familie savnet var oppfølging i hjemmet, og en plan for videre behandling. Dette er årsaken til at jeg ville se på hva hjemmesykepleien kan gjøre for deprimerte pasienter.

Statistikk viser at bipolar lidelse rammer mer enn 30 millioner mennesker på verdensbasis (Lundbeck, 2015). Norske og internasjonale studier viser at 30-50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. 25% får en stemningslidelse, som i hovedsak er depresjon (Folkehelseinstituttet, 2014). Som statistikken viser, er det mange som får en psykisk lidelse i løpet av livet.

I en stortingsmelding om samhandlingsreformen fra 2008-2009, mener regjeringen at ”pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok” (omsorgsdepartementet, 2008-2009). Det kommer frem at hovedutfordringene i forhold til samhandlingsproblemer er at helsetjenesten er for dårlige på å begrense og forebygge sykdom. I stortingsmelding 26 fra 2014-2015, står det blant annet at det er et stort behov for forbedringer innen helseutfordringene i Norge, og da spesielt for pasienter med psykiske lidelser. Det er behov for kvalitetsheving på alle nivåer, blant annet innen forebygging, økt prioritering og omstilling i spesialhelsetjenesten. En utfordring er òg å få bedre oppfølging av pasientene etter utskrivelse, gjennom styrket samarbeid mellom kommuner og spesialhelsetjenesten. Regjeringen vil derfor styrke tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser.

Samhandlingsreformen legger til grunn at kommunene skal ta større ansvar for behandling og oppfølging av pasientene (omsorgsdepartementet, 2014-2015).

Jeg synes det er viktig å belyse dette temaet, da jeg tror det er mye som kan gjøres for å redusere tilbakefall hos psykisk syke. Sykepleier i hjemmesykepleien har en mulighet til å motivere pasienten til å få en mer aktiv livsstil. Det kan for eksempel være at sykepleier har ansvar for medisiner, undervise både pasient og familie, ha tid til samtaler og oppfordre til fysisk aktivitet/hobbyer.

Sykepleier kan bruke sine kunnskaper om relasjonsbygging, kommunikasjon og psykiske lidelser, til å motivere pasienten til å være mer fysisk aktiv. For noen av pasientene kan det være å brette sammen tøy, for andre kan det være å få tilbake treningsmotivasjonen og for eksempel gå en fjelltur. I noen tilfeller kan det være at pasienten trenger økt kunnskap og hjelp til å se viktigheten av å være fysisk aktiv, mens i andre tilfeller kan det være at pasienten bare trenger å bli utfordret til å komme tilbake der de en gang var, om de tidligere har hatt treningsglede. Sykepleier kan prøve å få pasienten til å se sammenhengen mellom sin fysiske og psykiske helse. Om vi ser på Hendersons grunnprinsipper om at de fysiske og psykiske behovene ivaretas, så er dette svært relevant for sykepleiere.

Hensikten med denne oppgaven er å se på hva fysisk aktivitet kan gjøre for en pasient i den depressive fasen av en bipolar lidelse. I forhold til generelle helsegevinster vet vi at det lønner seg å være fysisk aktiv (Helsedirektoratet, 2016). Jeg har alltid syntes at det har vært interessant med psykiatri, og jeg har òg stor interesse for sport og helse. Av personlig erfaring vet jeg at trening kan ha positiv effekt på humøret. Jeg har troen på at det i alle tilfeller lønner seg å ha en viss form for fysisk aktivitet i sin hverdag.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan en sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos en hjemmeboende pasient med bipolar lidelse?

1.3 Avgrensinger

For å kun fokusere på problemstillingen min, har jeg gjort noen avgrensninger. Jeg beskriver ikke de forskjellige type medisiner som blir brukt i psykisk helsearbeid. Jeg vil bruke ordet

medisiner i form av administrering av dem, men ikke spesifikt hvilke medisiner som kan bli gitt og virkningen/bivirkningen av disse. Årsaken til at jeg avgrenser rundt dette temaet er fordi det er veldig individuelt hvilke medisiner de forskjellige pasientene får, og begrunnelsen for dette er det en lege som står bak.

Pasientgruppen jeg skriver om er 30-40 år. Det som er vanlig for personer i denne alderen er at de som oftest er/eller har vært i arbeid, og har muligens blitt sykemeldt. De har kanskje ektefelle og barn, og har dermed ansvar og forpliktelser i forhold til dette. De fleste psykiske lidelser debuterer i ung voksen alder. Stemningslidelser starter ofte mellom 30 og 40 års alder (Folkehelseinstituttet, 2014). Ved bipolare lidelser kan debutalderen deles inn i tre grupper; den yngste har en gjennomsnittsdebut på 17 år, den mellomste på 25 år, og den eldste omkring 40-års alderen (Haver, Ødegaard, & Fasmer, 2012).

Årsaken til at jeg ikke velger å ha stort fokus på selvmordsrisiko er fordi oppgaven min handler generelt om økt livskvalitet hos en depressiv pasient. Å få økt livskvalitet innebærer og forebygging av selvmord, men dette blir ytterpunkter av problemet, og jeg vil ta tak i det før det når så langt.

En bipolar lidelse består av både maniske og depressive faser, samt en mellomfase. Jeg skal ha hovedfokus på den depressive fasen. Årsaken til dette er at det er stor forskjell i hvordan en skal tilnærme seg en pasient i en manisk fase, kontra i en depressiv.

Jeg utelukker tilleggsdiagnoser. Det er veldig vanlig at en pasient med bipolar lidelse har en ekstra diagnose (Haver et al., 2012). Årsaken til at jeg ikke tar dette med i min oppgave, er fordi det da blir mer å forholde seg til, og mulige svar på oppgaven min ville da blitt annerledes.

For å variere oppgaven min, omtaler jeg sykepleier som ”hun”, og pasient som ”han”.

1.4 Begrepsavklaringer

Hjemmesykepleie:

Om vi deler opp ordet hjemmesykepleie kan det bli ”sykepleie i hjemmet”, som sier enkelt hva det innebærer. Det er sykepleie som utøves i pasientens hjem, og denne sykepleien kan

varierte fra et enkelt besøk for å ta en prat, eller fullt stell i seng. Det kommer an på hva den aktuelle pasienten har behov for. ”En viktig funksjon for hjemmesykepleien er å være et alternativ til institusjonsomsorg” (Birkeland & Flovik, 2014).

Bipolar lidelse:

Bipolar lidelse er en psykisk lidelse, hvor pasienten har perioder med dyp depresjon og perioder med oppstemthet, altså mani. Disse periodene kan variere i lengde og det kan være en lang periode med å være ”normal” i mellom (Haver et al., 2012).

Fysisk aktivitet:

”Fysisk aktivitet er en kilde til helse og livskvalitet”. Dette er noe en må vedlikeholde gjennom daglig bevegelse og aktiv bruk av kroppen (omsorgsdepartementet, 2013). Det er anbefalt 30 minutter fysisk aktivitet med økt puls, til dagen. For noen kan dette være å ta seg en joggetur, mens for andre kan det være å sitte på sengekanten, i stedet for å ligge i sengen. Fysisk aktivitet i min oppgave handler om å innføre en viss form for fysisk aktivitet i hverdagen, noe som skal være overkommelig og være med på å bygge en god relasjon mellom sykepleier og pasient, samt at det skal gi pasienten mestringfølelse.

2 Metode

Ett av oppgavens krav er at det skal være et litteraturstudie. Et litteraturstudie er et studie som er bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder (Dalland, 2012). Jeg har funnet litteratur gjennom søk og relevant pensum.

2.1 Litteratursøk

Jeg har søkt etter litteratur i følgende databaser: Pubmed, SweMed, helsedirektoratet, cochraine library, folkehelseinstituttet, Regjeringen sine nettsider, lovdata, sykepleien.no/forskning. Årsaken til at jeg har anvendt disse databasene, er fordi jeg fra tidligere oppgaver er godt kjent med de.

Søkeord: bipolar lidelse, bipolar disorder, Henderson, fysisk aktivitet og psykiatri, hjemmesykepleie, depresjon, psykiske lidelser, exercise, faglig forsvarlighet, sykepleie, nedstemte pasienter.

”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie”(Tønnessen & Nordtvedt, 2012), fant jeg i Sykepleien.no/forskning. Jeg ville finne noe om tidsbruk og arbeidsforhold i hjemmesykepleien, og søkte på ”faglig forsvarlighet og hjemmesykepleie”. Utfra dette søket fikk jeg 3 forskningsartikler som var fagfelleurdert. Årsaken til at jeg valgte ”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie”, var fordi den tok utgangspunkt i Hendersons grunnprinsipper for sykepleie, og fordi den tok utgangspunkt i tre krav sykepleiertjenesten må kunne tilfredsstille.

For å finne neste forskningsartikkel brukte jeg Cochrane Library, og søkte på ”exercise for depression review”, og fikk da 45 treff. Jeg så blant annet på ”Exercise for depression” (Cooney et al., 2013) og ”exercise for people with dementia” (Forbes, Forbes, Blake, Thiessen, & Forbes, 2015). Det kom også artikler om trening for personer med fatigue, trening for deprimerte barn, og for personer med fibromyalgi. Jeg valgte ”exercise for depression” (Cooney et al., 2013), da denne var mest relevant til min oppgave. Jeg leste sammendraget på de andre artiklene, og så at de tok for seg trening i forhold til depresjon, men med fokus på andre grupper, som for eksempel demente, barn eller personer med fatigue.

Neste forskningsartikkel fant jeg i SweMed, ved å bruke søkeordene ”fysisk aktivitet mot depresjon”, og fikk 13 treff. Her fant jeg artikler som omhandlet blant annet fysisk aktivitet for ungdommer i videregående skole, eldre med depresjon og depresjon hos gravide. Jeg valgte artikkelen ”Fysisk aktivitet for sinnets helse” (Martinsen, 2000), da de tar for seg virkningen av fysisk aktivitet hos psykisk syke, og dette er relevant for min besvarelse.

Den fjerde forskningsartikkelen jeg fant ”Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasient, (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014a), fant jeg på sykepleien.no/forskning. Her søkte jeg på ”sykepleie til nedstemte pasienter”, og fikk kun opp en forskningsartikkel som var fagfelleurdert. Denne var relevant for min oppgave da den tar for seg hvordan hjemmesykepleien beskriver nedstemte pasienter, og hvilke tiltak som tilbys pasienten.

Den siste forskningsartikkelen jeg fant ”Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten” (Skatvedt & Andvig, 2014), fant jeg på sykepleien.no/forskning. Søkeordene jeg brukte her var ”psykisk helse og kommunehelsetjeneste”, og fikk fire treff som var fagfelleurdert. Årsaken til at jeg valgte forskningsartikkelen til Skatvedt og Andvig (2014) var fordi den var svært aktuell, da den tar for seg bruken av tid i hjemmesykepleien. De tre andre artiklene tok for seg eldre pasienter på sykehjem og i hjemmet.

I tillegg til disse forskningsartiklene, har jeg brukt relevant pensum. Sentrale bøker jeg har brukt er Bipolare Lidelser (Haver et al., 2012), Fysisk aktivitet (Moe, Retterstøl, & Sørensen, 1998a), Å arbeide i andres hjem (Aanderaa, 1996), Helt- ikke stykkvis og delt (Hummelvoll, 2012) og Grunnleggende sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2012).

2.2 Kildekritikk

Litteraturen jeg har brukt er en blanding av nyere og eldre forskning. Selv om den eldre forskningen kan ha endret seg noe, er den likevel relevant for min oppgave.

Forskningsartiklene fra sykepleien.no/forskning er fagfelleurdert, og de tre andre ser jeg på som troverdige kilder da de er publisert i SweMed og Cochrane library. De bruker i tillegg oppbyggingen med hensikt, metode, resultat og konklusjon, noe jeg tidligere er kjent med fra fagfelleurderte forskningsartikler. Artikkelen fra Cochrane Library er skrevet på engelsk, da dette ikke er mitt morsmål kan jeg ikke utelukke at det kan ha blitt noe feil oversatt.

3 Teori

I dette kapitlet vil jeg presentere teori knyttet til pasienten og sykepleieren, samt om fysisk aktivitet og kommunikasjon.

3.1 Pasienter med bipolar lidelse

Flere studier viser at pasienter med bipolar lidelse lider av langvarige depressive plager. (Haver et al., 2012) Bipolar lidelse debuterer ofte i ung voksen alder, dersom den starter med en manisk episode skjer utviklingen raskt, mens utviklingen av bipolar depresjon går ofte over uker. (Haver et al., 2012) Det vil si at en har kort tid til å sette inn tiltak for å avverge episoden, fra første symptom til episoden er fullt utviklet. Hvor lenge en manisk eller depressiv fase varer, er individuelt. Som regel gjentar mønsteret seg hos hver enkelt pasient, og varigheten har en tendens til å øke for hver episode. (Haver et al., 2012)

Utløsende faktorer for bipolar depresjon kan være stressende livsomstendigheter, tap og konflikter, samt opphør av medisiner. (Haver et al., 2012) Det viser seg at de depressive plagene dominerer halvparten av livet til en med bipolar lidelse. Å være depressiv kan innebære senket stemningsleie, kognitive forandringer, endringer i søvn og appetitt, og en opplevelse av følelseløshet. Det er vanlig at pasienten ikke føler seg god nok, og ikke ser meningen med livet. Andre viktige symptomer ved bipolar lidelse er utmattelse og lavt energinivå. (Haver et al., 2012) Tanke- og følelselivet blir forstyrret, noe som vil påvirke omgangen med andre. (Aanderaa, 1996) De mister interessen for omverdenen, og klarer ikke å være produktive. Det er vanlig at de har dårlig matlyst, og går ned i vekt. De kognitive forandringene kan gå ut over hukommelse og konsentrasjon. (Haver et al., 2012) Depresjonen kan også vise seg ved at pasienten har psykomotoriske hemninger i form av at reaksjonsevnen er svekket, og tale og bevegelser er tregere. Mange av pasientene med en bipolar lidelse, har ikke lært hvordan en kan ha gode relasjoner til andre mennesker.

Alle som skal følge en pasient med bipolar lidelse, bør ha oversikt over symptomene som kjennetegner hypomani, mani og alvorlig depressive plager. Dette er for å gjenkjenne nye faser i et bipolart forløp. Endring i søvnmønsteret er det vanligste tegnet på at det kommer en ny episode av enten mani eller depresjon. All oppfølging av pasienter med bipolar lidelse handler om å følge et helt forløp, og ikke bare episodene (Haver et al., 2012).

Behandling av bipolar lidelse består som oftest av medikamenter, og samtaleterapi. (Lundbeck, 2015). Samtaleterapien bør innebære opplæring av både pasient og pårørende, slik at de kan bli trent på å oppdage symptomer på tilbakefall hos pasienten. Behandlingen går òg ut på at pasienten skal bli motivert til å gå på medisinene sine, og til å holde på rutiner og en god døgnrytme (Helsedirektoratet, 2014).

Om pasienten slutter med medikamentene sine, er det stor risiko for tilbakefall. Det kan være ulike grunner til at pasienten brått slutter å ta medisinene sine. En viktig grunn er at det kan være plagsomme bivirkninger, eller en annen grunn er at pasienten savner å være lett hypoman. Det kan òg være at de mister sykdomsinnsikten, og tror at de ikke trenger medikamentene lenger. Alle forholdene må diskuteres med pasienten under behandlingsforløpet. (Haver et al., 2012) En hovedutfordring er å få pasient til å forstå at livsvarig medikamentell behandling ofte er nødvendig for å holde sykdommen i sjakk. For å sikre en bedre prognose på sikt, er det viktig at relasjonen mellom pasient og behandler inneholder trygghet (Haver et al., 2012).

Den medikamentelle behandlingen er fasespesifikk, den retter seg enten inn mot de aktuelle symptomene eller prøver å motvirke tilbakefall. Behandlingen bør ikke bare ta utgangspunkt i den bipolare lidelsen, men òg i personen sine ressurser og sterke sider, i tillegg til de ressursene det fins i miljøet rundt. (Haver et al., 2012)

I Pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 Rett til individuell plan, står det: ”Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.” (omsorgsdepartementet, 2001b) En del av behandlingen er å lage en plan for hvilke tiltak behandler og pasient mener vil være effektive, ved tegn til en ny episode med depresjon eller mani. Et element av forebyggingen er å hjelpe pasienten til å selv klare å oppdage tegnene, og planlegge tiltak for å avverge episoden som er på vei. Flere pasienter sover om dagen, og er våken på natta. Regulering av døgnrytmen synes å ha noe å si for forløpet ved bipolare depresjoner og oppstemte perioder. I behandlingen forsøker en å hjelpe pasienten til å holde en god døgnrytme, og skape rutiner og stabilitet (Haver et al., 2012).

Selv mord og selvmordsforsøk er blant de mest fryktede utfall av en bipolar lidelse. Disse handlingene finner stort sett sted i perioder av depresjon, og ofte i løpet av den første uken etter utskrivelse, eller i løpet av det første året etter en innleggelse. Beskyttende faktorer er gode familieforhold, støttende sosialt nettverk og religiøs tro. Det er viktig å forebygge depressive faser, da det først og fremst er disse som er assosiert med selvmord (Haver et al., 2012).

3.2 Sykepleieperspektiv

Sykepleie kan defineres som ”pleie av mennesker som trenger ulike former for hjelp, enten på grunn av sykdom eller skade, eller fordi de er i en spesielt utsatt og belastende livssituasjon” (Kristoffersen et al., 2012). For å utøve sykepleie må man ha kunnskaper om menneskets grunnleggende behov, og menneskets opplevelse av situasjonen de befinner seg i. ”Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert” (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleie omfatter helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen et al., 2012).

Sykepleieperspektivet i denne oppgaven bygger på Virginia Hendersons sykepleierteori, som tar utgangspunkt i ivareta menneskets grunnleggende behov når dets egne ressurser ikke strekker til grunnet sykdom eller helsesvikt. (Kristoffersen et al., 2012) Hun mente at sykepleie er å assistere pasienten innen ulike behovsområder, som fremmer helse, og til å hjelpe personen til å bli uavhengig. I hennes teori er sykepleiernes rolle å kompensere for svikt i pasientens egne ressurser. (Kristoffersen et al., 2012)

Jeg har tatt med prinsippene som er mest aktuelle for problemstillingen, disse punktene blir òg tatt utgangspunkt i en forskningsartikkel jeg presenterer senere i oppgaven (Kristoffersen et al., 2012; Tønnessen & Nordtvedt, 2012)

- Å spise og drikke tilstrekkelig
- Å sove og hvile
- Å opprettholde kroppen ren og velstelt og huden beskyttet
- Å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre
- Å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser

- Å arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe
- Å finne underholdning og fritidssystemer
- Å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

Grunnen til at jeg valgte sykepleierteorien til Henderson, er fordi den kombinerer den fysiske og psykiske helse. I de første punktene ser vi at det er fokus på de fysiologiske behovene, mens de siste har fokus på psykososiale behov.

Et sentralt begrep innenfor sykepleie er omsorg. Omsorg betyr å bry seg om og å ville godt, og en nødvendig forutsetning for god omsorg er forståelse. For å fremme bedringsprosessen hos pasienten, forutsetter sensitivitet, oppmerksomhet, nærhet og utfordring fra sykepleieren (Hummelvoll, 2012).

I helsepersonelloven §4 står det ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. (omsorgsdepartementet, 2001a) Sykepleiens mål er generelt rettet mot helse, og bedring og bevaring av denne. Som loven viser skal dette arbeidet utføres på en forsvarlig og omsorgsfull måte, ved at sykepleier bruker sine faglige kunnskaper og erfaringer.

Psykiatrisk sykepleie handler om å ha pasienten i fokus, og ikke bare den psykiske lidelsen. Dette krever at sykepleiere definerer personen som sin oppgave, og ikke selve forstyrrelsen eller sykdommen. Psykiatrisk sykepleie sikter mot å lindre lidelse og å bedre pasientens helse og styrke de prosessene som bidrar til velvære og sunnhet (Hummelvoll, 2012).

Å ha en terapeutisk holdning, vil si å ville pasienten godt. Det vil si at en respekterer vedkommende, og støtter en til å bruke sine ressurser (Aanderaa, 1996). Å vise forståelse og fremme trygghet, vil være med på å skape en god relasjon til pasienten. Den terapeutiske kontakten mellom sykepleier og pasient blir av Hummelvoll betegnet som ”sykepleier-pasient-fellesskapet”. Dette er et uttrykk for relasjonen mellom sykepleier og pasient, som blir skapt over tid, ved hjelp av sykepleiers personlighet, kunnskaper og erfaringer (Hummelvoll, 2012).

Pasienter som lever med en psykisk lidelse, har det vondt. Det ligger i ordet; ”lidelse”. De kan derfor ha behov for å møte en sykepleier som kan berolige og vise omsorg og forståelse. Pasientene kan også ønske å bli møtt på et mellommenneskelig plan, hvor kontakten er noe uformell og positiv (Birkeland & Flovik, 2014).

Et annet punkt i §4 av Helsepersonelloven står det ” Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.” Om sykepleier mener det er nødvendig med tverrfaglig samarbeid med psykolog eller fysioterapeut, skal hun innhente den bistanden.

3.3 Fysisk aktivitet og depresjon

Kroppen og psyken henger sammen, derfor vil jeg skrive om hvilke psykiske og fysiske helsegevinster det er ved fysisk aktivitet, og innvirkningen disse har på hverandre. Kroppen er et uttrykk for hvem og hva vi er. Det å klare å få til noe med egen kropp gir trygghet og mot. I dag er fysisk inaktivitet sannsynligvis et større helseproblem enn arbeidsbetinget utslitthet. På den ene siden er fysisk aktivitet noe så selvfølgelig at det ikke blir sett på som behandling, og de fleste har kunnskap om trening og idrett. Dersom fysisk aktivitet skal brukes i psykiatrisk behandling er det viktig med pedagogisk tilrettelegging og motivasjonshensyn (Moe, Retterstøl, & Sørensen, 1998b).

World Health Organizations definisjon på helse; ” Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og svakelighet” (Hummelvoll, 2012). Helse er noe som må arbeides med gjennom hele livet, og den må vurderes til den individuelle situasjon og egenskaper. I følge Henderson er god helse mer enn fravær av sykdom, hun mente at livet også må inneholde atspredelse, produktiv sysselsetting og sosial kontakt (Kristoffersen et al., 2012). Å være frisk knyttes til fysisk helse, til fysisk funksjon og yteevne. Sunnhet knyttes til psykisk helse og innebærer at personen er klar og orientert (Kristoffersen et al., 2012).

For å opprettholde god helse, bør en form for fysisk aktivitet være en del av livsstilen. Ved regelmessig fysisk aktivitet, er det flere helsegevinster (Helsedirektoratet, 2016). Det er anbefalt 30 minutter fysisk aktivitet hver dag. Uavhengig om den fysiske aktiviteten er en gåtur, joggetur, hard styrketrening, fjelltur, hage-eller husarbeid, så er all bevegelse positiv.

Fysiske helsegevinster:

- Økt kondisjon, som er bra for hjerte, lunge og kretsløpssystemet.
- Økt styrke, som er bra for muskulaturen.
- Stoffskifte, som er bra for omsetningen av fett, karbohydrater og proteiner.
- Motoriske funksjoner, som hjelper blant annet koordinasjon og reaksjonsevne.

(Anderssen & Strømme, 2001)

I følge Moe som viser til flere studier ser det ut til at fysisk trening er mer effektivt enn ingen behandling, hos depressive pasienter, og at det medfører like stor symptomreduksjon som andre former for behandling (Moe et al., 1998b). De få data som fins, viser at regelmessig fysisk aktivitet kan forebygge depresjon eller redusere faren for tilbakefall. Dette har betydning ved en lidelse som opptrer hyppig, og der faren for tilbakefall er stor. Både for psykisk friske og psykisk syke, har fysisk aktivitet effekter i form av bedre fysisk form, økt livskvalitet, glede, lek og livsutfoldelse, økt velvære, bedre søvn og selvfølelse, bedre forhold til egen kropp og en økt opplevelse av mestring (Moe et al., 1998b).

Det er vist at ved fysisk aktivitet, fins det en rekke positive psykologiske virkninger (Moe et al., 1998b).

Økt velvære:

Reduksjon av

- depresjon
- angst
- muskelspenninger
- alkoholforbruk
- forbruk av beroligende tabletter
- søvnvansker

Bedring av:

- selvfølelse
- forhold til egen kropp
- evne til å mestre stress
- evne til kreativ, problemløsende tenkning

Forebygge:

- depresjon

3.4 Å arbeide i andres hjem

Å arbeide i andres hjem, vil si å hjelpe pasienten på dens egen arena. Å hjelpe er å vise omsorg, og å være en god hjelper er å være et medmenneske (Aanderaa, 1996). Mennesker har et ønske om nærhet og tilknytning, samtidig et ønske om å være selvstendige. Denne balansen kan være vanskelig å finne, spesielt om en er hjelpetrengende. De som lider av en alvorlig psykisk lidelse kan ha vansker med å utføre og forstå dagligdagse gjøremål, som er en selvfølge for en frisk person.

Hjemmet er et sted hvor vi skaper sammenheng og mening i tilværelsen vår (Fjørtoft, 2012). Når vi kommer hjem til en pasient, så møter vi pasienten i en sårbar situasjon. Hjemmet er for de fleste et symbol på trygghet og nærhet, det er derfor viktig at hjemmesykepleien bidrar til å holde dette symbolet slik (Solheim & Aarheim, 2004). For de fleste er hjemmet personlig, og når vi går over dørterskelen passerer vi grensen mellom det offentlige og det private (Fjørtoft, 2012). For å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient, kreves det tillit. Det er en viktig egenskap for sykepleier å være til stedet under besøket (Solheim & Aarheim, 2004). Dette innebærer at sykepleier viser interesse, bryr seg og har kunnskap om kommunikasjon, og anvender denne korrekt.

Det som er spesielt med hjemmetjenesten er at sykepleien utøves i pasientens hjem, og sykepleier kommer inn i hjemmet for å gi profesjonell omsorg. Det er viktig å ha respekt for den enkelte hjems verdier, normer, regler, rutiner og tradisjoner. Ordet respekt i denne sammenhengen betyr å se og anerkjenne pasienten, og det som er viktig for han. Respekt er òg å ha kunnskaper og ferdigheter innenfor faget (Fjørtoft, 2012). Det er viktig at sykepleier husker at hun møter pasienter som har en annen tankegang enn seg selv, og har et annet syn på livet.

3.5 Kommunikasjon og motivasjon

”Vi lever i et mangfold av stemmer, relasjoner og dialoger, og livet er å leve i de umiddelbare responsene som dette mangfoldet byr oss” (Karlsson & Borg, 2013). Fokuset har endret seg fra *hva* som blir sagt, til *hvordan* en sier det. Relasjonene mellom de som kommuniserer har derfor blitt løftet frem. Det å snakke sammen blir en dialogisk prosess, ved at det er nærværet av den andre som muliggjør fortellingen. Det er gjennom den andre en får tilbakemelding om

en forståelse av en selv (Karlsson & Borg, 2013). I relasjonen kan hver enkelt bringe med seg det unike av felles interaksjon og kommunikasjon, noe som kan danne grunnlaget for en gjensidig innlevelse i hverandre. I samarbeidsrelasjonen kan fagpersonen måtte variere mellom å være ”ekspert” og å være ”samarbeidspartner”. Det viktigste er at fagpersonen lar seg berøre av pasientens uttrykk, og at fagpersonen prøver å forstå den andres uttrykk, både verbalt og kroppslig. ”Det å inngå i bekreftende relasjoner til personer med psykiske helsevansker er ikke en tilnærming for å oppnå et overordnet mål; det er et mål i seg selv” (Karlsson & Borg, 2013).

Å samtale dreier seg om både nonverbal og verbal kommunikasjon, altså hvilke ord som blir sagt og hvordan kroppen understreker eller motsier ordene. Våre ansiktsuttrykk, gester, tonefall og bruk av stemmebruk, bidrar til å styrke det som blir sagt (Hummelvoll, 2012). I en samhandling vil hvert språklig uttrykk være en bekreftende respons og en tilbakemeldende respons. De ordene en svarer med, viser at en lytter til den andre personen (Karlsson & Borg, 2013). Med kroppsspråket signaliserer vi ønske om nærhet eller avstand. Berøring involverer både personlig rom og handling. Ved å bruke hendene for å hjelpe pasienten bruker en målrettet berøring, men berøring kan også virke trøstende og beroligende (Hummelvoll, 2012).

Ved å kommunisere vil sykepleieren bli kjent med pasienten, og mest sannsynlig bygge ett tillitsforhold. Samtidig vil sykepleieren tilegne seg informasjon som er nyttig for å gjøre en best mulig jobb (Aanderaa, 1996). Kroppsspråket er en viktig faktor innen kommunikasjon, da dette kan fortelle om pasienten får med seg det du sier, samt om det blir forstått. For å etablere kontakt kreves det evne til å oppfatte den andres situasjon, og heretter evner å variere og tilpasse kommunikasjonsmåtene (Hummelvoll, 2012).

Det er viktig å ha en ordentlig plan, og realistiske mål. Sykepleier og pasient må ha fokus på pasientens ressurser, samtidig som problemer. Det kan være utfordrende å få pasienten til å se sine ressurser, men da er det viktig at fokuset rettes mot den lille fremgangen som eventuelt skjer (Solheim & Aarheim, 2004). Å ha realistiske mål vil si at de er gjennomførbare, men at det kan ta lang tid. Målene bør settes i lag med sykepleier, da det kan være fint å ha en realitetssjekk av målsetningene.

Før en kan lage en plan og sette mål, er det lurt å kartlegge pasienten. Kartleggingen skjer allerede i det en går inn døren hos en pasient, da en kan få mye nyttig informasjon fra hushold, lukter, hvordan pasienten snakker/oppfører seg og om pasienten ser velstelt ut. I tillegg til å bruke sansene, er det viktig at sykepleier vet hva det skal spørres om, og hva som skal kartlegges (Solheim & Aarheim, 2004).

Å klare å gjennomføre et mål som er satt, gir mestringsfølelse. Vi vet at gode opplevelser, mestring og håp er viktig for bedringsprosessen (Karlsson & Borg, 2013). Bedrings-og mestringsprosesser innebærer å finne tilhørighet i nærmiljøet og en identitet utenfor problemene. Målene må knyttes til den enkeltes livssituasjon, slik at mestringen knyttes til hverdagslivet til pasienten (Karlsson & Borg, 2013).

4. Forskning

I dette kapitlet skal jeg presentere forskning knyttet til fysisk aktivitet/trening i forhold til pasienter med depresjon, og hjemmesykepleie med fokus på tid og faglig forsvarlighet.

4.1 Fysisk aktivitet for sinnets helse

I forskningsartikkelen ”Fysisk aktivitet for sinnets helse” (Martinsen, 2000), fra Tidsskrift for den norske legeforening, ser de på virkningen av fysisk aktivitet hos psykisk syke. Metoden de brukte her var litteratursøk i Medline. Den vanligste behandlingsformen hos pasienter med en psykisk lidelse er samtaleterapi og medikamenter. I forhold til fysisk aktivitet er den sikreste psykologiske virkningen en følelse av velvære.

Det er vist at pasienter med psykiske lidelser er i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen. Det er òg vist at de som er fysisk aktive har mindre sjanse til å utvikle depresjon, enn de som er fysisk inaktive. Fysisk aktivitet er bedre enn ingen behandling, og medfører like stor reduksjon av depressive symptomer som etablerte behandlingsmetoder.

Pasientene som er undersøkt i studien har milde til moderate depresjoner. For de med alvorlig depresjon, finnes det ingen gode studier. Regelmessig fysisk aktivitet kan redusere muligheten for tilbakefall hos pasienter som er behandlet for depresjon. Medikamentell behandling er en viktig del av opplegget ved psykiske lidelser. En fysisk frisk person kan uten problemer drive intens fysisk trening mens vedkommende bruker psykofarmaka. For pasienter med psykiske lidelser skal det være spesielt vanskelig å starte og fortsette treningen. Halvparten av de som starter, vil falle fra etter hvert.

4.2 Trening mot depresjon

Forskningsartikkelen ”exercise for depression” (Cooney et al., 2013) er hentet fra Cochrane Library, og er en oppdatert versjon av originalen som ble publisert i 2009. Bakgrunnen for dette studiet er at depresjon er en viktig grunn til sykdom og dødelighet på verdensbasis. Depresjon blir vanligvis behandlet med medikamenter og/eller psykoterapi, mens noen muligens kan foretrekke trening/fysisk aktivitet. Hensikten med studien var å finne ut av effekten av trening i behandling av depresjon, sammenlignet med ingen behandling.

Metoden de brukte var randomiserte kontrollstudier, hvor trening ble sammenlignet med standard behandling, ingen behandling, placebo behandling, medikamentell behandling, psykoterapi, eller andre behandlinger hos voksne (over 18 år) med depresjon.

39 studier, med 2324 deltagere, oppfylte inklusjonskriteriene, hvorav 37 har oppgitt data for meta-analyser. For de 35 studiene, med 1356 deltagere, som sammenlignet fysisk aktivitet/trening med ingen behandling eller en kontroll intervensjon, så ble den samlede standardiserte gjennomsnittsforskjellen ved slutten av behandlingen -0,62, noe som indikerer en moderat klinisk effekt.

29 studier rapporterte aksept av behandling, tre studier rapporterte livskvalitet, og seks rapporterte bivirkningene. Syv studier sammenlignet trening med psykoterapi, og fant ingen signifikant forskjell. Fire studier sammenlignet trening med medikamentell behandling, og fant ingen signifikant forskjell. En studie fant at trening var mer effektivt enn lysterapi.

Forskningen konkluderer med at trening er mer effektivt enn kontroll intervensjonen, for å redusere symptomer på depresjon, men analyse av metodiske studier viser bare en mindre effekt i favør av trening. Sammenlignet med psykoterapi eller medikamentell behandling, viser det seg at trening ikke er mer effektivt, selv om dette utsagnet er basert på noen små studier.

4.3 Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasient.

Det er gjort et studie som viser at sykepleiere i hjemmesykepleien gir ”det lille ekstra” ved å forskyve andre arbeidsoppgaver. Studien ”Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasient” (Halvorsrud et al., 2014a) er hentet fra sykepleien.no/forskning. Hensikten med studien var å vise hvordan hjemmesykepleiere beskriver nedstemte pasienter, og hvilke tiltak som tilbys denne gruppen innen sykepleiernes tidsrom. Studien benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervjuer. Informantene var ti sykepleiere i alderen 30-56 år, de besvarte et skjema med åtte åpne spørsmål, basert på tidligere forskning og erfaring.

I studien fant de to sentrale tema, hvor det ene var endring i pasientens vaner som kjennetegn på den depressive pasienten. Disse endringene kunne være tristhet, økt behov for samtale, dårlig hygiene, dårlig ernæring og endringer i kroppsspråket. Sykepleierne sa at for å kunne se

disse forandringene er det nødvendig med godt kjennskap til pasienten. Pasientene må òg få tid til å fortelle om hvordan de har det. En informant sa det slik: ”de trenger ikke si det med ord. Det er væremåten og kroppsspråket... ser litt sånn trist ut. Jeg ser de kunne trengt noen å dele ting med.” Å ha kjennskap til pasientens totale situasjon, vil hjelpe sykepleieren til å se aktuelle endringer i forhold til andre hendelser i pasientens liv. Informantene beskriver den nedstemte pasient i hovedtrekk som en som ”sliter”, og ikke klarer å løse dagligdagse utfordringer. Informantene forteller om ”tunge og sterke” historier, noe som de i liten eller ingen grad har mulighet til å møte.

Det andre sentrale temaet var ”det lille ekstra”, her var hensikten å sette i gang tiltak for at pasienten skulle komme ut av nedstemtheten/depresjonen. En informant sa at det er for ”å gjøre livskvaliteten litt bedre for dem”. ”Det lille ekstra” bygger på tre temaer; samtale, praktisk hjelp og bidra til nye eller utvidede tiltak.

Et av de viktigste resultatene i studien var at for å oppdage endringer hos en nedstemt eller depressiv pasient, kreves mulighet til å lytte til pasient, og bli kjent med pasient over tid. For at pasienten skal åpne seg og fortelle om sine vansker, er det nødvendig at det er utviklet god relasjon mellom pasient og hjemmesykepleier, og ikke minst at det er god tid til samtaler.

Studien konkluderer med at hjemmesykepleierne identifiserer depressive symptomer ved å se etter endringer i pasientens vaner. Informantene utfører tiltak i tillegg til vedtaket pasienter har, ved å skyve på dagens arbeidsoppgaver. Samtale har en vesentlig rolle i tiltakene. Hjemmesykepleierne kommer i et krysspess mellom pasienten på den ene siden, og organisasjonens krav på den andre siden. (Halvorsrud, Pahr, & Kvarme, 2014b)

4.4 Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten

Forskningsartikkelen ”Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten” (Skatvedt & Andvig, 2014) fra sykepleien.no/forskning tar for seg hvordan de eldre med psykiske helseplager, og deres pårørende, opplever tjenestetilbudet i kommunen, og hvordan de kan bidra til bedring. Studien har inkludert 16 hjemmeboende

brukere, over 63 år, hvor fem var menn og elleve var kvinner. Av pårørende var det tatt med tre ektefeller og et barn.

Resultatene viser at brukerne mente det var viktig å bli ”grevet fatt i”, og at oppfølging er viktig, i likhet med å bli hørt, sett og forstått. Både pårørende og brukerne savnet en mer pågående omsorg, at hjelperne ikke ga opp ved motvilje fra brukerne. Pårørende beskrev at de ofte følte seg alene om ansvaret, og at tid til prat ville bidra til å skape en inngang til kontakt og relasjonsutvikling.

Det var to temaer som gikk igjen i resultatene. Det første var tid til samvær, som innebærer samtale, skape tillit og det å bli kjent. De ansattes tid var savnet. En av brukerne fortalte at det ikke var så mye som skulle til; ”en å prate med eller bare være stille sammen med, det skal ikke så mye mer til enn et smil”. I og med at det kommer forskjellige hjelpere, var det flere som sa de ikke klarte å formidle hva de trengte. Flere var opptatt av dette, og en sa ”Jeg vet jo aldri hvem som kommer”. En sa: ”jeg vet jo hva som er bra. Det er samtaler, samtaler, samtaler”. En pårørende ønsket at hjemmetjenesten skulle bruke mer tid til kona hans, slik at de kunne motivere kona til å motta hjelp.

Det andre temaet som gikk igjen var vennligsinnet pågåenhet, som innebærer å stille krav, utøve press, inkludere og møte opp. Både brukerne og pårørende var enig om at det var viktig å bli tatt tak i. En kvinne fortalte om en nokså pågående omsorg fra hjemmetjenesten; ”De dro meg med på alt. Det var et mareritt. For å si det rett ut, veldig vanskelig, men det måtte nok til”. Hun sa at hun hadde behov for noen som stilte krav til henne. På den måten slapp hun stakkarsliggjøringen, selv kjefting kan oppfattes som omsorg, omtanke og bekreftelse, om den kommer fra en person man har tillit til. Tid til prat kan bidra til at relasjonen mellom hjelper og bruker blir så trygg og robust at også pågåenhet oppleves som omsorg.

Studien konkluderer med at for å utvikle en god relasjon og bedring hos bruker, er hverdagspraten en viktig del. Kontinuitet i hvem som kommer på hjemmebesøk, vil bidra til at bruker og hjelper blir kjent og kan utvikle et tillitsfullt forhold. Det er òg viktig at hjelperne tar grep og bruker sin faglige autoritet og omsorg også når brukerne avviser hjelp.

4.5 Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?

I forskningsartikkelen ”Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie” (Tønnessen & Nordtvedt, 2012) fra sykepleien.no/forskning, ser de på hva det vil si at hjemmesykepleien skal være faglig forsvarlig, og samtidig omsorgsfull. De trekker frem tre krav, det ene omhandler grunnleggende behov og hvilke vurderinger som skal bli gjort for å finne hvilke behov hver enkelt pasient har. I forskningsartikkelen går de ut i fra Hendersons grunnprinsipper, som går ut på å få dekke de fysiologiske, medisinske og psykososiale behovene.

Forskningsartikkelen viser at hjemmesykepleien kun utfører oppgaver som er med på å opprettholde de basale livsfunksjonene. ”Skal tjenesten være i tråd med grunnleggende sykepleie må psykososiale og åndelige/eksistensielle behov også vurderes og ivaretas samt at pasientene må få tilbud om aktiviteter” (Tønnessen & Nordtvedt, 2012).

Videre under krav nummer to har de fokus på at kvaliteten på tjenestene pasienten trenger å få dekket, må være faglig tilfredsstillende. Gjennom utdanningen tilegner en sykepleierstudent seg kunnskaper om for eksempel hva som er tilstrekkelig næring, og eventuelle tiltak som skal igangsettes ved underernæring, studenten lærer seg og hva som skal til for å tilrettelegge for at pasienten skal ha en god personlig hygiene. Denne kunnskapen med mer, skal studenten bruke videre i arbeid som sykepleier. En vet og viktigheten av tid, og utfordringene rundt bruken av tid hos forskjellige pasienter. Sykepleiere skal kunne vurdere om helsetjenesten har god nok kvalitet, og er forsvarlig. Forskningsartikkelen påpeker at tjenestene i hjemmesykepleien ikke ivaretar pasientens behov godt nok (Tønnessen & Nordtvedt, 2012). De viser dette ved et eksempel på at pasientene kan få ensidig kost, og må spise middagen sin alene. Dette kan være uheldig da noen pasienter kan ha behov for å ha tilsyn under måltider. Både pasienter og sykepleiere beskriver at de har for dårlig tid, og at det pasientene ikke får tjenesten til avtalt tid. Det hender pasienter må vente flere timer før de får morgenstellet sitt, eller før de får gå på toalettet.

Det siste kravet har fokus på respekt, og at de grunnleggende behovene må dekkes på en slik måte at pasientene opplever seg sett og ivaretatt. Undersøkelser viser at pasientene opplever krenkelser i omsorgssituasjonen. Skal tjenesten være sykepleiefaglig forsvarlig må medmenneskelige verdier ivaretas.

5 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere *Hvordan kan en sykepleier motivere til fysisk aktivitet hos hjemmeboende med bipolar lidelse?* Kapitlets oppbygging består av først å bli kjent med pasienten, for så å se på hvor viktig det er med fysisk aktivitet og hvordan sykepleier kan motivere til dette. Videre diskuterer jeg bruken av tid i hjemmesykepleien, og hvordan en kan bidra til faglig forsvarlighet.

5.1 Å bli kjent med pasienten

I møte med pasienten er det svært viktig å ha kunnskap om den psykiske lidelsen. Sykepleier må tilegne seg kunnskap om selve sykdommen, hva denne gjør med pasienten, symptomer og behandlingen. Dette vil gjøre sykepleier tryggere i hvordan hun skal tilnærme seg pasienten og hvilke signaler hun skal reagere på.

Felles for alle pasienter er at de er hjelpetrengende. Det ligger i vår natur at vi skal klare oss selv, og være selvstendige. I vårt samfunn ligger det en klar verdi i det å mestre egne problemer. Det å bli hjelpetrengende, gjør derfor noe med selvbilde. Det er viktig at vi husker på dette i møte med deprimerte pasienter. Pasienten er sårbar, men vil bli møtt på et mellommenneskelig plan.

Som forskningen til Halvorsrud (2014) viser, så er det å ha nok tid og ha muligheten til å lytte, det viktigste for å bli kjent. Dette vil være med på å oppfatte endringer hos pasienten. Forskningen om betydningen av tid (Skatvedt & Andvig, 2014) underbygger dette, ved å konkludere med at hverdagspraten er noe av det viktigste for relasjonsbygging.

For å bli kjent med den deprimerte pasient, og for å skape en god relasjon er det flere punkter som er viktige. Kommunikasjon kan være et kraftfullt redskap, om det blir brukt korrekt. Innenfor kommunikasjon har vi både verbal kommunikasjon, som er de ordene som blir sagt, og non-verbal kommunikasjon, som er kroppsspråket som underbygger utsagnene våre. For å kommunisere kreves det alltid en sender og en mottaker, i denne situasjonen blir dette pasient og sykepleier, i begge rollene. Hvordan budskapet blir oppfattet har en sammenheng med mottakers sanseapparat og følelser (Aanderaa, 1996). Om pasienten tydelig er sliten og ikke åpen for samtale, må sykepleier ta hensyn til dette. Sykepleier kan spørre rett ut om pasienten ikke vil prate, eller så kan hun være stille og se om pasienten tar ordet. Pasienten trenger

kanskje tid til å registrere hva sykepleieren sier, og følgelig trenger tid til å formulere seg tilbake.

En blir lett påvirket av andres sinnsstemning og humør. Om noen smiler og ler mye, er det lett å bli smittet av dette, i likhet med om noen er nedstemt og ikke imøtekommende, så er det lett å bli tilbakeholden. I møte med en deprimert pasient er det viktig at sykepleieren holder på sin profesjonelle og trygge rolle, og møter pasienten der han er. Om pasienten er nedfor, så vil det mest sannsynlig ikke bli bedre av at det kommer en sykepleier som gliser og ler uten grunn. Det kan trolig ha motsatt effekt, at det kan virke uforståelig og skremmende for pasienten. På den andre siden så skal ikke sykepleier bli tilbakeholden og nedfor, selv om pasienten er det. Det er viktig å finne en balanse, at det går an å kombinere et godt humør, i en rolig og trygg sykepleierrolle.

Hos psykisk syke pasienter kan det være stor forskjell på hvordan en skal tilnærme seg fra dag til dag. Den ene dagen kan en bli møtt med vennligsinnnet åpenhet, mens den andre dagen kan en bli møtt med aggresjon. Det kan derfor være utfordrene å bygge en god relasjon. Hvordan en forholder seg til dette, vil nok være avgjørende for hvilken relasjon pasient og sykepleier får. Hvordan sykepleier tilnærmer seg pasienten, avhenger av relasjonen deres, samt pasientens sinnsstemning. Til bedre kjent de er, desto bedre vet sykepleier hvordan pasienten vil bli tilnærmet. Noen pasienter trenger en rolig, ikke så streng hjelper, mens andre trenger en som er mer hard, som setter krav.

Da jeg selv var i praksis i hjemmesykepleien ble jeg oppmerksom på at vi arbeidet i andres hjem, og stilte ofte spørsmål om hvordan jeg på riktig måte skulle tilnærme meg pasientene. Jeg erfarte at sykepleierne jeg gikk med, hadde forskjellige måter å tilnærme seg de ulike pasientene. Årsaken til dette var naturligvis at de hadde bedre relasjon og tilknytning til sine faste pasienter, og visste dermed hvordan de skulle gå frem ved besøkene.

Felles for alle er at vi trenger å bli sett, dette er med på å gi pasienten en følelse av bekræftelse. Det er ikke alltid så mye som skal til, i noen tilfeller er det nok å la kroppsspråket prate for oss, som for eksempel å gi noen en trygg hånd på skulderen, eller nikke og smile til det pasienten forteller.

5.2 Fysisk aktivitet til den enkelte

Å være fysisk aktiv er positivt, uansett alder, livssituasjon, sykdom eller ikke sykdom. Vi vet at ved å trene regelmessig og moderat, så er det flere helsegevinster. Å føle at en har god helse gjør at en blir i bedre humør. Hos depressive pasienter er det ikke like lett å bare ta seg en joggetur, som det er hos friske mennesker, uavhengig om en er i god fysisk form fra tidligere. Når det kan være en utfordring i seg selv å komme seg ut av sengen, kan det være fryktelig hardt å skulle presse kroppen til å bli mer sliten enn en allerede er. Likevel viser litteraturen at det er flere positive psykologiske virkninger av å trene, som reduksjon av depresjon, angst, muskelspenninger og søvnvansker. De fysiske gevinstene er økt kondisjon, så en kan gå lengre og fortere før en blir andpusten, og økt muskelmasse, så en kan løfte tyngre før en blir sliten. Fysisk aktivitet er også bra for omsetningen av fett, karbohydrater og proteiner, samt for koordinasjon og reaksjonsevnen.

Selv om litteraturen peker på de psykiske helsegevinstene ved trening, så viser forskning at dette nødvendigvis ikke stemmer. I vertfall ikke i den grad jeg trodde i utgangspunktet. Forskningsartikkelen ”Trening mot depresjon” (Cooney et al., 2013) konkluderer med at trening ikke kan erstatte medikamentell behandling, men det er heller ikke intensjonen min med denne oppgaven. Hos en pasient som lider av bipolar lidelse, er det stor sjanse for at han må gå på medisiner livet ut. Treningen jeg referer til er for å bedre livssituasjonen til pasienten, uavhengig om han går på medisiner eller ikke.

Definisjonen av god helse er individuell, for noen betyr god helse å kunne fungere i hverdagen, selv om de kanskje har smerter i et kne eller får perioder med depresjon. Så lenge de ser en mening med livet, og klarer å fungere i hverdagen, så kan det for noen være å ha god helse. For en med bipolar depresjon, blir målet om god helse å bedre den psykiske helsen, og det kan gjøres ved hjelp av å trene sin fysiske helse.

Fysisk aktivitet trenger ikke være komplisert. Som tidligere nevnt så holder det med 30 minutter med økt puls, til dagen. Dette kan være å klippe plenen, vaske hus, svømme eller sykle. I en startfase kan det for noen være nok å gå trappene opp til 2. etasje. Etter hvert som fysisk aktivitet blir mer integrert i hverdagen, vil det bli lettere for pasienten å gjennomføre. Alvorlig deprimerte pasienter kan være så langt nede at de ikke en gang klarer å komme seg ut av sengen om morgningen. Den fysiske aktiviteten må tilpasses hver enkelt pasient. Hos en sengeliggende deprimert pasient, kan det være nok å sette seg opp på sengekanten, for så å

prate med sykepleier. Etter hvert blir kravet større, og pasienten må komme seg helt opp, og videre inn på badet og kjøkkenet. For at pasienten skal klare dette, må sykepleier se an situasjonen, om det muligens ville være til hjelp å få inn dagslys og frisk luft. Om det er i orden for pasienten, kan sykepleier trekke fra gardinene og åpne vinduet. Det kan òg være en motivasjonsfaktor om de kan drikke kaffe sammen på kjøkkenet.

For noen kan fysisk aktivitet innebære å være sosial, om det for eksempel etter hvert blir gruppetrening på et treningssenter, eller ved å melde seg inn i en turgruppe, eller bare det å møte folk om pasienten går en tur i nabolaget. Å bli kjent med andre mennesker og føle en tilhørighet, gir en god følelse, som muligens kan øke sjansen for at han fortsetter med treningen. For andre kan det bety å være for seg selv, om en går en tur i fjellet for å nyte naturen. Om pasienten har behov for å være alene, kan det være god terapi i det å komme seg ut i skogen og få andre syns-og luktinntrykk.

Sykepleier må undervise pasienten om viktigheten av fysisk aktivitet, både med tanke på helsegevinster for den fysiske og psykiske helse. Det er òg viktig å være klar over at det kan komme nedturer og tilbakefall, og at sykepleier aksepterer dette. Samtidig må dette bli tatt opp med pasienten, for å få han til å forstå at det er helt normalt. ”Fysisk aktivitet for sinnets helse” (Martinsen, 2000) viser at halvparten av de som starter med fysisk aktivitet, vil falle fra. For pasienten kan de daglige påminnelsene om fysisk aktivitet fort bli oppfattet som mas, og enda en utfordring. Det er viktig at sykepleier klarer å balansere dette, at hun fremmer fysisk aktivitet som noe positivt, men òg krevende. Sykepleier må ha forståelse for at pasienten kan se på fysisk aktivitet som noe uoppnåelig og derfor må hun finne en metode for å kombinere den vennligsinnede pågåenheten, sammen med forståelsen for at det er utfordrerne for pasienten. Som vi ser i forskningen til Skatvedt og Andvig (2014), vil pasientene at sykepleierne skal sette krav og være pågående. At sykepleier inkluderer pasienten, og utøver press for å få innført en mer fysisk aktiv hverdag, viser at hun bryr seg om pasienten.

5.3 Motivere til fysisk aktivitet

For å motivere en pasient med bipolar lidelse i den depressive fasen, er det flere temaer en må tenke på. Dette er blant annet en god relasjon, sinnsstemning og tankegang. En pasient som er

depressiv har en helt annen tankegang enn friske mennesker. Om pasienten stiller spørsmål rundt meningen med livet, og selv ikke har noe lyst til å leve, kan det være uforståelig for pasienten hvorfor han absolutt må gå en tur rundt huset. Det kan òg være pasienten føler seg til bry, og ikke vil at noen skal bruke energi på han. Om pasienten er så langt nede at han tror alt håp er ute, og at han ikke fortjener å ha det bra, er det veldig viktig at sykepleier bruker all sin kunnskap om relasjonsbygging, kommunikasjon, motivasjon og selvsagt kunnskap om selve sykdommen.

For å kunne motivere en depressiv pasient er relasjonen viktig. Hvor trygg pasienten er på sykepleier, vil ha noe å si når sykepleier prøver å undervise pasienten. Da det er enklere å ta til seg undervisning, om en har tiltro til den som underviser deg. Sykepleier kan være med på selve utførelsen, om det for eksempel skal være å gå en tur rundt huset, eller å vaske gulvet. Det kan òg være at sykepleier assisterer pasienten på kjøkkenet, når han skal trakte kaffe. Det at noen gjør det sammen med pasienten, vil være med på å bygge sterkere relasjon, og aktiviteten vil muligens være mer betydningsfull.

Det å klare å utføre et stykke arbeid, gir en god mestringsfølelse, som vil være viktig for veien videre. Motivasjon og mestring henger sammen. Om man mestrer å sitte på sengekanten og ta medisinerne sine, i stedet for å ligge i sengen, pusse vinduene en dag, eller å sykle en mil, vil det gi motivasjon til å fortsette. En annen motivasjonsfaktor kan være at pasient føler seg ”normal” og inkludert. Om sykepleier lager en avtale med pasient om å møtes et sted, enten i parken eller på kafe, vil dette mest sannsynlig motivere pasient til å dusje, ordne seg, og komme seg ut som en ”vanlig” person.

For en som er psykisk syk er ikke de dagligdagse gjøremål en selvfølge, og det kan virke som at mening og sammenheng er borte. Det kan plutselig være meningsløst å skulle stå opp om morgningen og kle på seg, samt legge seg på kvelden. Sykepleier må derfor være klar over at denne prosessen kan ta lang tid, og at hun må tåle å bli avvist. Det er viktig at hun står på, og til tider ”griper fatt i ” pasienten, som forskningen til Skatvedt og Andvig (2014) har fokus på. ”De ulike hjelperne må ha et felles mål for sine tjenester. Ikke bare klientens psykiske lidelse, men hele hans livssituasjon må tas i betraktning når hjelpetiltak skal planlegges” (Aanderaa, 1996). Om pasienten er gift og har barn, er dette en god grunn til å holde seg fysisk aktiv, da

det er meningsfullt å kunne leke med barna sine. Eller om pasienten har hund, så er dette en god grunn til å komme seg ut for en luftetur.

5.4 Betydningen av tid i hjemmesykepleien

Tid til samvær er et grunnleggende tema for å gi god omsorg (Skatvedt & Andvig, 2014). Samværet beskrives som uformelt og dreier seg både om å bli kjent og å snakke sammen. Begge deler er forutsetningen for å etablere en relasjon basert på trygghet og tillit, som er grunnelementet i alt hjelpearbeid. Hverdagsprat er i tillegg en anledning der man kan presentere seg og få bekreftelse som noe annet enn en pasient.

For noen er det viktigste å bli kjent og opparbeide tillit. For andre er det viktig at sykepleieren kan sette seg ned, vise interesse og prate. Slik prat fremstår som et betydningsfullt hverdagslig ritual som generer følelsesmessig energi, og der man føler seg som et verdig menneske.

Alminnelig samvær mellom sykepleier og pasient ser ut til å bidra til en bedring av selvpplevelsen for mange med psykiske helseproblemer. For mennesker i en sårbar posisjon kan det å oppleve at noen bryr seg, og at man betyr noe for andre, fremme håp. Dette kan igjen ha betydning for bedringsprosessen. Det ligger en utfordring i det å komme til hjelp når det er uønsket, men hverdagsprat er en arena som gir anledning for å utvikle en relasjon der det er mulig.

Å snakke sammen fordrer et nærvær som forutsetter at man gir hverandre anledning til å dele både plager og gleder. Slike samtaler krever ofte langsomhet og rom til å utfolde seg. På en annen side synes det klart at det ikke nødvendigvis kreves lang tid til en prat som oppleves som god, dersom et godt forhold allerede er etablert (Aanderaa, 1996). Noen ganger kan det være nok med et blick og et klapp på skulderen. Det skal altså ikke så mye til før hjelperen oppleves som aktive og deltakende i brukerens hverdagsliv, og på den måten kan bidra til bedring.

Jeg erfarte i praksis at det var mye snakk om utfordringene rundt tidsbruk. Noen av de jeg gikk med hadde svært mange pasienter, og her var det knapt tid til å spørre pasienten om de trengte hjelp på toalettet. Mens andre sykepleiere hadde svært få pasienter på sin liste. Det var alltid de samme pasientene som fikk liten tid av personalet. Det er en stor utfordring at tiden ikke alltid strekker til, men da handler det om prioriteringer. Om sykepleier noen dager

prioriterer ekstra tid hos en pasient, kan det i lengden resultere i at den aktuelle pasienten ikke trenger like mye tid. Betydningen av å bli sett og inkludert har mye å si. Alle krever oppmerksomhet, og om en faktisk får det, så kan det være nok til å føle seg verdsatt og ikke ha like stort behov for det hver dag.

5.5 Bidra til faglig forsvarlighet

Forskningen til Tønnessen og Nordtvedt (2012) får frem at sykepleiernes mulighet til å vurdere og ivareta pasientens behov ut fra en helhetlig tilnærming er midlertidig begrenset. Psykososiale og åndelige behov vurderes ikke som en del av hjemmesykepleiens tjenester. Om vi ser på Hendersons prinsipper for sykepleie, er det vel så viktig å hjelpe pasienten til å ha en god ernæring, som det å hjelpe pasienten til å få arbeide med noe som gir følelse av å utrette noe. Det skal altså være en god blanding av å hjelpe pasienten til å bli selvstendig, både med tanke på den fysiske og psykiske helse.

Det som går igjen i forskningsartikkelen ”Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet” (Skatvedt & Andvig, 2014), er at pasientene vil bli møtt på et mellommenneskelig plan, og at de vil bety noe for andre. Artikkelen peker òg på viktigheten av tid, og hvor enkelt det kan gjøres. Jeg tror at det vil være mye bedre å ta morgenstellet effektivt, og heller ta seg tid til en prat ute i stuen etterpå. Da møtes de to partene som to ”normale” borgere. Det er klart at om pasienten er pratsom under stellet, så følger sykepleier opp dette. Ved å være rolig i den tiden sykepleier har med pasienten, kan det vise at hun vil være der og at det er viktig for sykepleier hva pasienten har å si. Forskningen til Tønnesen og Nordtvedt (2012) konkluderer med at om tjenesten skal være sykepleierfaglig forsvarlig, må medmenneskelige verdier ivaretas. Dette innebærer å ha god nok tid til å se hele mennesket, og bidra til god helse ved å ivareta både psykiske og fysiske behov. Det er òg viktig som forskningen til Skatvedt og Andvig (2014) viser, at sykepleieren bruker sin faglige autoritet og omsorg når brukerne avviser hjelp.

For å bidra til faglig forsvarlighet mener jeg det er viktig at sykepleierne får økt kunnskap om fysisk aktivitet, og hvor viktig det er. Det psykososiale blir ofte glemt, så det kan òg være hensiktsmessig at sykepleierne får trening i kommunikasjon og veiledning. I tillegg til dette er

det bra om de får en gjennomgang for hvordan en skaper gode relasjoner, og hvordan en tilnærmer seg de forskjellige pasientene. På bakgrunn av erfaringer i praksis, så vil en god relasjon være nyttig for både pasient og sykepleier. For pasienten er det en trygghet å ha tiltro til hjelperen sin, mens for sykepleier vil det være tidsbesparende å ha en god relasjon, da dette kan forhindre misforståelser og konflikter.

For å få økt satsning på fysisk aktivitet kan det først og fremst være bra å få sykepleierne til å bevege seg mer, så de får kjenne på virkningen av å være fysisk aktiv. De kan få en undervisning om sammenhengen mellom den fysiske og psykiske helse, som vil gjøre de mer bevisst. Om sykepleierne forstår viktigheten av god kommunikasjon og oppfølging, i sammenheng med fysisk aktivitet, så vil de forhåpentligvis være mer bevisst på tidsbruken sin. Som tidligere nevnt, så vil det lønne seg å ta seg å anvende tiden godt, da dette vil vise seg senere. Om en pasient føler seg sett, og blir fulgt opp, så klarer han etter hvert mer på egenhånd. Den ene informanten i forskningen til Skatvedt og Andvig (2014) uttrykte at hun aldri var klar over hvem som kom til henne. Så langt det går, så vil det være gunstig å ha en viss kontinuitet til hvem som går til de forskjellige pasientene. Det skaper en trygghet for pasienten å vite at han ikke har så mange å forholde seg til.

6 Konklusjon

I og med at litteraturen og forskningen ikke samstemmer helt angående spørsmålet om fysisk aktivitet kan ha en positiv virkning for en deprimert pasient, vil jeg si det trengs mer forskning på området. Selv om det ikke nødvendigvis alene kan gjøre pasienten frisk, så er det uansett positivt å være fysisk aktiv. Det viktigste en sykepleier kan gjøre for en deprimert pasient er å gi pasienten en trygghetsfølelse, og få pasienten til å føle seg sett og ivaretatt. Det som gjentar seg både i litteraturen og forskningen er at riktig kommunikasjon er viktig for å skape en god relasjon, som er nødvendig for bedringsprosessen til pasienten. Det er behov for økt kunnskap om fysisk aktivitet og relasjonsbygging blant sykepleiere, eller eventuelt en oppfriskning om temaet. Dette vil forhåpentligvis resultere i at fysisk aktivitet blir prioritert, og at tidsbruken hos hver enkelt pasient blir optimalisert.

7 Litteraturliste

- Anderssen, S. A., & Strømme, S. B. (2001). *Fysisk aktivitet og helse- anbefalinger*. Tidsskrift for den norske legeforening. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/362722>
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (Vol. 2): Cappelen Damm AS.
- Cooney, G. M., Dwan, K., Grieg, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., . . . Mead, G. E. (2013). *Exercise for depression*. Cochrane library. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004366.pub6/full>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie*. Fagbokforlaget: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Psykisk helse hos voksne* (Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110542::0:7243:5:::0:0)
- Forbes, D., Forbes, S. C., Blake, C. M., Thiessen, E. J., & Forbes, S. (2015). *Exercise programs for people with dementia*. Cochrane Library. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub4/full>
- Halvorsrud, L., Pahr, I., & Kvarme, L. G. (2014b). *Hjemmesykepleieren i møte med den nedstemte pasienten* (Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/hjemmesykepleieren-i-mote-med-den-nedstemte-pasienten>)
- Haver, B., Ødegaard, K. J., & Fasmer, O. B. (2012). *Bipolare Lidelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helsedirektoratet. (2014). *Bipolar lidelse*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/bipolar-lidelse>
- Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- Ikke stykkvis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (2012). *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 1): Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lundbeck, H. (2015, 07.12.2015). *Bipolar lidelse*. Hentet fra <http://lundbeck.com/no/terapiomrader/bipolar-lidelse>
- Martinsen, E. W. (2000). *Fysisk aktivitet for sinnets helse*. Tidsskrift for den norske legeforening. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/198276>
- Moe, T., Retterstøl, N., & Sørensen, M. (1998b). *Fysisk aktivitet- en ressurs i psykiatrisk behandling*: Universitetsforlaget AS.
- Helsepersonelloven, LOV- 2015-12-18-121 C.F.R. (2001a).
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-05-22-32 C.F.R. (2001b).
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2008-2009). *Stortingsmelding nr. 47*. Norway. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?q=&ch=2>
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2013). *Fysisk aktivitet*. Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/fysisk-aktivitet/id589909/>

- omsorgsdepartementet, H.-o. (2014-2015). *Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjenesteknærhet og helhet*. Regjeringen.no. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?q=&ch=4 - KAP22>
- Skatvedt, A., & Andvig, E. (2014). *Betydningen av tid til samvær og vennligsinner pågåenhet i kommunhelsetjenesten*. Sykepleien.no/forskning. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2014/02/betydning-av-tid-til-samvaer-og-vennlighetsinnset-pagaenhet-i-kommunhelsetjenesten>
- Solheim, M., & Aarheim, K. A. (2004). *Kan eg komme inn?*: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tønnessen, S., & Nordtvedt, P. (2012). *Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie?* Sykepleien.no/forskning. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>
- Aanderaa, I. (1996). *Å arbeide i andres hjem*. Oslo: Kommuneforlaget AS.