



**Høgskulen
på Vestlandet**

EKSAMENSINNLEVERING

**Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: SYKHB3001

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 27.04.17 kl 14.00

Kandidatnr.: 558

Antall ord: 8697

Tittel :

**Økt livskvalitet hos psykisk langtidssyke:
En salutogen tilnærming.**

Title :

**Increased quality of life in mental long-term illness:
A salutogenic approach.**

Utdanning: Bachelorutdanningen i sykepleie

Avdeling for Helsefag, Haugesund

Kull: 2014

Antall ord: 8697

Sammendrag

Bakgrunn: Mange personer i Norge lever i dag med psykiske lidelser som fører til nedsatt livskvalitet. Jeg ønsker å se på hvordan en salutogen tilnærming kan fremme livskvalitet, da det for meg virker hensiktsmessig å fremme en persons ressurser heller enn å fokusere på det som skaper uhelse.

Hensikt: Å få økt kunnskap rundt salutogen tilnærming til psykisk langtidssyke, se nærmere på hvilke faktorer som kan gi god livskvalitet og hvordan en kan bruke dette i arbeidet med å fremme god psykisk helse.

Problemstilling: Hvordan kan en salutogen tilnærming fremme livskvalitet hos psykisk langtidssyke?

Metode: Litteraturstudie som tar for seg relevant kunnskap fra forskning og faglitteratur.

Funn: Resultatene viser at det å ha en aktivitet eller arbeid, bli akseptert og respektert i sosiale nettverk, og i helse- og omsorgstjenesten er med på å øke opplevelsen av sammenheng (OAS) hos psykisk langtidssyke. En høyere OAS fører til høyere livskvalitet.

Oppsummering: Den salutogene tilnærmingen går ut på å gi brukeren en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Dette kan gjøres gjennom å hjelpe brukeren å se egne ressurser gjennom sosialt nettverk og meningsfull aktivitet. Sykepleierens rolle vil være å gi en sammenheng i oppfølgingen fra helsetjenesten.

Abstract

Background: Many people in Norway today suffer from mental disorders that lead to impaired quality of life. I want to look at how a salutogenic approach can promote quality of life, as it seems to me appropriate to promote a person's resources rather than focusing on what creates unhealthiness.

Aim: To increase knowledge about the salutogenic approach to people with mental long-term illness, look into what factors contribute to good quality of life, and how to use this in mental health promoting.

Research question: How can a salutogenic approach promote quality of life to people with long-term mental illness?

Method: Literature review based on relevant knowledge from research and literature.

Results: The results show that having an activity or work, being accepted and respected in social settings, and in the health and care services helps increase the sense of coherence (SOC) in mental long-term illness. A higher SOC leads to higher quality of life.

Summary: The salutogenic approach gives the user a sense of comprehension, manageability and meaningfulness. This can be done by helping the user to see his own resources through social networking and meaningful activity. The nurse's role will be to provide a context in the follow-up from the health service.

Innhold

1.0 Introduksjon	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning.....	2
2.0 Teori	3
2.1 Antonovsky – Salutogenese	3
2.1.1 Opplevelse av sammenheng - OAS	3
2.2 Sykepleieteoretiske perspektiv.....	4
2.2.1 Joyce Travelbee.....	4
2.2.2 Katie Erikssons omsorgsteori.....	5
2.3 Livskvalitet.....	5
2.4 Etisk teori	6
2.4.1 Etske prinsipper	6
2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer	7
2.5 Lovverk.....	7
2.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)	7
2.5.2 Psykisk helsevernloven (1999).....	7
2.5.3 Forskrift om tvungent psykisk helsevern (2000).....	8
2.6 Utviklingen av psykisk helsevern	8
2.7 Kommunalt psykisk helsearbeid	9
3.0 Metode.....	10
3.1 Hva er metode?	10
3.2 Kvalitativ metode.....	10
3.2.1 Hermeneutikk	10
3.2.2 Fenomenologi	11
3.3 Kvantitativ metode	11
3.3.1 Randomisert kontrollert forsøk	11
3.4 Litteraturstudie som metode	12
3.5 Fremgangsmåte	12
3.7 Kildekritikk.....	13
3.8 Etske overveielser	13

4.0 Funn/litteratur	15
Artikkel 1	15
Artikkel 2	15
Artikkel 3	16
Artikkel 4	17
Artikkel 5	18
Artikkel 6	18
5.0 Drøfting	20
5.1 Det sosiale nettverket	20
5.2 Arbeid og aktivitet	22
5.3 Helse- og omsorgstjenester.....	24
6.0 Avslutning.....	27
Referanseliste.....	28

1.0 Introduksjon

1.1 Valg av tema

Mange i Norge lever i dag med psykiske lidelser som eksempelvis schizofreni, dette er en diagnose som mellom 12 000 og 15 000 nordmenn har. De fleste utvikler schizofreni når de er mellom 18 og 25 år, og det er vanlig med vrangforestillinger, hallusinasjoner, kaotiske tanker og følelser, isolasjon og påfallende oppførsel (Kjos & Aas, 2008, s.78). Å leve med slike diagnoser kan gjøre det vanskelig og skaffe seg utdanning og jobb. Dette kan føre til isolasjon, nedsatt selvtillit, mestring og livskvalitet. Etter å ha arbeidet innenfor psykisk helse med mennesker som daglig møter utfordringer på grunn av sine psykiske helseproblemer ønsker jeg å se nærmere på hva som kan være med på å øke livskvaliteten til denne gruppen. Ved å bruke en salutogen tilnærming behandler man ikke bare symptomer på lidelser, men man ser personens egen styrke og ressurser, og gir mulighet til å leve livet sitt optimalt med sine psykiske lidelser (Langeland, 2012, s.195-196) På tilrettelagt arbeidsplass får personer med psykisk sykdom oppleve mestring. De får bidra med noe i en meningsfull aktivitet og være en del av et fellesskap. Det å være ønsket og å bli satt pris på har jeg sett at gir mening for personer som tidligere har tenkt at de ikke har noen verdi på grunn av sin sykdom. Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap rundt salutogen tilnærming til psykisk langtidssyke, se nærmere på hvilke faktorer som kan gi god livskvalitet og hvordan en kan bruke dette i arbeidet med å fremme god psykisk helse. Psykisk helse kan være så mye, også helsefremming, hvor fokuset er å skape god helse. Slik blir ikke de medisinske diagnosene det viktigste, men heller samfunnet og miljøet rundt den enkelte, med fokus på et godt liv. Fagfeltet er stort, og en skal ha kunnskap om alle de varierte behandlings- og omsorgstilbudene som er tilgjengelig for pasientgruppen (Ingeberg, Tallaksen og Eide, 2006, s. 26).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan salutogen tilnærming fremme livskvalitet for psykisk langtidssyke?

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang velger jeg kun å se på forhold for voksne hjemmeboende psykisk langtidssyke som er i jevnlig kontakt med helsetjenesten. Jeg ønsker å inkludere begge kjønn i alderen 18-65 år. Forskning som tar opp tema som psykisk langtidssyke, bedring, mestring, og salutogenese kan alle være relevant til problemstillingen. Dette for å kunne belyse forskjellige områder knyttet opp mot problemstillingen.

Innenfor dette temaet ser jeg at det også hadde vært spennende å se på pårørendes rolle i den salutogene tilnærmingen, men på grunn av oppgavens størrelse har jeg ikke mulighet til å gå spesielt inn på dette temaet.

Jeg kommer ikke til å ha et eget punkt for begrepsavklaringer, men kommer til å definere de ulike begrepene der det faller seg naturlig i teksten.

2.0 Teori

2.1 Antonovsky – Salutogenese

Antonovsky var opphavsmannen til begrepet salutogenese som en metode for å fremme helse. Salutogenese kommer av det latinske ordet «salus» som betyr helse, og det greske ordet «genesis» som betyr opprinnelse (Lindstrøm og Eriksson, 2015, s.27). Begrepet oppsto da Antonovsky stilte spørsmålet om «Hva er det som gir god helse?» (Lindstrøm og Erikson, 2015, s. 14). Salutogenesen ble dermed en motsetning til patogenesen som forsøker å finne årsaken til dårlig helse. Om helse sier Antonovsky (1996) det som at vi hele tiden balanserer mellom uhelse og helse. Stressfaktorer kan få oss ut av denne balansen. Når en kommer ut av balansen kan en enten bryte sammen, eller en kan samle krefter og komme tilbake til god helse. Sistnevnte definerer den salutogene metoden. Samtidig kan man ha både positive og negative helsekomponenter, uten at det får oss ut av balanse. Helse blir dermed et mer relativt begrep (Lindstrøm og Eriksson, 2015, s. 20). Verdens helseorganisasjon (WHO, 1948) definerer helse som at det er en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fraværet av sykdom. Helsefremming består av å gi samfunnet og enkeltindivider ressurser til å skape god helse, til forskjell fra helseforebygging hvor man fjerner årsaker til uhelse som for eksempel røyking, og alkohol. Ottawa Charteret's definisjon på helsefremming er prosessen til å tilrettelegge og gjøre det mulig for folk å få kontroll over, og forbedre egen helse (WHO, u.å.). Antonovsky (1996) sier at når man får en diagnose blir alt fokus rettet mot å behandle diagnosen, og en ser dermed ikke mennesket i sin helhet. Ved å bruke en helsefremmende salutogen tilnærming vil en ikke glemme at personen lider av en sykdom, men en vil stille spørsmålet «Hvordan kan jeg hjelpe denne personen mot bedre helse?». Ved å bruke en salutogen tilnærming i møte med psykisk langtidssyke blir det dermed viktig å fokusere på hele personen, ikke bare diagnosen, og identifisere hva som skal til for å hjelpe personen på vei mot bedre helse, og samtidig øke livskvaliteten.

2.1.1 Opplevelse av sammenheng - OAS

Ved å sammenligne hva personer som kommer seg lettere gjennom kriser og belastninger enn andre har til felles kom Antonovsky frem til opplevelse av sammenheng/sense of coherence (OAS/SOC). Det viste seg at fellesnevneren var å finne meningen med det som skjedde, lære av det og gå videre. Styrken på en persons OAS vil variere alt etter faktorer som blant annet

kultur, oppvekst, miljø og alder. En person med en sterk OAS vil når han, eller hun, blir utsatt for en stressfaktor ha et ønske om, og bli motivert til å klare å komme seg gjennom det. Dette vil oppleves som meningsfullt. De vil ha en forståelse for utfordringen som kommer, noe som gir begripelighet, og ha tro på at de har ressurser til å håndtere situasjonen. Meningsfullhet, håndterbarhet og begripelighet er de tre dimensjonene som former en OAS. Ved å ha en sterk OAS vil en føle trygghet og en indre tillit til egne ressurser. Dermed vil en også kunne bruke disse ressursene på en helsefremmende måte (Antonovsky, 1996) (Lindstrøm og Eriksson, 2015, s. 28).

2.2 Sykepleieteoretiske perspektiv

2.2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee skriver at sykepleierens rolle er å sørge for at det individuelle mennesket opplever størst mulig grad av helse, og samtidig stiller hun spørsmål til hva helse egentlig er. En person kan føle seg ved god helse, selv om en lege definerer han som syk, og en annen kan føle at han har dårlig helse selv om han ikke har noen diagnose. Det er derfor viktig at en som sykepleier kartlegger hva den enkelte anser som god helse, og hva som skal til for å oppnå dette. Travelbee (1996, s. 9-11) mener at mange sykepleiere ser på det å lære bort god helse som og kun hjelpe til med de praktiske delene, som f.eks. lære å administrere insulin etter at en har fått en diabetesdiagnose. Det er like viktig og se på hvordan vi som sykepleiere kan være med på å forebygge sykdom, og være med på å gjøre symptomene av sykdommen håndterbare. Når man definerer noen som en pasient mener Travelbee (1996, s. 33) at man tar avstand fra mennesket. En sykepleier kan se på en pasient som en oppgave, en oppgave som det følger med oppsatte rutiner for hva som skal gjøres. Det er derfor av stor betydning for relasjonen mellom sykepleier og pasient at hver eneste pasient blir sett på som det individuelle mennesket han eller hun er, og ikke bare blir definert som pasienten.

Håp

En stor motivasjonsfaktor for mennesker i vanskelige situasjoner er håpet. Håpet kan være med på å gi styrke i situasjoner som virker uoverkommelige. For å komme gjennom sykdom og lidelser vil det være sykepleierens rolle og hjelpe til med å finne håp for de personene som trenger det. Hvis en person mangler håpet vil han heller ikke finne en løsning på sine problemer eller finne en vei ut av den vanskelige situasjonen han er i (Travelbee, 1996, s.77).

En skal som sykepleier støtte pasienten slik at han unngår å falle inn i håpløshet, og hjelpe til med å holde håpet oppe. Dette skal en først og fremst gjøre ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe. Det gjør man ved å være imøtekommende og høre på pasientens bekymringer. En skal vise pasienten at det er greit å be om hjelp, at man som sykepleier tar seg tid til alle pasientene og viser at den enkelte er viktig (Travelbee, 1996, s. 82-83).

2.2.2 Katie Erikssons omsorgsteori

Katie Eriksson er opptatt av hvordan mennesket forholder seg til seg selv, til verden og andre mennesker. Mennesket kjennetegnes ved at det har både bevissthet og selvbevissthet. Opplevelsene et menneske har kan aldri helt forstås eller tolkes av et annet menneske. Eriksson sier at mennesket har en naturlig omsorg som er den omsorgen man har for seg selv og sine nærmeste. Denne naturlige omsorgen tar sikte på å fremme god helse (Kristoffersen, 2011, s. 241). Eriksson sier videre at mennesker trenger profesjonell omsorg når omsorgen en har for seg selv blir utilstrekkelig. De profesjonelle som yter omsorg skal føle seg kallet til å jobbe med omsorg. Dette fordi at en skal oppleve å realisere og bekrefte seg selv gjennom omsorgsgjerningen i yrket (Kristoffersen, 2011, s.244).

2.3 Livskvalitet

Helsedirektoratet (2016) skriver på sine nettsider at livskvalitet er det som gir mening og verdi i livet, og kunnskapen om dette har betydning for å integrere psykisk helse i folkehelseperspektivet. God livskvalitet skal også gi bedre psykisk helse, og i veiviseren «Psykisk helse og livskvalitet - lokalt folkehelsearbeid» (2017) kommer en inn på at mestring, og kontroll på eget liv gir bedre livskvalitet. Møter vi så mange utfordringer at de overstiger de ressursene vi har over tid vil det til slutt skape stress og uhelse. En annen definisjon av livskvalitet er beskrevet av psykologen Siri Næss. Hun knytter begrepet opp til indre opplevelser og betegner livskvalitet som psykisk velvære. Dette forstås som den enkeltes opplevelse av de ulike sidene i livssituasjonen. Det å ha god livskvalitet består av å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv (Næss i Kristoffersen, 2011, s. 57).

2.4 Etisk teori

2.4.1 Etiske prinsipper

I 1978 ga Tom Beauchamp og James Childress ut boken Principles of Biomedical Ethics. Her lanserte de 4 etiske prinsipper sammen med en metode for å bruke disse prinsippene når man må ta etiske hensyn innen helsevesenet. Disse etiske prinsippene har hatt stor innvirkning på hvordan man tenker rundt etikk i helsevesenet (Nordtvedt, 2016, s. 96). Disse prinsippene er mer konkrete enn etiske teorier, men generelle i den forstand at de kan brukes til veiledning i forskjellige situasjoner (Nordtvedt, 2016, s. 99).

Velgjørenhetsprinsippet

Dette er et av de to hippokratiske prinsippene som var sentrale i antikkens tid. Tanken om å ville gjøre det beste for pasienten ligger i forståelsen av velgjørenhetsprinsippet. Dette er også en del av fundamentet i alt helserelatert arbeid (Nordtvedt, 2016, s.96). I helsepersonelloven §4 (1999) står det at det er krav til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

Ikke skade-prinsippet

Dette er det andre hippokratiske prinsippet, og det sier ofte noe om hva pasienten ikke skal utsettes for. Fra antikken av ble det brukt i forbudet mot abort og eutanasi (dødshjelp), noe det også assosieres med i dag. Som sykepleier og helsepersonell skal man påføre pasienten minst mulig smerte og ubehag. Samtidig så må man ofte påføre pasienter både smerte og ubehag ved å gi sprøyter, vaske sår, mobilisere støle gamle kropp og snu på sengeliggende pasienter med store smerter. Ikke skade-prinsippet er derfor viktig å tenke over, ved at man skal utføre så skånsom sykepleie som mulig, og være varsom og empatisk i møte med pasienten (Nordtvedt, 2016, s. 97).

Autonomiprinsippet

Skal man anerkjenne mennesket som et rasjonelt vesen med evne til kritisk selvrefleksjon må man også se mennesket som et selvbestemmende (autonomt) vesen. Man skal ivareta menneskeverdet, og derfor må det som er tillatt for en være tillatt for alle. Dette betyr at pasienter har rett til å ta egne valg, så lenge de er kompetente til det. De skal selv ha mulighet til å bestemme over hvilken behandling og pleie de vil ta imot. De har også retten til å nekte hjelp (Nordtvedt, 2016, s.98).

Rettferdighetsprinsippet

Rettferdighet og likebehandling ble formulert i etiske teorier allerede hos Aristoteles, men det er først i nyere tid rettferdighetsprinsippet er blitt ansett som viktig i helsetjenesten. Dette er nok på grunn av veksten på helsetjenestene, og ulikheter i fordelingen av helseressursene. Innenfor sykepleie betyr det at pasienter skal ha lik rett på omsorg etter hvilke behov de har, uavhengig av kjønn, sosial status, rase og sosialt nettverk (Nordtvedt, 2016, s.98-99).

2.4.2 Yrkesetiske retningslinjer

I Norsk sykepleierforbund (NSF, 2016) sine yrkesetiske retningslinjer står det at man som sykepleier skal ivareta pasientens verdighet og integritet, tilby faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og ivareta retten til å være medbestemmende. All sykepleie skal bygge på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse. Man skal støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot. Pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser skal ivaretas ved å gi tilpasset informasjon til den enkelte. Sykepleier skal respektere den enkeltes rett til å ta egne valg, og må ivareta hele pasienten ved å gi helhetlig omsorg.

2.5 Lovverk

2.5.1 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)

Loven har som formål å ivareta pasientenes rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og dermed sikre at hele befolkningen har lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Loven skal være med på å ivareta respekten for den enkelte brukers liv, integritet og menneskeverd.

2.5.2 Psykisk helsevernloven (1999)

Loven har som formål å sikre at tiltakene innen psykisk helsevern tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet. All etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skal skje i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper på en forsvarlig måte. Psykisk helsevern skal kun gjennomføres etter bestemmelsene til samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven, med mindre annet følges av denne loven.

Det er viktig å bemerke at dette er en lov hvor det skal komme endringer, spesielt i forhold til samtykkekompetanse. Dette skal føre til økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Viser til

Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). Brukers egne erfaringer ved tvang skal journalføres, og så langt det er mulig skal det tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak.

2.5.3 Forskrift om tvungent psykisk helsevern (2000)

Pasienter under tvungent psykisk helsevern kan få dette i eget hjem etter en helhetsvurdering hvor det vurderes til å være det beste for pasienten. Institusjonen går da sammen med lokale behandlingsforetak for at dette skal skje på en forsvarlig måte (Lovdata, 2000).

2.6 Utviklingen av psykisk helsevern

Snoek og Engedal (2017, s.19, 24) skriver at psykiatri er en medisinsk spesialitet, og kan defineres som læren om sinnets eller sjelens lidelser. I kommunehelsetjenesten bruker man oftere betegnelsen psykisk helsevern. De skriver videre at det er vanskelig å definere hva psykiske lidelser egentlig er. Verdens helseorganisasjon (WHO, 2017) forklarer psykiske lidelser som at de er mange og opptrer dermed med ulike symptomer. Generelt kan man si de er preget av en kombinasjon av unormale tanker, oppfatninger, følelser, oppførsel og forhold til andre.

Historisk sett har ikke psykiske lidelser vært å betrakte under helsetjenesten særlig lenge. Fremdeles kan det å ha en psykisk sykdom føles som en merkelapp som fører til utstøting og stigmatisering. Historien viser til jakten på forklaringer, både medisinske og psykologiske, for å forstå det uforståelige. Sigmund Freud (1856 – 1939) utviklet i sin tid det som var starten på psykoanalysen. Dette gikk til når han som nevrolog ble opptatt av hysteriske lammelser. Psykoanalysen og psykologiske forklaringsmodeller for menneskelig utvikling og psykiske lidelser har ført med seg en forståelse som har vært grunnleggende i dagens psykiatri. Behandlingsmetodene og synet på psykiske lidelser har forandret seg mye opp gjennom tiden (Snoek og Engedal, 2017, s.22-23). Etter andre verdenskrig var psykiatrien preget av bruken av medisiner. I løpet av 1950- til 1970-årene så man likevel en fremgang av humanistiske ideer og terapeutiske praksiser. Videre fra 1970- og 1980-årene ser man hvordan avinstitusjonalisering blir en virkelighet. De psykisk syke skal ut av institusjonene og hjem til kommunene (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010, s. 67-71). Endringer innen psykisk helsearbeid og psykiatri synes å gå raskere nå enn før. Det viser seg at de rådende ideologiene og verdiene i samfunnet gjenspeiles innen psykisk helsearbeid. Synet på

brukeren har endret seg til at brukerens egen rolle er viktig i bedringsprosessen (Rogan, 2014, s.16). Siden 1980-tallet har brukerperspektivet blitt mer fremtredende. Den enkeltes opplevelse av sin lidelse og situasjon blir sentral for å få mer kunnskap om hvordan helsetjenesten skal kunne hjelpe (Hummelvoll & Granerud, 2010).

2.7 Kommunalt psykisk helsearbeid

I Norge er helsetjenestene delt inn i nivåer. Fra 1.januar 2002 er både spesialisthelsetjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene underlagt regionale helseforetak. Det er de regionale helseforetakene som har ansvar for å utarbeide helhetlige psykiatriplaner som etterpå skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er staten som har det overordnede ansvaret for alle helsetjenester, og fordeler statlige midler til helseforetakene. Dette for å sikre at befolkningen får tilnærmet like tjenester over hele landet (Snoek og Engedal, 2017, s.307). Selv om så mye som en fjerdedel av befolkningen en eller annen gang vil bli berørt av psykiske lidelser er det bare et fåtall som trenger oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten. De fleste blir fulgt opp innenfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. Mange med psykiske lidelser trenger langvarig oppfølging og har behov for tjenester fra ulike instanser. Dermed kreves det at kommunene har tilstrekkelig kompetanse, og kunnskap om de ulike tilbudene som finnes som dagsenter, selvhjelpsgrupper og lignende. Distriktpsykiatriske sentre skal kunne veilede og gi råd til helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Snoek og Engedal, 2017, s. 307-308). Lokalbasert psykisk helsearbeid har som mål å legge til rette for at alle skal få et mest mulig normalt liv i eget hjem (Rogan, 2014, s.22).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Det blir et større og større krav til at sykepleiere skal forstå sykepleieforskning, og kunne jobbe kunnskapsbasert. Siden sykepleierfaget er omfattende kreves det et mangfold av fremgangsmåter og metoder i forskningen. Metoden sier noe om hvordan vi går frem for å finne den informasjonen vi trenger for å få svar på det vi ønsker å undersøke, hvordan det analyseres, og hva som blir resultatet (Christoffersen, Johannessen, Tufte og Utne, 2015, s.18). Det å samle data er sentralt i all forskning. Det skilles vanligvis på data som er kvantitative og kvalitative. Noen studier velger å bruke begge metodene, og hvilken metode man velger kommer helt an på problemstillingen man har (Christoffersen et al., 2015, s.18-19).

3.2 Kvalitativ metode

Kvalitative studier er fleksible og data baserer seg ofte på tekst, lyd eller bilder. Man kan være mer spontan og tilpasse interaksjonen mer mellom deltaker og forsker (Christoffersen et al., 2015, s.18-19). I kvalitative studier kan man si det som at forskeren ser fenomenet fra innsiden, og er ofte opptatt av å få frem en mening eller opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles. Man kan gå i dybden på fenomenet og få frem ting som ikke hadde kommet frem ved bruk av skjemaer og tall (Dalland, 2012, s.112-113). Man kan derfor si at man går fra induktiv til deduktiv forståelse. Informasjonen fra individet samles inn og generaliseres til å gjelde flere i samme situasjon.

3.2.1 Hermeneutikk

Når vi bruker kvalitative metoder har vi ofte som mål å forstå eller beskrive det som skjer rundt oss. På forhånd har vi en tanke om at en mening ligger til grunn for en handling. Hermeneutikken kalles også fortolkningslære, og inneholder mange av premisene for kvalitativ forskning. Forforståelse er et sentralt begrep i hermeneutikken, da vår bakgrunn alltid vil være med inn i forståelsesprosessen. Vårt språk, begreper, trosoppfatninger og personlige erfaringer brukes når vi skal fortolke ulike fenomener. Dermed er det vanskelig å være helt objektiv og nøytral i forskningsprosessen. Det blir viktig for forskeren å klargjøre

de delene av sin fortolkningsbakgrunn som kan være relevant for forskningen (Christoffersen et al., 2015, s. 53-54).

Den hermeneutiske sirkel

Den hermeneutiske sirkel er det viktigste begrepet fra hermeneutikken. I en helhet har vi flere deler, og for å forstå helheten må man tolke delene. Dette betyr at hvis vi ønsker å forstå et fenomen som helhet, må vi sette oss inn i fenomenets historie. Fortolkningen avhenger av samspillet mellom helhet og del, og vår egen forforståelse (Christoffersen et al., 2015, s.54-55).

3.2.2 Fenomenologi

Som kvalitativ metode studerer fenomenologene det subjektive perspektivet hos individene. Et menneske er et levende vesen og kan derfor ikke studeres på samme måte som en ting. Et fenomen oppleves forskjellig fra person til person. Ved å bruke fenomenologisk metode ønsker en å få større innsikt og forståelse for andres livsverden. Når man skal analysere data innenfor fenomenologisk metode er man ute etter å forstå den dypere meningen i innholdet (Christoffersen et al., 2015, s.121-123).

3.3 Kvantitativ metode

Kvantitative data er som regel basert på tall, og resultatet er lite fleksibelt. Det positive med kvantitative studier er at en lett kan si noe om utbredelse og se tydelige forskjeller når tall settes opp mot hverandre (Christoffersen et al., 2015, s.18-19). Ved bruk av kvantitativ metode sier man at forskeren har en rolle som en nøytral tilskuer og ser på fenomenet utenfra. Man bruker spørreskjemaer, samt systematiske og strukturerte observasjoner for å få frem det som er felles (Dalland, 2012, s.112-113). En ser da at forståelsen går fra å være deduktiv til induktiv. Tallene forteller hvordan fenomenet utbreder seg.

3.3.1 Randomisert kontrollert forsøk

For å finne ut hvordan effekten av et tiltak som f.eks. forebygging er den beste måten å få svar på dette gjennom et randomisert kontrollert forsøk (RCT - randomised controlled trial). Artikler med slik oppsummert kunnskap rangeres også høyere enn enkeltstående studier (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2007, s.114).

3.4 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie bygger på andre skriftlige kilder, og problemstillingen, eller undringen over tema kommer ofte fra egen erfaring i praksis, eller faglitteraturen. Kildekritikken blir det metodiske redskapet som brukes i en litteraturstudie (Dalland, 2012, s.11). For å gjøre et litteraturstudie må man ha en tydelig problemstilling, og søke systematisk etter primærstudier ved å bruke definerte søkestrategier. Alle studiene som brukes skal kvalitetvurderes. Studien må inneholde problemstilling og formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon av funnene, samt en rapport (Christoffersen et al., 2015, s. 62-63).

3.5 Fremgangsmåte

Jeg har brukt søkebasene Cinahl og Svemed for å søke opp litteratur til å svare på problemstillingen. Jeg har brukt søkeord som Salutogenese, sense of coherence, quality of life, mental health/illness/disorder, og nursing i forskjellige variasjoner og kombinasjoner. Et eksempel på søk på Cinahl :

Søkeord: salutogen*, 96 treff,

Kriterier: 2011 – 2016, adult (19 – 44 år), 23 treff, språk: engelsk, 22 treff.

Søkeord: Sense of Coherence AND mental illness NOT relatives or family, 88 treff.

Erfaringen jeg fikk underveis i søkene var at det var lite forskning som tok opp samme tema som problemstillingen min. Likevel dukket det opp mye spennende som kunne relateres til tema. Den første artikkelen jeg valgte å bruke, Salzmann, 2013, kom jeg tilfeldigvis over på Sykepleien Forskning da det lå et sammendrag av artikkelen der. Den andre artikkelen, Langeland, 2009, kom opp etter søk på Svemed med søkeordene «Salutogenese» og «mental health». Flere av artiklene jeg har valgt er mer enn 5 år gamle, men siden de er relevante i forhold til problemstillingen, og nyere enn 10 år velger jeg å inkludere dem likevel. Etter å ha søkt litt fanget jeg opp at Hummelvoll hadde en del forskning som interesserte meg og jeg begynte derfor å søke etter forfatter. Jeg har også sett på referanser i andre aktuelle artikler og slik kom de siste artiklene på plass.

3.7 Kildekritikk

Når man skal hente kunnskap er det viktig å sjekke at kildene er pålitelige. Det er nemlig ikke alt som presenteres som kunnskap som er like holdbart. Med kildekritikk menes det å sjekke kvaliteten på kunnskapen, og om den er relevant til eget arbeid (Dalland & Trygstad, 2012, s.63). Man skal ha informasjon om kildens autensitet ved å sette kilden inn i den konteksten som var ment. Troverdigheten til kilden kommer an på om det er relevant for problemstillingen, at innholdet er konsistent og om det finnes feil eller svakheter som gjør at kilden kan ases som mindre troverdig. En må også tenke over om dokumentet er representativt for det en ønsker å undersøke. Etter å ha gått gjennom disse stegene for å kritisk vurdere innholdet må man kunne tolke og forstå hva som fortelles i dokumentet (Christoffersen et.al, 2015, s.60-61).

3.8 Ethiske overveielser

Etikken sier noe om hva som er riktig og god livsførsel, og ved vanskelige valg skal etikken gi oss et grunnlag for å kunne ta de riktige vurderingene før vi handler. Dette er grunnlaget for all etikk og gjelder derfor også for forskningsetikk. Innenfor forskning er det ekstra viktig å være obs på å ivareta personvern og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s. 96). For å sikre at forskningen ivaretar enkeltpersoners og samfunnets interesser finnes det forskningsetiske komiteer oppnevnt av Kunnskapsdepartementet. Disse skal veilede og gi råd innen forskningsetiske spørsmål. Medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker eller helseopplysninger skal på forhånd godkjennes av en av de sju regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk – REK (Dalland, 2012, s.98). Når man skal bruke forskning i en oppgave, som jeg skal nå, finnes det flere etiske kontrollspørsmål en kan stille før en bruker forskningen. Eksempler på dette er: «Er informert samtykke fra deltakerne (intervjupersonene) innhentet på forsvarlig måte?» og «Er alle persondata tilstrekkelig anonymisert?» (Dalland, 2012, s.109). Dette er viktige ting å tenke over før en bruker forskning i egne oppgaver. I mitt litteraturstudie tar jeg etiske hensyn ved å sjekke at artiklene jeg bruker er etisk godkjent. Samtidig skal jeg ikke fremstille andres arbeid som mitt eget. Jeg skal sørge for å henvise til kilder på riktig måte og ikke drive med plagiat av andres arbeid. Akademisk redelighet er viktig fordi det gir leseren mulighet til å finne frem til de kildene som er blitt brukt i oppgaven, samtidig som forfatterens egne

refleksjoner rundt kildene kommer tydelig frem (Dalland, 2012, s. 80). Det er viktig å nevne at man i en slik oppgave drar frem det man selv ønsker å vise til, og tolkningen av de ulike funnene i forskningen er preget av min subjektive oppfatning.

4.0 Funn/litteratur

Artikkel 1

Salzmann-Erikson, M., 2013: An integrative review of what contributes to personal recovery in psychiatric disabilities.

Salzmann-Erikson gjør en systematisk litteraturgjennomgang av 14 utvalgte kvalitative artikler som ser på hva personer med psykiske helseproblemer selv mener bidrar til bedring. Studien er fagfellesvurdert, og regnes derfor som å være etisk godkjent. En svakhet i studien er at den kun tar for seg kvalitative studier, det er en mulighet for at resultatene hadde blitt annerledes om en hadde inkludert kvantitative studier. Likevel er det en styrke i at utvalget består av kvalitative undersøkelser da opplevelsene i en recoveryprosess alltid vil være personlige. Selv om artikkelen tar for seg recoverybegrepet, mener jeg fremdeles den kan være aktuell til problemstillingen jeg har kommet frem til, da den tar for seg samme gruppe mennesker, og ser på hva personene selv ser på som viktig for å bedre sin helse. Mange av tingene som dukker opp i resultatene her kan dras over til en salutogen tilnærming for å fremme helse. Alle artiklene i studien ble analysert og kategorisert. Det viser til at den indre prosessen hos hver enkelt er veldig viktig på veien mot bedring. Det å akseptere sine psykiske helseproblemer, og å bli akseptert av sine nærmeste er veldig viktig. Den indre prosessen mot bedring beskrives som en stadig pågående kamp. Støtte fra andre blir viktig, samtidig som meningsfulle aktiviteter hjelper til med struktur i hverdagen og blir derfor viktig på vei mot bedring. Hvis en klarer og få en balanse og harmoni mellom de indre og de ytre faktorene for bedring vil en raskere se effekten av dem. Fokuset i dette studiet er å se på recovery som en prosess, som blir en kontrast til det kliniske perspektivet hvor man har fokus på bedring fra sykdommen, altså at man skal bli som før sykdommen igjen. Recovery er en prosess som handler om at personen skal akseptere den han er, ta ansvar for seg selv og få tro på seg selv igjen. Dette gjøres i kombinasjon av tre områder som er den indre prosessen, sosial inkludering og meningsfulle aktiviteter.

Artikkel 2

Langeland, E., 2009: Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive hvilke kvaliteter i sosial støtte som bidrar mest til en positiv utvikling av OAS, se på OAS evne til å kunne forutsi forandring i livskvalitet i

løpet av ett år, vise grunnlaget for utvikling av salutogene terapiprinsipper og belyse effekten av disse prinsippene i samtalegrupper. Studien bruker kvantitativ metode. Utvalget består av 107 hjemmeboende, voksne (18-80 år) personer med psykiske helseproblemer hvor de fleste hadde slitt med disse i over fem år. Studien ble gjennomført ved å bruke to metoder. To prospektive oppfølgingsstudier på 1 år hvor baseline data og data fra tredje måling brukes, og en randomisert kontrollert studie med tre målinger på ett år. Studien er etisk godkjent av regional komité for medisinsk forskningsetikk i helseregion Sør-Norge og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Resultatene viser at de som oppga en høyere OAS også opplevde en høyere livskvalitet. Hovedmålet med intervensjonen var å bevisstgjøre deltakerne for sitt potensiale og illustrere hvordan teorien om salutogenese kan brukes. Et sentralt fokus i studien ble derfor å investere i forskjellige livsfærer i menneskets liv som indre følelser, sosiale relasjoner og aktiviteter for å skape mening og ressurser. Det vises spesielt til at muligheten til å gi omsorg bidrar til en positiv utvikling av OAS. Gjensidighet i relasjoner er viktig for å skape et godt selvbilde, mening med livet og velvære. Studien indikerer også at sosial integrasjon, å skape seg et nettverk av relasjoner hvor man kan dele felles interesser, kan være viktig for å fremme en sterkere OAS. Studien og tidligere forskning konkluderer med at SOC har en høy evne til å forutsi livskvalitet, mens det samme kan ikke sies om symptombelastning. Dette vises med at fravær av symptomer ikke nødvendigvis gir et lykkelig liv, men et liv med symptomer er ikke nødvendigvis ulykkelig. Resultatene viser altså at det er nivået på sosial støtte og OAS som er avgjørende for utvikling av tilfredshet med livet.

Artikkel 3

Lundberg, Hansson, Wentz & Bjørkman, 2009: Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence?

Studiet bygger på en hypotese om at opplevelser av avvisning kan assosieres negativt med oppfatningen av eget selvbilde, empowerment og opplevelse av sammenheng. Utvalget består av 200 personer innenfor flere områder i psykiske helsetjenester, dette for å få personer med ulike erfaringer. Studien er etisk godkjent hos Regional forskningsetisk komite i Lund, Sverige. Metoden er kvalitativ og intervjuer ble gjort personlig av en av forfatterne. Det ble brukt skalaer/skjemaer for å kunne måle avvisning, empowerment, pasientens funksjon og

OAS. Forskerne ønsker å se på om stigmatisering av psykisk syke fører til avvisningen, eller om det er personen selv som fører til at han/hun blir avvist. Resultatene viser at uansett grunn til avvisning så vil avvisning virke negativt inn på personens OAS, empowerment og selvbilde, men det kommer ikke tydelig frem om det er pga. stigmatisering eller om det er personens eget selvbilde og følelsen av å bli stigmatisert som fører til avvisning.

Studien er relevant i forhold til problemstillingen min ettersom den viser til at personer med langvarig psykisk sykdom kan ha opplevd mye avvisning, og at de derfor også har en lavere OAS enn andre, og endrer derfor utgangspunktet for en salutogen tilnærming. En svakhet med studien er at den ikke tar med data fra personer utenfor studien. Derfor bør man være forsiktig med å generalisere funnene.

Artikkel 4

Eklund, Hermansson & Håkansson, (2012). Meaning in life for people with schizophrenia: Does it include occupation?

Denne kvalitative studien bruker fenomenologisk metode, og ser på hva som gir mening i livet for personer med en schizofreni diagnose. Utvalget består av 10 informanter, 5 kvinner og 5 menn, som bor i egen bolig tilknyttet helsetjenesten i Sverige. Dette er en diagnose som ofte betyr at man må leve med psykiske helseproblemer over lang tid. Studien er etisk godkjent av Regional Ethical Review Board at Lund University. Studien ser på om livet er nødt til å inneholde en daglig aktivitet eller arbeid for å kunne føle at livet er meningsfullt. Resultatene viser at det å ha struktur på hverdagen og føle at en tar ansvar og bidrar med noe er viktig for å få en følelse av mening i livet. Sosiale forhold med venner og familie trekkes også frem som veldig viktig i forhold til det å ha mening i livet. Det er likevel viktig å ha i bakhodet at følelsen av mening i livet er individuelt. Styrken på studien ligger i at forfatterne er i direkte kontakt med deltagerne og får deres subjektive meninger. En kan dermed få en dypere innsikt i hvilke erfaringer og følelser de aktuelle deltagerne sitter med. En svakhet er at utvalget er lite og resultatene blir dermed lite generaliserbare.

Artikkel 5

Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, (2010). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change.

Metoden i studien er en kvalitativ innholdsanalyse. Denne studien ble registrert hos Norsk senter for forskningsdata (Tidligere Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) som er underlagt Norges forskningsråd som tar seg av forskning som inneholder sensitiv og personlig informasjon. Siden all kommunikasjon foregikk gjennom brukerorganisasjonen Mental Helse Norge var informasjonen som forfatterne fikk allerede anonymisert. Målet med studien har vært å hente ut pasientenes egne opplevelser av hvilke faktorer som har vært gunstige i møte med psykisk helsevesen, og hvordan disse faktorene kan påvirke hvordan man jobber innenfor psykiske helsetjenester. Etersom resultatene er hentet ut fra 347 individuelle fortellinger ble de kategorisert i tre forskjellige kategorier som var «Hjelp til å leve med sykdommen», «Gjenoppdage seg selv» og «Komme gjennom en krise og finne en ny mening». Spørsmålet som historiene kommer fra var et spørsmål om møte med hjelpere innenfor psykisk helsetjeneste, og en kunne derfor ikke forvente noen respons på hvordan sosioøkonomiske og sosiale nettverk spiller inn på dette området. Likevel viste det seg at flere dro inn slike faktorer som å ha eget sted å bo, utdanning, jobb og andre aktiviteter som viktige elementer. Styrken i studien ligger i størrelsen på utvalget, men det kan også vise til svakheter da relevant informasjon kan utebli så lenge forskerne ikke er i direkte kontakt med deltagerne.

Artikkel 6

Eriksson & Hummelvoll, 2012. To live as mentally disabled in the risk society.

Denne studien er kvalitativ og har brukt både fenomenologisk og hermenetisk metode for å analysere dataene. Utvalget har variert da deltagelse var frivillig for alle medlemmene av et brukersenter på østlandet i Norge. Forskerne har tatt etiske hensyn ved å få godkjenning av ledelsen på senteret, og bruke prinsipper fra Helsinkideklarasjonen. Det antas også at artikkelen er fagfellesvurdert ettersom den er godkjent for publisering. Artikkelen tar for seg hvordan samfunnet har utviklet seg og hvordan det kan påvirke personer som lever med psykiske lidelser. Teknologien tar over for mye av sosialiseringen, og alt går veldig raskt. For

de som er litt på utsiden av samfunnet kan det være enda vanskeligere å henge med, og en blir fort veldig isolert om en ikke lærer seg de nye kodene for sosialisering.

5.0 Drøfting

I drøftingen skal jeg belyse flere sider av det å være psykisk syk over lang tid, som for eksempel sosiale forhold, arbeid og aktivitet i hverdagen, og tilbud om helsetjenester. Dette for å se hvordan faktorene kan påvirke livskvaliteten, og hvordan sykepleiere kan ta i bruk en salutogen tilnærming for å bidra til å øke livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Modellen til Dahlgren og Whitehead viser hvilke helsedeterminanter den enkelte påvirkes av, og jeg kommer til å gå nærmere inn på noen av disse områdene. Punktene kommer til å gå litt i hverandre ettersom alle har betydning sett i sammenheng med hverandre.



Figur 1. Dahlgren og Whitehead (Goth, 2014)

5.1 Det sosiale nettverket

Nå i 2017 er Norge igjen på toppen som det lykkeligste landet i verden (Helliwell, Layard, & Sachs, 2017). Tenk så godt å bo i et land hvor man har flere lykkelige innbyggere enn resten av verdens land! Hvordan føles det da og ikke være lykkelig i verdens lykkeligste land? I undersøkelsen til Helliwell et al. (2017) vises det til at i de rike landene er det ikke økonomisk velferd som skiller mellom de som er lykkelige, og de som ikke er det, men tilstanden på den enkeltes mentale helse. Den mentale helsen hos den enkelte har stor påvirkning på hvilken opplevelse en har av egen livskvalitet. Studiene til Langeland (2009) viser at en persons OAS har betydning for opplevd livskvalitet. I forskningen til Lundberg et al. (2009) kommer det frem at stigmatisering i samfunnet fører til at personer med psykiske lidelser har en lavere OAS enn gjennomsnittsbefolkningen. På bakgrunn av dette kan det tenkes at ved å øke en persons OAS vil en også hjelpe til med å øke livskvaliteten deres.

Langeland (2009) skriver at sosial støtte er med på å øke en persons OAS. Det å oppleve sosial integrasjon, og kunne evne å gi omsorg til noen andre ses på som en enda viktigere faktor til å øke OAS. En slik måte å oppleve sosial støtte gjennom å være giver i stedet for mottaker av omsorg kan oppleves som viktig for selvbildet, og gi velvære og mening i livet. Gjensidighet i sosiale relasjoner synes å være viktig. Funnene til Langeland viser at dette også gjelder i møte med fagpersoner og at det kan være avgjørende i bedringsprosesser. Dette kan kreve at fagpersonen går ut over den tradisjonelle rollen og inn i en mer gjensidig hjelpende relasjon hvor en kan anerkjenne felles styrker, svakheter og muligheter. Disse funnene støttes av Katie Eriksons omsorgsteori hvor hun sier at også den profesjonelle omsorgen må være en samhandling mellom omsorgsutøver og mottaker. Omsorgsmottakeren skal ikke være passiv, men deltagende. Det ligger i menneskets natur å vise omsorg, og man er i utgangspunktet en naturlig omsorgsytter (Kristoffersen, 2011, s. 245). I sin forskning har Langeland (2009) sett på hvordan salutogene samtalegrupper bidrar til å øke OAS. Slike samtalegrupper åpner for muligheten til sosial integrasjon og å gi omsorg til andre, ettersom positiv tilbakemelding til hverandre er sentralt i slike grupper. Den oppsummerte forskningen til Salzmann-Erikson (2013) sier også at andre mennesker er viktig i bedringsprosessen. Det kan være fagpersoner innen helsetjenesten så vel som familie og venner. Noen finner også en styrke i religiøse relasjoner. Dette er også noe Katie Eriksson synes å være enig i når hun skriver om at noe av det viktigste med mennesket er forholdet til andre mennesker, og til Gud. Eriksson betegner det som forholdet til det konkrete (mennesker), og til det abstrakte (Gud) (Kristoffersen, 2011, s.241). Videre i funnene til Salzmann-Erikson (2013) belyses det at noen synes det viktigste i møtet med andre var å få snakke ut om sine innerste følelser for å ha en følelse av bedring. Flere andre mente at det viktigste i sosiale kontekster var å få være seg selv uten å bli stigmatisert grunnet symptomer og diagnoser. Travelbee (1999, s.35) skriver at en av de helsefremmende funksjonene til sykepleier er å hjelpe mennesker å finne mening i den situasjonen de er i. Det er viktig å etablere et menneske-til-menneske-forhold for at sykepleier skal kunne nå frem til brukeren. Travelbee (1999, s.171-172) sier videre at sykepleier må gå bevisst inn for å oppnå en slik kontakt, og må kunne vise både empati og sympati til brukeren.

Funn fra forskningen til Lundberg et al. (2009) viser at nesten halvparten av deltagerne sier at de noen ganger unngår andre folk fordi de er redde for å bli sett ned på. Tidligere studier viser at dette kan ha en uheldig effekt ved at de da oppnår en dårligere selvfølelse, og føler seg mindre tilfreds med livet. Et vesentlig poeng fra samme studie er at forskningen viser at

en oftere er redd for å bli avvist enn en faktisk blir avvist. Dette fører også til tanken om at personens egne følelser kan fremkalle denne reaksjonen hos andre.

I prosessen mot å få et bedre liv viser forskningen til Kogstad et al. (2011) at det er av stor betydning å få følelsen av å bli respektert, akseptert og støttet, samtidig som man får oppleve trygghet, ærlighet og omsorg. Bedring fra psykiske lidelser sies å være en sosial prosess der kvaliteten på de sosiale forholdene spiller en viktig rolle. Dette kan tas med videre i den salutogene tenkningen hvor det vil være viktig å bli bevisst sine ytre ressurser som innebærer sosial støtte. Det kan være nyttig å ha i tankene at man ved å bruke en salutogen tilnærming ikke skal strebe etter å nødvendigvis bli bedre fra sykdommen eller lidelsen. Fravær av symptomer gir ikke nødvendigvis økt livskvalitet, men det å finne en mening i livet, og ha det bra selv med tilstedeværelse av symptomer (Langeland, 2009). Dette leder meg inn på tanken til at man kanskje ikke bør bruke ordene å «bli frisk» i møte med psykisk langtidssyke. Vi mennesker kommer med så mange ulike personlighetstrekk at det å definere hva som er friskt eller sykt med menneskesinnet kan være vanskelig. Hvis man da heller setter fokuset på å være den man er på best mulig måte for å oppleve følelsen av å ha det bra, vil ikke det være med på å øke livskvaliteten?

5.2 Arbeid og aktivitet

Salzmann-Erikson (2013) skriver at man kan unngå stigmatisering ved å ha en jobb, eller betydningsfull aktivitet der man føler at man bidrar og gir noe tilbake. Eklund et al. (2012) og Langeland (2009) synes å være enige om at det er av stor betydning for selvfølelsen å ha en meningsfull aktivitet å gå til. Det kan undres om dette var noe Herman Wedel Major tenkte da han i 1848 utarbeidet Norges første sinnssykelov. Han mente at frisk luft, og et regelmessig liv med passe mengder arbeid og hvile kunne hjelpe med tilfriskningen. Likevel tok det mer enn 100 år før en tenkte på at de med psykiske lidelser skulle få ha en plass i samfunnet, utenfor institusjonene (Snoek og Engedal, 2017, s.22-23).

I studien til Eklund et al. (2012) hvor de ser på om aktivitet eller arbeid er med på å gi mening i livet sier deltagerne at det å kunne gjøre daglig arbeid i hjemmet som å vaske opp og lage mat ga dagen deres mening. Deltagerne i denne studien bodde i boliger med tilknytting til helsepersonell, og det å kunne bidra i fellesskapet var også noe som opplevdes positivt. Det å ivareta egne interesser og hobbyer var også noe som ga en opplevelse av

mening i livet. Det å ha en mening i livet er noe som i følge Helsedirektoratet (2016) vil gi økt livskvalitet. Av deltagerne Eklund et al. (2012) intervjuet var det ingen som hadde jobb for øyeblikket. Noen hadde hatt jobb tidligere og husket det som en bra ting som de ønsket å komme tilbake til. Andre ønsket seg også jobb fordi de tenkte at det kunne være meningsfullt. Jobbene som ble nevnt var ikke nødvendigvis yrker med høye krav til kvalifikasjoner. Det som ble ansett som viktig ved å ha jobb var å kunne tjene egne penger, og mestre hverdagslige rutiner. Ettersom denne studien hadde med et lite utvalg deltagere kan man ikke uten videre konkludere med at dette gjelder alle med psykiske lidelser. På den annen side kan disse funnene relateres til det Salzmann-Erikson (2013) finner ut i sin studie. Salzmann-Erikson ser på 14 ulike kvalitative studier, og utvalget blir derfor mye større. Det å ha en meningsfull aktivitet eller jobb ses på som viktig fordi en kan ha kontakt med omverdenen og få litt distanse til sykdomsfølelsen. Samtidig kan det gjøre at en føler seg nyttig, og stolt over å bidra med noe. Det å tjene penger nevnes ikke, men det kommer frem at det kan være en hvilken som helst jobb eller aktivitet så lenge det gir personen en følelse av å være nyttig, og ha tilhørighet et sted.

Lundberg et al. (2009) viser med sin studie at det er få personer med psykiske lidelser som opplever å få avslag på jobbsøknader grunnet sin helsebakgrunn. Dette kan komme av at det er et fåtall som opplyser om sin mentale helse når de søker jobb, men det kan også tenkes at arbeidsgivere ikke ekskluderer folk grunnet deres mentale helse. I følge Erikson og Hummelvoll (2013) har det vist seg at selv om folk har et ønske om å få seg jobb kan det være vanskelig å oppnå i dagens samfunn. Selv med dagens velferdssystem kan det føles vanskelig å bli inkludert. Man må ta ansvar for eget liv, og det er mange regler å sette seg inn i. Samtidig skjer det meste på dataskjermen, og for de som ikke klarer å henge med i teknologiens verden blir terskelen for å få hjelp mye høyere. Det nevnes viktigheten av å få assistanse til og praktisk løse slike problemer, eventuelt å få opplæring til å klare det selv. Helsefremming kommer inn under Folkehelseloven (2011) som har et formål om å fremme befolkningens trivsel, helse, sosiale og miljømessige forhold, samtidig som en skal bidra til å forebygge psykisk sykdom eller lidelse. En skal utjevne sosiale helseforskjeller, og ha en jevnere fordeling av faktorer som kan påvirke helsen. En salutogen tilnærming kan jo da være å gi den enkelte bruker støtte til å se egne ressurser, og evne til å mestre de utfordringene som kan komme. Dette kan gjøres ved å for eksempel ha opplæring innenfor bruk av data og internett. På bakgrunn av egen erfaring kan det tenkes at få i denne brukergruppen har

økonomi, eller interesse av å ha data og internettilgang i boligen, og en bør derfor ha en passende arena til dette formålet.

Studien til Eriksson og Hummelvoll (2012) viser hvordan det moderne samfunnet er med på å gjøre alt upersonlig. Dette strider i mot det Folkehelseloven (2011) ønsker å oppnå ved å bedre folkehelse. Flere studier påpeker at inkludering og respekt er av stor betydning for å ha det bra med seg selv (Kogstad et al., 2011, Eriksson og Hummelvoll, 2012, Langeland, 2009, Salzmann-Erikson, 2013). Langeland (2009) konkluderer at man ved å ha en salutogen tilnærming i møte med psykisk syke kan gi økt sosial funksjon. Dette ved å fokusere på å styrke interne og eksterne ressurser, fremme en positiv selvforståelse og øke personens OAS. Det kan være nærliggende å tenke at en økt sosial funksjon vil innebære og ha mulighet til å delta på daglige aktiviteter, eller å ha en jobb, som i følge flere studier gir mening i livet.

5.3 Helse- og omsorgstjenester

Det hender at pasienter blir skrevet ut av spesialisthelsetjenesten før de er i stand til å ivareta seg selv uten et tilsvarende omsorgstilbud. Dette fører ofte til reinnleggelse innen kort tid og skaper en ustabil behandlingssituasjon som virker både demotiverende og slitsomt for pasienten (Snoek og Engedal, 2017, s.309). Det kan tenkes at dette fører til at psykisk langtidssyke opplever at de ikke føler mestring av eget liv om de hele tiden må legges inn på ny. Et mer helhetlig oppfølgingstilbud kan da være med på å hindre reinnleggelser, og gi den enkelte følelsen av mestring. Som sykepleier kommer man i nær kontakt med pasientene, og dermed har man gode forutsetninger for å se hvor skoen trykker for pasientene. For å kunne ivareta idealene innen faget må man kunne stå opp og være pasientens stemme, om de av ulike grunner ikke er kompetente til å gjøre dette selv (Nortvedt, 2016, s.254). Den kommunale helsetjenesten skal kunne dekke mange behov, og den faglige tilnærmingen skal ta sikte på å fremme helse og redusere konsekvensene av uhelse (Hummelvoll, 2012, s. 553-554). Lindstrøm og Erikson (2015) sier det er viktig å tenke at effekten av salutogenese bør strekke seg utover helsesektoren til å gjelde hele samfunnet, for å skape en varig orientering mot sunnhet og helse hos befolkningen.

I følge Langeland (2009) vil terapeutrollen i et salutogent perspektiv gå ut på å være en samtalepartner som kan vise empati og ubetinget aksept, samtidig som en er ekte og positiv.

Dette er også noe som kommer frem som positivt under drøftingen i punkt 5.1, noe som forsterker tanken om at en salutogen tilnærming kan ha en positiv virkning på livskvalitet hos psykisk langtidssyke. NSF (2016) understreker i sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot. Selv om Salzmann-Erikson (2013) hovedsakelig skriver om hvordan helsetjenesten kan jobbe for å fremme recovery, er det mye som kan dras over til å gjelde også i en salutogen tilnærming. Som sykepleier bør man i følge Salzmann-Erikson fokusere på å redusere symptomer, og veilede bruker til et mer selvstendig liv. Dette kan gjøres ved å oppfordre til sosiale interaksjoner og arbeid, eller annen meningsfull aktivitet. Om det å være profesjonell sykepleier sier Travelbee (1999, s.48) at man skal kunne hjelpe enkeltindividet til å mestre lidelse og sykdom, og å hjelpe til med å finne mening i lidelsen der det er nødvendig. Opplevelsen av mening kan forbindes med det å ha kontroll på egen identitet, kontroll, optimisme og evnen til å holde ut i vanskelige livsforhold (Hummelvoll, 2012, s. 569).

I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) står det at bruker har rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dette gjelder både innen kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett på å få utarbeidet en individuell plan. Langeland (2014) skriver om viktigheten av å se på personens historie heller enn på diagnosen. Ved å se på hele livssituasjonen og personens egne erfaringer kan brukeren få økt forståelse for egne ressurser, og dermed ta kontroll og aktivt tilpasse seg livets påkjenninger. Det kan tenkes at man ved å innføre individuell plan hos psykisk langtidssyke kan hjelpe til med å gi personen økt OAS. Dette fordi en individuell plan samordner alle tjenestene, og gir bruker oversikt. Det skal også oppnevnes en koordinator, hvor bruker har mulighet til å påvirke valget av koordinator. Denne koordinatoren kan være lege, eller annet helsepersonell, som for eksempel en sykepleier. Det skal aldri utarbeides en individuell plan uten brukers godkjennelse (Hummelvoll, 2012, s. 557). Det kan tenkes at en koordinator som har en god relasjon til bruker kan være med på å hjelpe bruker til å få oversikt over egen livssituasjon, og således oppleve begripelighet i situasjonen. Ved å få oversikt over egen livssituasjon virker det mer sannsynlig at bruker kan se sine egne ressurser og få en følelse av håndterbarhet. Som sykepleier er det viktig å legge ansvar på pasienten. Autonomiprinsippet viser til hvordan mennesket er et selvbestemmende vesen som har evnen til kritisk selvrefleksjon (Nordtvedt, 2016, s.98) Kogstad et al. (2011) viser til at det er svært viktig for bruker å få tilbake verdigheten sin. Dette kan gjøres ved at bruker blir møtt med respekt, og at hjelpen som tilbys

er personsentrert. Salzmann-Erikson (2013) skriver også at noen av de viktigste kvalitetene hos helsepersonellet er å vise empati og respekt.

6.0 Avslutning

Ved å gjøre denne studien har jeg kommet frem til at det er stor enighet blant forskerne på at respekt for den enkelte og brukermedvirkning er av stor betydning for de som lever med psykiske helseproblemer. Den salutogene tilnærmingen til å øke livskvaliteten hos psykisk langtidssyke vil hovedsakelig gå ut på å øke den enkeltes opplevelse av sammenheng. Dette gjøres gjennom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Resultatene viser at det å ha en aktivitet eller arbeid er med på å gi en mening i livet, det samme gjelder for sosiale nettverk. Det å få respekt og bli akseptert i sosiale nettverk er med på å gi bruker en følelse av håndterbarhet. Sykepleierens rolle i møte med disse brukerne kan være å gi en følelse av begripelighet gjennom pasientens egen livshistorie. Det er lite forskning på dette med salutogen tilnærming i praksis, og dette er noe som bør forskes videre på. Av egen erfaring kan jeg avslutningsvis si at en salutogen tilnærming til livets små og store hinder kan være godt for alle. Det å ikke la seg drukne i stress, men heller mobilisere egne ressurser har vært til stor hjelp i denne oppgaven!

Referanseliste

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Oxford University Press*, Vol.11, no. 1. Printed in Great Britain. Hentet fra <http://heapro.oxfordjournals.org/> 19.01.17
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (s.63-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eklund, M., Hermansson, A. & Håkansson, C. (2012). Meaning in Life for People with Schizophrenia: Does it Include Occupation?, *Journal of Occupational Science*, 19:2, 93-105. DOI: 10.1080/14427591.2011.605833
- Endringslov til psykisk helsevernloven mv. (2017). *Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-02-10-6?q=endringslov%20psykisk>
- Eriksson, B.G. & Hummelvoll, J.K. (2012). To live as mentally disabled in the risk society. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 594–602. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01814.x
- Folkehelseloven (2011). Lov om folkehelsearbeid. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>
- Forskrift om tvungent psykisk helsevern (2000). *Forskrift om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2000-11-24-1174>
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2017). *World Happiness Report 2017*, New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Helsedirektoratet (2016, 12. desember). *Livskvalitet og psykisk helse*. Hentet den 23.april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/livskvalitet-og-psykisk-helse>
- Helsedirektoratet (2017, 17. mars). *Psykisk helse og livskvalitet - lokalt folkehelsearbeid*. Hentet den 17. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/veivisere-i-lokale-folkehelseiltak/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid#kunnskapsgrunnlag>
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Hummelvoll, J.K. & Granerud, A. (2010). Teoretiske og ideologiske innflytelser på utviklingen av psykiatrisk sykepleie etter 1960 – En litteraturgjennomgang. *Vård i Norden*, 4, 37-42.
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2006). *Mentale knagger*. Oslo: Akribes.
- Kjos, S.A. & Aas, E.W. (2008). *Helt alminnelig galskap: En oppslagsbok over psykotiske lidelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kogstad, R.E., Ekeland, T.J. & Hummelvoll, J.K. (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care: recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning points and processes of gradual change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 479-486. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x
- Kristoffersen, N.J. (2011). Helse og sykdom. *I Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utgave, s.31-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. *I Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2.utgave, s.207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4(4), 288-296. DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer: En kunnskapsoppsummering*. (Rapport 1/2014) Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Gammersvik, Å. og Larsen, T.(red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (s. 195-216). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lindstrøm, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundberg, Hansson, Wentz & Bjørkman, (2009). Are stigma experiences among persons with mental illness, related to perceptions of self-esteem, empowerment and sense of coherence? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 516-522. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2009.01418.x
- Nordtvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS. Norsk sykepleierforbund.
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2016, 23.mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 24.april 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Psykisk helsevernloven (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Rogan, T. (2014). Fra opptrappingsplan til samhandlingsreform. I Almvik, A. & Borge, L. (red.). *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid*. (S. 15-28.) Bergen: Fagbokforlaget
- Salzmann-Erikson, M. (2013). An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues In Mental Health Nursing*, 34(3), 185-191. doi:10.3109/01612840.2012.737892
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Snoek, J.E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm AS.
- Travelbee, J. (1996). *Interpersonal aspects of nursing*. Pensumtjeneste AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Health Organization (u.å). *Constitution of WHO: principles*. Hentet den 24. April 2017 fra <http://www.who.int/about/mission/en/>
- World Health Organization (2017). *Mental disorders*. Hentet den 25. April 2017 fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- World Health Organization (1986, 21. november). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet den 24.april 2017 fra <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Bilder:

Figur 1. Dahlgren og Whitehead. (Goth, 2014)
 Bildet hentet den 19.april 2017 fra :
https://www.researchgate.net/figure/305317099_fig1_Figur-1-Helsedeterminanter-Modell-etter-Whitehead-Dahlgren-Goth-2014