

Alternative tilbud til Benzodiazepiner

*mot søvnevansker, angst og lettere til moderat depresjon for
eldre over 65 år*

**Alternatives to benzodiazepines against sleep deprivation, anxiety and
mild to moderate depression for those aged over 65.**

Masteravhandling 2012/13

Psykisk helsearbeid

Grete Karin Sætervik



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Campus Elverum

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Takk

Som Spesialsykepleier i kommunen med stor interesse for faget, ble det tidlig klart for meg at temaet i oppgaven skulle handle om bruken av alternativer til vanedannende medikamenter som behandling av psykiske lidelser. Dette engasjerer meg i mitt arbeid og berører mange mennesker.

Det har vært en utfordrende arbeidsprosess som har fått meg til å reflektere mye.

Jeg vil takke deltakerne i studiet som har delt sine kunnskaper og erfaringer med meg.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere Ragnfrid Kogstad og Arild Granerud ved Høgskolen i Hedmark for engasjement, tålmodighet, grundighet og konstruktive tilbakemeldinger gjennom prosessen.

Takk også til faglærere, kolleger, bekjente og medstudenter for mange fine faglige diskusjoner.

Og sist, men ikke minst vil jeg takke min tålmodige familie.

Skien, 20. mai 2013

Grete Karin Sætervik

Sammendrag

Hensikt:

Å få større kunnskap om bruken av ulike alternativer til benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter.

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har fastleger med alternative tilbud til B-preparater mot søvnvansker, angst og lettere til moderat depresjon hos eldre over 65 år?

Metode:

Forankringen i studiet er innenfor en hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsforståelse. For å kunne formidle opplevelsene og erfaringene fra deltakerne mine har jeg valgt en kvalitativ metode. Jeg har foretatt en empirisk undersøkelse og det ble foretatt 9 semi-strukturerte, kvalitative forskningsintervju. Alle deltakerne har delt sine tanker og erfaringer som muliggjør tolkning av meninger i de fenomener som beskrives (Kvale & Brinkman, 2009). De åpne spørsmålene blir behandlet ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Dette ligner på Hummelvoll (1990) og Lindstrøm (1992) sine metodeanvisninger. (Hummelvoll & Granerud, 1996) og (Van manen, 1990). Jeg kan også vise til forelesning med Hummelvoll hvor vi fikk utdelt denne analysemetoden (Hummelvoll, 2008).

Funn:

Tema i spørsmål 1: Utbredelsen av søvnvansker, angst og depresjon, **Kategorier:** Spreke pensjonister. Forebygge ensomhet. Endret søvnmønster. Trygge rammer.

Tema i spørsmål 2: Diskusjonstema. **Kategorier:** Kollegamøter. Liten tid til diskusjon. Kompetasneheving. Spille på lag. Styrke kommunesamarbeid.

Tema i spørsmål 3: Nasjonale retningslinjer. **Kategorier:** Folkeopplysning. Tar det opp som tema og er restriktiv.

Tema i spørsmål 4: Tid til pasienten. **Kategorier:** Ventetid en stressfaktor. Setter opp en ny time. Henviser videre. Krise.

Tema i spørsmål 5: Alternative tilbud i kommunen. **Kategorier:** Nettverksbygging. Rehabiliteringstilbud. Grønn resept. Å være tilstede. Å lytte og forstå. Nettbasert oversikt over aktiviteter i kommunen.

Tema i spørsmål 6: Behandling i fremtiden. **Kategorier:** Forebygge ensomhet. Mer åpenhet om psykiske lidelser. Gi søvnråd. Kognitiv behandling. Alternative medikamenter.

Konklusjon:

Resultatene viser at kunnskap, tid, samtale, nettverk og aktivitet er 5 viktige faktorer for å forebygge bruken av B-preparater. Jeg tolker det slik at det bør være et tilrettelagt og dynamisk nettverks- og aktivitetstilbud for eldre i kommunen der dørstokken skal være bred. Dette bør integreres som en del av det forebyggende helsearbeidet i kommunen. I tillegg bør det bli enklere for pasientene å få tilbud om både samtaleterapi, kognitiv behandling og/eller nettverks- og aktivitetstilbud når fastlegene henviser. Det bør ikke være slik at pasientene må stå på venteliste i uker eller måneder. Tilbudet bør være der når behovet melder seg. Folkeopplysning og egenomsorg er også to begreper som har festet seg hos meg i denne oppgaven. Folkeopplysning handler om å tilføre kunnskap og jeg tolker det slik at det kan gjøres mye mer på nasjonalt nivå i forhold til å spre kunnskap ut til befolkningen om alternativer til B-preparater. Jeg tolker det slik at egenomsorgen blir styrket ved kunnskapstilførsel slik at kunnskapen blir en hjelp og egenomsorgen en selvhjelp. På denne måten kan de gode alternative tilbudene i kommunen bidra til at befolkningen i større grad ivaretar sin egenomsorg. Samtidig vil kunnskapen bli større i befolkningen når det gjelder å forebygge ensomhet og isolasjon. Familie, venner og pårørende vil i større grad bli mer bevisst på hva som fremmer god helse og dermed involvere seg mer. Det handler også om å tenke nytt og at kommunen i større grad kan ta i bruk kreativiteten, som for eksempel forslaget fra en deltaker om å bygge et søvnsenter med ulike tilbud. En vei å starte det på er

å se på hva andre kommuner har fått til. På denne måten kan man fremme god fysisk og psykisk helse i kommunen.

Nøkkelord:

Benzodiazepiner (B-preparater), psykisk helsearbeid, salutogenese, anerkjenne, samhandling, brukermedvirkning, kunnskap og egenomsorg.

Abstract

Purpose:

To gain greater knowledge regarding the use of various alternatives to benzodiazepines and other similar medicines/medication.

The question asked:

What experiences do General Practitioners have with alternatives to benzodiazepines as a cure against sleeping problems, anxiousness, and lighter to moderate depression with people aged over 65?

Method:

The study is within a hermeneutical and phenomenological scientific understanding. In order to make known the experiences of the participants I have chosen a qualitative method. I have conducted an empirical study with 9 semi-structured, qualitative scientific interviews. All the participants have shared their thoughts and experiences which make possible an interpretation of opinions in these phenomena that are described (Kvale & Brinkman, 2009). The open questions are processed using a qualitative content analysis. This resembles Hummelvoll's (1990) and Lindstrøm's (1992) method guidelines (Hummelvoll & Granerud, 1996) and (Van manen, 1990). I can also refer to a lecture with Hummelvoll where we were issued with this method of analysis.

Findings:

Themes in question # 1: The extent of sleeping difficulties, anxiety and depression.

Categories: Fit pensioners. Prevention of loneliness. Changed sleeping patterns. Safe frameworks.

Themes in question # 2: Discussion themes. **Categories:** Colleagues meetings. Little time for discussion. Improving one`s level of competence. Working together – improving, strengthening cooperation between different boroughs.

Themes in question # 3: National guidelines. **Categories:** Making people aware. Taking it up as a theme and is restrictive.

Themes in question # 4: Time for the patient. **Categories:** Waiting time as a factor which leads to stress. Providing with a new appointment. Referring one to someone.

Themes in question # 5: Alternative types of treatment within the borough. **Categories:** Networkbuilding. Rehabilitating treatments on offer. Free treatment/medication. Being present, being there. To listen and understand. A netbased overview of activities within the borough.

Themes in question # 6: Treatment in the future. **Categories:** Prevention of loneliness. More openness regarding psychiatric problems. Give advice regarding sleep. Cognitive treatment. Alternative medication.

Conclusion:

The results show that knowledge, time, conversation, networks and activity are 5 important factors in the prevention of the use of benzodiazepines. It should be a dynamic network, and offer of various activities in place for older people in the borough. Everybody should be able to participate. This should be integrated as a part of the preventative healthwork in the borough. In addition it should be easier for General practitioners to get offers of conversational therapy, cognitive treatment and/or networks and activity offers for their patients when they are referred. Patients should not have to remain on waiting lists for weeks

or months. The offer should be there as and when the need arises. Making people aware and selfhelp are two areas which made a special note of this thesis. Making people awake is about supplying knowledge and I am of the impression that a lot more can be done nationally to spread knowledge throughout the population regarding alternatives to benzodiazepines. I also think selfhelp will be strengthened by greater national awareness regarding this matter. And with greater knowledge among the general population, more people involving friends and family members, one likely to get more involved, which in itself lead to less loneliness and isolation. It is also about thinking new thoughts, thinking differently or “outside the box” and that the borough itself can become more creative. Why not, as an example, build a centre for sleep with various programmes on offer? To start with, one might look to see what other boroughs have achieved.

Forord

Å være et menneske er en sykdom.

Helbredelse er umulig,

men all vår streben består i

å finne et smertestillende middel.

(Børli, 1995)

Innhold

TAKK	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	6
FORORD	9
INNHold	10
1. INNLEDNING	13
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	13
1.2 PROBLEMSTILLING.....	14
1.3 MÅL.....	14
1.4 AVKLARING AV SENTRALE BEGREPER.....	15
1.5 STUDIETS OPPBYGGING OG STRUKTUR.....	15
1.6 TIDLIGERE FORSKNING	16
2. TEORETISK RAMMEVERK	18
2.1 HELSE SOM BEGREP	18
2.2 PSYKISK HELSEARBEID SOM BEGREP	18
2.3 HELSEFREMMEDE OG FOREBYGGENDE ARBEID	19
2.4 RELASJONSARBEID	21
2.4.1 SAMHANDLING	21
2.4.2 BRUKERMEDVIRKNING	22
2.5 SALUTOGENESE	22
2.6 Å ANERKJENNE	23
2.7 DEN LIVSLANGE UTVIKLINGEN	24
2.8 MEDIKAMENTBEHANDLING	25
2.8.1 BENZODIAZEPINER.....	25

2.8.2	MEDIKALISERING AV LEVEALDEREN	26
2.9	SØVNVANSKER, ANGST OG DEPRESJON	27
2.9.1	SØVNVANSKER	27
2.9.2	ANGST	28
2.9.3	DEPRESJON	29
3.	METODE	30
3.1	VITENSKAPSTEORETISKE UTGANGSPUNKTER	30
3.1.1	ONTOLOGI OG EPISTOLOGI	30
3.2	VALG AV FORSKNINGSDESIGN OG METODE.....	30
3.3	INNSAMLING AV DATA	32
3.4	VALIDITET	33
3.5	INTERVJUPROSESSEN	33
3.6	RELIABILITET	34
3.7	GENERALISERBARHET	35
3.8	ETISKE OVERVEIELSER	35
4.	PRESENTASJON AV RESULTATER.....	37
4.1	UTBREDELSEN AV SØVNVANSKER, ANGST OG DEPRESJON	37
4.2	DISKUSJONSTEMA	42
4.3	NASJONALE RETNINGSLINJER	45
4.4	TID TIL PASIENTEN.....	50
4.5	ALTERNATIVE TILBUD I KOMMUNEN.....	54
4.6	BEHANDLING I FREMTIDEN	60
5.	DISKUSJON OG KONKLUSJON	67
5.1	KONKLUSJON	75
	LITTERATURLISTE	76

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i et forskningsopplegg

Vedlegg 2: Intervjuguide til fastlege

Vedlegg 3: Intervjuguide

Antall ord: 19646.

1. Innledning

Som Spesialsykepleier i hjemmesykepleien i kommunen, samt med flere års erfaring fra sykehus, har jeg i en årrekke fått se hvor fort pasienter kan utvikle avhengighet av medikamenter mot søvnevansker, angst og depresjon.

Medikamentene jeg tenker på er en gruppe vanedannende og beroligende medisiner. Det er benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter, som i denne oppgaven blir forkortet til *B-preparater*. To eksempler på slike medikamenter er sovemedisinen Zopiklon og den beroligende medisinen Sobril (Folkehelseinstituttet, 2013).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg reflekterer over at vi har flere eldre og ensomme mennesker i hjemmesykepleien som har blitt avhengige av Sobril og/eller Zopiklon, spesielt kvinner over 65 år, men det gjelder også eldre menn i samme aldersgruppe. Medisinene kan de ha fått foreskrevet av fastlegen sin eller for eksempel av en sykehuslege etter en sykehusinnleggelse hvor man for eksempel har blitt operert for ett lårhalsbrudd. Andre har kanskje vært hos sin fastlege på grunn av at de føler seg ensomme og nedstemte, for eksempel grunnet en livskrise, som igjen kan føre til at de får søvnproblemer, angst eller lettere til moderat depresjon (Bjelland, Bolstad, Drønen, Larsen & Skjøtskift, 1994). Kanskje pårørende eller hjemmesykepleien har tatt kontakt med fastlegen og er bekymret for den Eldres nedstemthet. Jeg ser at det er en fare for at dette kan føre til en *medikalisering av et livsproblem* eller en *livskrise* som er en naturlig del av livet - det å være menneske og det å bli eldre på godt og vondt (Illich, 1996). I følge Bjelland et al. (1994) er det heller ikke uvanlig at pasienten fortsetter å bruke B-preparater over lang tid, selv om meningen var for en kort periode. Etter hvert kan det bli problematisk å fjerne medisinene. Som Spesialsykepleier har jeg fått oppleve å høre av noen eldre at de er så gamle allikevel at det ikke er så nøye om de har blitt avhengige. Det får meg til å undre. Jeg reflekterer over at dette også handler om å få en best mulig livskvalitet på sine eldre dager.

Jeg har erfaring med at en del eldre gir uttrykk for at de føler seg mye alene og er ensomme. De ønsker selskap, kontakt og noen å prate med. Jeg har reflektert over at noen typer vanedannende medikamenter som Sobril nærmest kan bli en "erstatning" for menneskelig

kontakt og selskap i deres hverdag. Jeg reflekterer videre over at de ensomme eldre på sikt kan bli påført tilleggsproblemer av Sobril i form av bivirkninger som økende depresjon, søvnevansker og angst (Bjelland et al., 1994).

Det har vært flere innslag i media som har gjort inntrykk på meg og som gjør at jeg vil sette søkelyset på dette temaet i min masteroppgave (Medisin mot piller, 2012). Jeg har tenkt på hvor stort ansvar som hviler på fastlegene i forhold til det å administrere ut vanedannende medikamenter til sine pasienter. Fastlegen er jo ofte den første personen som pasienten møter med sine problemer. Jeg undrer: Hvor bevisst er fastlegen på hvilke langtidsvirkninger dette kan få for pasienten? Hvor bevisst er vi som helsepersonell og ikke minst hvor bevisst er pasienten selv for faren for avhengighet? Forsøkes det nok med alternative metoder som for eksempel støttesamtaler og/eller psykoterapi? Dette er områder jeg som masterstudent ønsker å undersøke nærmere.

1.2 Problemstilling

Hvilke erfaringer har fastleger med alternative tilbud til B-preparater mot søvnevansker, angst og lettere til moderat depresjon hos eldre over 65 år?

1.3 Mål

Hensikten med studiet er å få mer kunnskap om alternativer til bruken av benzodiazepiner ved søvnevansker, angst og lettere til moderat depresjon hos mennesker over 65 år.

Jeg har valgt mennesker over 65 år fordi mange da har avsluttet sitt yrkesliv og blitt pensjonister. I den sammenheng har jeg derfor tatt for meg aldersgruppen fra 65 år og oppover.

1.4 Avklaring av sentrale begreper

1.4.1 Benzodiazepiner: (forkortet B- preparater):

Ulike medikamenter mot søvnvansker, angst og uro med en dempende effekt. Ett eksempel er Sobril. Det virksomme stoffet opptas i blodet og føres til hjernen hvor det fester seg på spesielle mottakere eller reseptorer i hjernen. Virkningen vil komme en halv time til en time etter at man tok tablettene og varer i 3-4 timer (Berge & Repål, 2006). Felles for B-preparater er at de gir en uheldig ruseffekt ved at det påvirker sentralnervesystemet (Malterud, Nessa, Stensland & Thesen, 2006).

1.5 Studiets oppbygging og struktur

Neste del i kapittelet innledning omhandler tidligere forskning. Jeg har valgt ut forskning som er mest mulig relevant for studiets problemstilling.

I kapittel 2 presenteres studiets teoretiske rammeverk som ligger til grunn for tolkning av studiets problemstilling. Aktuell teori i denne oppgaven er: salutogenese, anerkjennelse, samhandling og brukervedvirkning.

Kapittel 3 presenterer studiets metode som beskriver vitenskapsteoretiske utgangspunkter og valg av metode, utvalget, datainnsamling, analyse, datakvalitet og forskningsetikk.

Kapittel 4 presenterer resultatene.

Kapittel 5 tar for seg drøfting og konklusjon.

1.6 Tidligere forskning

Jeg har søkt etter litteratur på ulike søkermotorer som Bibsys, Medline, Pubmed, Svemed+ og Google. Jeg fant 4 interessante forskningsstudier som var relevante i forhold til min problemstilling. På ordet *benzodiazepiner* dukket det opp flere kilder.

Vevatne, Schanche, Selbekk, & Sand (2010) viser til at Rogaland A-senter gjennomførte en spørreundersøkelse våren 2008 rettet mot alle fastleger i Rogaland. Undersøkelsen gikk ut på å se på fastlegers erfaringer med foreskriving og seponering av B-preparater, samt i hvilken grad de opplevde at de trengte hjelp i forbindelse med seponering. Fastlegene fikk utdelt et anonymt spørreskjema og 44 % av legene besvarte skjemaet. Resultatene viste at det er behov for et bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for pasienter som bruker B-preparater. Noe som også kom frem var at fastlegene oppfatter pasienten som lite motivert til å seponere medisinen. 94 % av fastlegene svarte også bekreftende på at de hadde vært i tvil om hvilken nytteverdi behandlingen med B-preparater har for pasienten. Forskningen viste også at det kan utløse behov for mer omfattende helsehjelp ved seponering av B-preparater. Folkehelseinstituttet (2011) har i en forskningsundersøkelse funnet at kort- og langtidseffekten av søvnløshet blir bedre uten bruk av medikamenter. Det viser seg av denne forskningen at 70-80 % av de søvnløse vil ha varig nytte av kognitiv atferdsterapi. Terapien består av enkle teknikker som kan utføres av både fastlege og annet helsepersonell. Noen elementer innenfor atferdsterapi er fysisk trening, kosthold, søvnrestriksjon, stimuluskontroll og avslapningsfaktorer. Bjelland et al. (1994) viser til en undersøkelse fra England hvor 16 % av befolkningen over 65 år tar sovemedisiner og 73 % av de igjen har brukt sovemedisinene i over ett år. I en annen engelsk studie fant man at 50 % av eldre over 65 år har positiv utslag på benzodiazepiner ved innleggelse i medisinske sykehusavdelinger. Halvparten av den samlede foreskriving av anxiolytika og hypnotika blir skrevet ut av 10 % av legene i primærhelsetjenesten. Undersøkelsen viser at eldre leger er mindre restriktive enn yngre leger. Mannlige leger er mindre restriktive enn kvinner. Pitkala, Routasalo, Kautlainen, Sintonen, & Tilvis (2011) gjennomførte en forskningsundersøkelse i Finland for å finne ut hvilken effekt sosialt stimulerende samvær har på ensomme, eldre menneskers mentale eller kognitive egenskaper. De rekrutterte 235 eldre brukere i 70-års alderen fra ulike eldrecentre i landet og delte de opp i 2 grupper. Den ene gruppen fikk vanlig pleie i 3

måneder på eldrementret. Den andre gruppen deltok aktivt i samtaler med andre mennesker som var helt utenom vanlige pleierutiner på eldrementret. De deltok også, alt etter hvilke interesser de hadde, i terapeutisk skriving, gruppeøvelser eller kunstneriske opplevelser og øvelser. Forskerne fant ut at den gruppen som hadde fått psykososial oppmerksomhet og deltok aktivt i samtaler og andre sosiale aktiviteter hadde bedre kognitive eller mentale egenskaper etter 3 måneder. Selv etter 12 måneder, flere måneder etter at eksperimentet var avsluttet, viste det seg at intervensjonsgruppen. Det vil si de som hadde deltatt i disse aktivitetene hadde bedre mentale funksjoner enn kontrollgruppen som bare hadde fått vanlig pleie. Konklusjonen ble derfor at psykososial intervensjon forbedrer ensomme eldre menneskers kognitive eller mentale egenskaper eller funksjoner.

2. Teoretisk rammeverk

2.1 Helse som begrep

”Helse er mer enn fravær av sykdom og svakhet” (Mæland, 2010, s.24). Dette ble slått fast av Verdens helseorganisasjon i 1948. Helse ble her definert som ”fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende.” Verdens helseorganisasjon har brukt en mer avdempet versjon senere. Den nye definisjonen beskrives som: ”Evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv” (Mæland, 2010, s. 24).

Den norske legen Peter F. Hjort har lansert en lignende definisjon: ”Helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav” (Mæland, 2010, s. 24). Helse ses her i sammenheng med de varierende livsbetingelser som mennesket utsettes for og tenkes mer som evnen til å fungere eller mestre. Ved å ha motstandskraft til å stå imot de påkjenningene man utsettes for gjennom livet og styrke til å fungere som mennesker, blir helse å forstå som en ressurs (Mæland, 2010). I følge Mjell, Natvig & Thorsen (1994) er helse summen av fysiske, psykiske og sosiale ressurser. Selv om en person har en kronisk sykdom, så kan den totale helsen være god. Arntzen & Hauger (2003) skiller mellom tre forståelser av begrepet helse. Det ene er sykdom/død, det andre er funksjon og det tredje er velbefinnende. Og Fugelli (2003) har i mange år sagt at helse først og fremst handler om verdier. Individets helse bestemmes gjennom valg av eksistensielle verdier og samfunnets helse formes gjennom valg av politiske verdier.

2.2 Psykisk helsearbeid som begrep

I følge Almvik & Borge (2008) kom begrepet psykisk helsearbeid gradvis fra 1999 i forbindelse med opptrappingen i kommunehelsetjenesten. Det kan se ut som begrepet knyttes mer til den desentraliserte psykiatrien, som legger vekt på å møte pasientens psykososiale behov i hans eller hennes kontekst. På denne måten er oppmerksomheten rettet mot pasientens totale livssituasjon, som blant annet arbeid, fritid og sosialt fellesskap. Jeg kan følge tanken om at psykisk helsearbeid i større grad de siste årene har blitt knyttet mer mot et normaliseringsperspektiv og empowerment som innebærer en reservasjon fra

institusjonalisert omsorg. Myndighet og selvbestemmelse er vektlagt i empowerment. Dette innebærer at hjelper må være lydhør for bruker og dele makt og avgjørelser med bruker/pasient/familie.

Lemvik (2006) tenker det er to kunnskapsretninger innen psykisk helsearbeid. Det er de to grunnpilarene recovery og rehabilitering. Recovery gir kunnskap om hvordan mennesker med psykiske lidelser kommer seg og rehabilitering gir kunnskap om hvordan man kan støtte opp mennesker slik at de kan bygge opp sitt liv etter for eksempel en livskrise. Lemvik (2006) ser også på relasjonen som en rød tråd i det psykiske helsearbeidet. Haugsgjerd, Jensen & Karlsson (2002) viser til 4 perspektiver i psykisk helsearbeid. Det ene er det medisinske psykiatriske, det andre er det psykodynamiske, det tredje er det humanistiske og det fjerde er det relasjonelle. Fra 1990-årene har tyngdepunktet i psykiatrien flyttet seg fra psykodynamisk-humanistisk retning til medisinsk-biologisk retning. Andersen og Karlsson (1998) viser til at Hummelvoll i sitt arbeid og i sine bøker er opptatt av sykepleier-pasientfellesskapet og dens faglige forutsetninger. Han har plassert seg i en holistisk-eksistensiell tradisjon i sin forståelse av psykiatrisk sykepleie. Det fysiske, psykiske, sosiale og ånderlige er likeverdige områder.

2.3 Helsefremmende og forebyggende arbeid

I følge Mæland (2010) handler helsefremmende arbeid om læren om det som gir god helse (salutogenese). Politiske trender og økonomisk utvikling påvirker det helsefremmende arbeidet som ofte er langsiktig. I 1986, i Ottawa, Canada, startet den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid. Ottawa-charteret ble da utformet og helsefremmende arbeid ble definert slik:

Proessen som setter folk i stand til økt kontroll over og forbedre sin helse. For å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velbefinnende må et individ eller en gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø (Mæland, 2010, s. 73).

I hverdagslivet skapes og utvikles helse. En viktig forutsetning for det helsefremmende arbeidet er at folk selv er villige til å gjøre noe. For å bidra til større likhet i helse tar man i helsefremmende arbeid sikte på å styrke de positive faktorene for helse (Mæland, 2010). I følge Almvik & Borge (2008) sluttet Norge seg i 1987 til Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid. Hovedhensikten er at folk skal få større kontroll over egen helse og eget miljø gjennom at det gis informasjon, kunnskap og viten. På denne måten kan denne myndiggjøringen styrke den enkeltes evne til å mestre utfordringer i livet. Arbeidet må fremmes i skole, hjem og lokalmiljø. Almvik & Borge (2008) viser til at sykdomsforebyggende arbeid består av 3 deler: Primærforebyggende arbeid retter seg mot befolkningen for å hindre at sykdom oppstår. Sekundærforebyggende arbeid retter seg mot risikogrupper som viser symptomer og tertiærforebyggende arbeid retter seg mot spesielle grupper med en oppstått lidelse.

Hummelvoll (1995) beskriver hvordan folkehelsearbeid gjennom organiserte samfunnsmessige tiltak kan forebygge sykdom, forlenge livet og fremme helse. Han beskriver ulike modeller som kan brukes innen helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Prevensjonsmodellen er den mest brukte og bygger på en biomedisinsk sykdomsmodell. Kritisk bevisstgjøring er eksempel på en annen modell hvor folk blir stimulert til å se kritisk på sine liv, livsforhold og miljøbetingelser de lever under. På denne måten kan de som et lokalsamfunn handle og gi press på politisk plan for endring.

Helsebiblioteket (2007) viser til Professor Per Fugelli som har holdt innlegg hvor han er opptatt av de destruktive sidene ved helsefremmende og forebyggende arbeid. Han mener blant annet at vi må gå mer i oss selv, istedet for "dem," flytte lys fra livsstil til levekår og arbeide med samfunnsstil framfor livsstil. Om vi velger en individ- eller befolkningsstrategi er avgjørende ved helsefremmende og forebyggende arbeid. En fastlege kan ha en individstrategi innenfor helsefremmende arbeid der samtalen med pasienten dreier seg om livsstil og bruk av grønn resept. Fastlegens samtale om livsstil er også en individstrategi i forebyggende helsearbeid. Med dette kan individet selv velge å gjøre bruk av tiltaket. Ved å rette tiltaket mot befolkningen som gjøres ved en befolkningsstrategi, vil folk fort føle at dette ikke er personlig rettet, men noe myndighetene har bestemt. Ulvestad (2003) viser til at profesjonelle hjelpere øker i omfang på alle livsområder og de veileder oss når vi møter katastrofer i livet. Generasjonene har ikke lenger samme mulighet for å støtte og hjelpe hverandre. Dette fordi samfunnet har blitt mer komplisert og det har blitt vanskeligere å være menneske. Det søkes derfor løsninger på problemene. Dette resulterer i at samfunnet må

anvende flere ressurser på forskning og utvikling. Dette bildet kan gi forventninger om at hjelp finnes og det fremmes ønsker og krav. Andersen og Karlsson (1998) sier epidemiologiske undersøkelser viser at 20 % av befolkningen i Norge har så store psykiske problemer at de trenger psykiatrisk behandling. Han stiller spørsmål til den destruktive sosiale praksisen som for eksempel økende konkurranse, og tingliggjøring som bidrar til å svekke befolkningens psykologiske funksjoner. Han tenker folk har behov for oversikt, kontinuitet, sosial tilhørighet og respekt.

2.4 Relasjonsarbeid

2.4.1 Samhandling

Almik & Borge (2000) viser til den nye samhandlingsreformen som ble fremlagt våren 2009. Denne reformen skal samordne kommune- og spesialisthelsetjenesten bedre. Målet er at for eksempel eldre pasienter med langvarige og sammensatte behov og pasienter med psykiske lidelser møter en godt samordnet helsetjeneste. Den skal være preget av kontinuitet, helhet og kvalitet. Fleksibilitet må til for å få til god samhandling. All samhandling dreier seg om kommunikasjon og relasjon mellom mennesker. I følge Røkenes & Hansen (2007) er det helsebringende relasjonsarbeid man får ut av en godt fungerende samtale. Før du har møtt noen, så kommuniserer du og måten man hilser på forteller hvordan relasjonen oppfattes. Man må spørre seg selv hva som er hensikten med samtalen og deretter tilpasse kommunikasjonen. Det er også av betydning at den andres forforståelse og forutsetning tilpasses. Man kan sjekke ut hva den andre ønsker som fokus, mål og måten man kan samhandle på. Det kan også være en trygghet i å metakommunisere underveis eller på slutten av samtalen. Da kan man for eksempel spørre hvordan denne samtalen har vært. Noen ganger kan det være vanskelig å avslutte en samtale og da kan man avrunde samtalen ved å spørre om det er noe motparten ønsker å si før man avslutter.

2.4.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning kan ses i sammenheng med empowerment og innebærer selvbestemmelse (autonomi). Innholdet i begrepet brukermedvirkning er på mange måter ikke nytt, men det at begrepet har fått en ideologisk betydning kan bevisstgjøre relasjonen mellom bruker og hjelper i større grad enn tidligere. Brukeren skal bli mer aktiv i sin egen bedringsprosess hvor hjelperollen nedtones. Den siste opptrappingsplanen innen psykisk helse innebar konsekvenser. Profesjonelle hjelpere blir utfordret ved at de skal ”gi fra seg” fagkunnskaper. Dette handler om vårt verdigrunnlag og som hjelpere blir vi mer medvandrere enn eksperter på brukerens lidelse. Gjennom egen erfaring og refleksjon blir man påmint at egen læring og innsikt utvikles (Almvik & Borge, 2008).

2.5 Salutogenese

Aron Antonovsky (1923 – 1994) utviklet salutogenese-perspektivet i 1978. *Saluto* betyr sunnhet og *genese* betyr opprinnelse. Antonovsky undret seg over hvorfor noen mennesker opplevde god helse tross store påkjenninger i livet. Han forsket på sunnhet istedenfor sykdom for å finne disse faktorene (Antonovsky, 2000).

Jeg har blant annet valgt salutogenese fordi i følge Antonovsky (1996;2000) handler salutogenese om forhold som fremmer helsen. Hans utgangspunkt for helse er et kontinuum som kan spenne seg fra meget god til meget dårlig helse. Vi vil alltid være på det kontinuumet ett sted og på denne måten vil vi se at vi alle har en psykisk helse. Vi vil se at selv om vi lever med sykdom, så kan vi oppleve høy grad av helse. Sence of Coherence (SOC) inneholder 3 komponenter:

2.5.1 Begripelighet

Vi konfronteres av stimuli fra både indre og ytre faktorer i livet. Et kognitivt element er hvordan vi oppfatter disse stimuli. Begripelighet handler om hvordan vi oppfatter utfordringer og vanskeligheter vi møter i livet. Vi kan forstå de og sette det i en sammenheng dersom disse er begripelige. Da vil det beskytte oss mot dårlig helse, og når det gjelder

belastninger vi møter senere i livet, så får vi mer tillit til at vi forstår de. I motsatt fall kan det som oppfattes som ubegripelig og tilfeldig føre til dårligere helse (Antonovsky, 1996;2000).

2.5.2 Håndterbarhet

Det handler om tilstrekkelige ressurser til rådighet for å takle de utfordringer av stimuli vi blir utsatt for. Det kan føre til dårligere helse hvis utfordringene blir uhåndterlige (ibid.).

2.5.3 Meningsfullhet

Handler om å se meningen med livet og at vi engasjerer oss i å takle de utfordringene som kommer. På denne måten blir vi motivert til å overvinne problemene (ibid.).

2.6 Å anerkjenne

Schibbye (2006) viser til den tyske filosofen Hegel (1770-1831) når hun snakker om anerkjennelse. Hegel sier anerkjennelse er kjærlighet og at mennesker gjennom anerkjennelse kan løse opp i det fastlåste. I følge Schibbyes (1998) dialektiske relasjonsforståelse er anerkjennelse et sentralt begrep. Anerkjennelse inneholder elementer som lytte, forstå, bekrefte, toleranse og aksept. Ved at hjelperen er lyttende, innlevende, aksepterende og bekræftende vil klienten få hjelp i en interpersonlig relasjon. Hjelperen må ha en anerkjennende holding som person. Den største utfordringen vi har som hjelper er å overskue og ta hensyn til vårt ”relasjonelle bidrag” både til prosesser som fører til smerte, stagnasjon og fortvilelse, men også til positiv vekst. Hovedhypotesen er at som hjelper må vi være reflekterende for å se, forstå og hjelpe klienten. Selv om den helbredende prosessen ikke retter seg mot et bestemt mål, så må vi ta oss tid og stole på den helbredende prosessen. Schibbye (2002) viser til at lytting ikke bare er å høre. Det betyr ikke at vi lytter bare ved å høre lyder og høre hva andre sier. Vi hører mer enn det verbale budskapet. Vi må unngå å lytte eller observere med forutinntattighet, uten blir det i følge Freud til at vi bare ser og hører indre objekter, ikke klientens. Lytting krever en mottagelighet og villighet til å bli

beveget av klienten. Det å lytte er aktivt, ikke passivt. Det opptar hele terapeutens selv å være fokusert, konsentrert, intenst og levende. Terapeuten er emosjonelt tilgjengelig og fokuserer på klientens opplevelse. Terapeuten kan på denne måten trygge klienten ved å bruke sin følsomhet hvis klienten viser usikkerhet, angst og forvirring. Affektiv lytting er viktig for å dele intersubjektivitet.

2.7 Den livslange utviklingen

Theophilakis (2000) viser til Eriksons kjente teori om de 8 psykososiale fasene i den livslange utviklingen. Han beskriver hvordan den psykososiale utviklingen blir påvirket av miljøet man vokser opp i. Han tenker menneskets utvikling skjer gjennom klart adskilte tidsperioder som etterfølger hverandre i et fast mønster. Sentrale begrep i disse 8 fasene er kroppssoner, organmønstre og ytringsformer.

Boeree (2006) viser til at noen mennesker i Eriksons åttende fase kalles ”godt voksne.” Andre kaller mennesker i denne aldersgruppen for eldre eller gamle. Erikson mener at mennesker som ikke kom inn i denne åttende fasen eller stadiet på sine eldre dager hadde opplevd noe som hadde forhindret de i å utvikle seg såpass mye som personer at de ikke var modne nok til å delta i livet som stadie åtte mennesker. Oppgaven i fase åtte er å utvikle sin egointegritet med så lite desperasjon som mulig. Desperasjon i denne fasen i livet kan komme av mange forskjellige faktorer. Man kommer over i pensjonistenes rekke. Kroppen fungerer ikke så godt som tidligere. Hvis man har barn, så kan kontakten med dem bli vesentlig redusert. Mange eldre føler derfor at det rett og slett ikke er behov for dem, verken på den ene eller andre måten. Redsel for sykdommer og død som ofte kommer i høy alder kan også føre til bekymring. De kan oppleve å miste jevnaldrende venner og familiemedlemmer. Som en reaksjon på all denne potensielle redselen og desperasjonen, velger en del mennesker å bli opptatt av å tenke på fortiden. Noen eldre blir deprimerte eller demente med eller uten fysiske årsaker. Hvis man har nok ego integritet, så frykter man verken livet eller døden. Å akseptere at man har gjort noen dårlige valg i livet innebærer at man har kommet langt med hensyn til en velutviklet ego integritet. Noen personer antar kanskje at de har utviklet ego integritet uten å komme problemene i møte med et åpent sinn og tatt tak i problemene for å løse de. Dette kan gjelde mennesker som for eksempel unngår

å tenke på forskjellige aktuelle problemstillinger ved å konsentrere seg om fortiden sin i stedet. Mennesker som nærmer seg døden uten frykt har en styrke som Erikson kaller vishet.

2.8 Medikamentbehandling

2.8.1 Benzodiazepiner

I følge Bjelland et al. (1994) inneholder benzodiazepiner ulike typer beroligende- og sovemidler. Angst og uro dempes ved at aktiviteten i visse deler av hjernen senkes. Benzodiazepiner brukes ved angst, uro, muskel- og spenningstilstander og søvnproblemer.

Diazepam (Valium) og klonazepam (Rivotril) demper angst og søvnproblemer, men er mindre effektive jo lengre de blir brukt. Noen pasienter utvikler fysisk avhengighet og i likhet med alkohol fører de til økt toleranse (Paris, 2008). Berge & Repål (2009) viser til at det finnes en rekke forskjellige benzodiazepiner mot søvnproblemer, angst og uro. Det varierer noe hvor raskt disse virker og hvor lang nedbrytningstiden i kroppen er. To eksempler på benzodiazepiner er Vival og Sobril.

Det er delte meninger blant leger om bruken av benzodiazepiner, men de fleste er enige i at bruk over lengre tid kan medføre avhengighet. Ved akutte problemer og søvnevansker kan de brukes i korte perioder. Ved angst er de ikke anbefalt å bruke. Som pasient bør man derfor være kritisk og stille spørsmål hvis legen ønsker å skrive ut slike medikamenter (Berge & Repål, 2009). Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) sier det er både gode og dårlige kjøreregler for B-preparater. De har utviklet ”de ti bud” basert på erfaring og praksis både fra seg selv og andre. Han sier B-preparater er et middel på veien for å oppnå gode behandlingsmål. Den terapeutiske relasjonen mellom pasient og lege kan i høy grad påvirke hvordan sluttresultatet blir. I følge Folkehelseinstituttet (2013) er det på grunn av rask tilvenning og misbruksfare ikke anbefalt å bruke benzodiazepiner i mer enn 2-4 uker. Bruk over tid kan føre til at toleransen øker, som igjen kan føre til at man må ha høyere doser for å oppnå samme effekt. Fra februar 2013 blir det innført ”en promillegrense” for benzodiazepiner, det vil si at det er en grense i forhold til bilkjøring. Berge & Repål (2006) viser til at det ikke er tillatt å kjøre bil under påvirkning av benzodiazepiner. Reaksjonsevnen og korttidshukommelsen blir dårligere og tablettene må ikke kombineres med alkohol.

Moncrieff (2009) viser til at søvnvansker, abstinens i form av angst og uro kan oppstå hvis benzodiazepiner seponeres utover noen uker. Personer med søvnvansker eller angst bør derfor ikke bruke benzodiazepiner i mer enn en måned sammenhengende. Folkehelseinstituttet (2013) sier det er en generell økning i bruken av medikamenter mot søvnvansker på landsbasis, men foreskrivning av andre benzodiazepiner har gått noe ned her i landet. I følge Paris (2008) er det et enormt overforbruk av benzodiazepiner. Ved angst og søvnvansker har de ikke alltid effekt og noen utvikler en fysisk avhengighet.

Kolstad & Kogstad (2011) sier det de senere årene vært fokus på alle de negative bivirkningene som benzodiazepiner har, men allikevel så dominerer de som angstdempende medisiner i alle de nordiske landene. De siste årene ser man at *benzodiazepinlignende* medikamenter som sovemedisiner har fått en dominerende posisjon. De markedsføres gjerne med mindre bivirkninger, men det viser seg at forskjellen eksisterer knapt. Det kommer ofte nye nervøse plager når pasienten oppnår en toleranse for sovemedisiner. Legemiddelforbruk (2012) viser til en legemiddelundersøkelse basert på legemiddelforbruk i Norge mellom 2007-2012 hvor man ser at det fylket der jeg skal gjøre mine intervjuer, ligger høyt oppe på listen i forbruk av B-preparater. Man kan stille spørsmål ved hvorfor forbruket er stort i det området, men jeg reflekterer over at det er mange faktorer som kan spille inn, som blant annet levevilkår. I følge Folkehelseinstituttet (2013) har den benzodiazepinlignende sovemedisinen Zopiklon økt i forbruk her i landet de siste 10 årene.

2.8.2 Medikalisering av levealderen

I følge Illich (1996) har alderdommen i den senere tid blitt medikalisert. 65-åringens forventede levealder er ikke vesentlig høyere i dag enn for hundre år siden uansett hvilke og hvor mye medisiner de tar eller hvilken behandling de får. Praktisk talt ingenting kan medisiner utrette mot selve aldringsprosessen. Medisiner kan heller ikke utrette mye mot alderssykdommer. En del av de smerter som eldre plages av kan lindres, men med behandling som kreves medisinsk ekspertise kan det også bli en forlengelse av sykdomstilstanden og dermed smertenes varighet. Paris (2008) mener det er et enormt overforbruk av benzodiazepiner og at de ikke alltid har effekt verken for angst eller søvnvansker. Andersen & Karlsson (1998) viser til en undersøkelse hvor de som uførepensjoneres med en psykiatrisk diagnose selv beskriver sine problemer ofte knyttet til

deres sosiale praksis, økonomiske problemer og fysiske/somatiske plager. Den medisinske, psykiatriske diagnosen alene gir et misvisende bilde av deres problemer og livssituasjon. Man ser at stadig flere livs- og leveproblemer med påfølgende psykologiske dysfunksjoner blir definert som sykdom av en psykiatrisk helsetjeneste i ekspansjon.

2.9 Søvnvansker, angst og depresjon

2.9.1 Søvnvansker

Laake (2003) beskriver søvnvansker som en utilstrekkelig eller inadekvat søvn som gjør at man ikke føler seg uthvilt. Dette gir nedsatt funksjonsnivå på dagtid i form av tretthet, humørsvingninger og redusert yte- og konsentrasjonsevne. En av fem årsaker til legemiddelforskrivning i allmennpraksis er søvnvansker. En fastlege kan forvente i gjennomsnitt en pasientkontakt daglig som omhandler søvnvansker. Den individuelle spredningen av søvn hos eldre kan ligge mellom 4 til 11 timer og eldre har dårligere søvnkvalitet. Legemiddelbruk kan være en av årsakene til søvnvansker, men det er ofte somatiske og alderspsykiatriske helseproblemer som ligger bak. Det er en nær sammenheng mellom søvnvansker, angst og depresjon. For de fleste psykiske lidelser er søvnproblemer en debutsymptom (Folkehelseinstituttet, 2011). I følge Laake (2002) viser forskning at kvinner som bor alene, er i liten aktivitet, har depressive tendenser og bruker beroligende medisiner oftere har søvnvansker. Bivirkninger ved bruk av ulike medisiner blant eldre kan også føre til søvnvansker. Helsebiblioteket (2007) viser til at insomni (søvnforstyrrelser) øker med alderen. B-preparatet Zopiklone er kjent for å ha bivirkninger, men kan lette innsovning hos eldre mennesker. Den kan på kort sikt gi bedre søvnkvalitet og økt søvnlengde hvis man sammenligner den med placebo. B-preparater kan etter avsluttet behandling ha en rebound-effekt, samt gi redusert hukommelse og kognitiv og psykologisk fungering. Hos eldre mennesker øker risikoen for ulykker, fall og hoftebrudd.

2.9.2 Angst

I følge Berge & Repål (1997) stammer uttrykket angst fra det eldgamle begrepet ”angh” som betyr ”å gjøre trang” eller ”snøre sammen.” Angst kjennetegnes på ulike måter og i dagligtalen kan vi si det er en slags ”sekkebetegnelse” som kan romme mange følelser. Forskere har kommet til at angst består av tre like viktige komponenter. Det ene er det som skjer i kroppen. Det andre er de handlinger vi foretar oss og det tredje er vår opplevelse. En følelse av overhengende fare eller katastrofe kjennetegnes ved angst og tankene er avgjørende for hvordan vi opplever situasjonen. Schibbye (2006) sier det er typisk menneskelig med angst og at det kan beskrives som ingenting fordi angst ikke har tingenes egenskaper. Schibbye (2002) beskriver angst som en form for fremmedgjøring. I følge Nielsen, Rosenberg & Hougaard (2002) kan angst defineres som en psykobiologisk tilstand med fire komponenter hvor alle ikke trenger å være tilstede for å være en angsttilstand. Det første betegnes som en trusselopplevelse, den andre som et følelsesmessig ubehag, den tredje som fysiologiske endringer i kroppen og den fjerde som en atferdsmessig aktivitet.

Schmidbauer (2006) viser til at når det ikke lenger foreligger noen reell trussel og angsten allikevel fortsetter, så har den blitt til en sykdom. I følge Moxnes (2009) finnes det kognitive teknikker som kan læres gjennom selvhjelpsbøker, men det er ikke sikkert det strekker til hvis angsten har sine røtter i det ubevisste. Da er det ikke bare snakk om å få redusert eller å bli kvitt en negativ følelse eller to. Det kan noen ganger være en hel barndom som må omkonstrueres. Det tanke- og atferdsmønsteret man utviklet i barndommen er noe de fleste vil søke å bevare selv om dette er vanskelig å bære som voksen. Det vonde blir noe kjent og trygt. Det som ble sett på som normal angst for 10-15 år siden og som viste seg kunne kureres med trass, øvelse og gjentakelse, vil i dag bli diagnostisert av helsevesenet. Samtidig er folk mye reddere for smerte enn før. Moxnes (2009) stiller derfor spørsmål ved hvorfor det er så mye angstsykdom i dag når vi har så mye forskning og behandling rundt angst. Videre henviser han til Ivan Illich sin bok *Medisinsk Nemesis* fra 1975 der det beskrives at utviklingen av den moderne medisinen ville skade folkehelsen og han synes det langt på vei å ha blitt slik innen det psykiske helsevernet.

2.9.3 Depresjon

I følge Gilbert (2005) ble depresjon nevnt som en tilstand av melankoli av Hippokrates allerede for 2400 år siden. Depresjon handler om mer enn det å føle seg nedfor. Depresjon påvirker blant annet hvordan vi tenker, vårt energinivå, vår konsentrasjon og vår søvn. Berge & Repål (2009) viser til at angstplager over tid kan føre til nedstemthet og depresjon. Dette er naturlige reaksjoner når man har det vanskelig. Dette kan også være en reaksjon på at livet har blitt mer innholdsløst. Solheim (2001) viser til at depresjonstegn kan forveksles med tegn på demenstilstander, for eksempel søvnvansker og forvirring. Dette kan spores tilbake til ubearbeidet sorg. Gulmann & Voldsgaard (2006) viser til at depresjon oppleves som en konstant fornemmelse av tristhet, tomhet og gledesløshet. Det kan også være blandet med irritabilitet og angst. Det viser seg også at eldre deprimerte ofte klager over sterke smerter i for eksempel rygg og halebein. De kan også få problemer med konsentrasjonsevnen og bli rastløse. I den eldres liv er det åpenbart flere tap som for eksempel helseproblemer, dødsfall i familie eller vennekrets og det at man blir avhengig av andre. Helsedirektoratet (2011) viser til en rapport om forebygging av depresjon hvor depresjon forekommer hos 19 % av eldre over 60 år. Rapporten viser også at forekomsten av depresjon øker med alderen og hos de aller eldste var den høyest.

3. Metode

3.1 Vitenskapsteoretiske utgangspunkter

3.1.1 Ontologi og Epistologi

Ontologi handler om tingenes egenskaper og sanne natur, samt om hva som finnes i verden. Epistologi er knyttet til kunnskap og hva vi kan vite. Hva som er sannhet og gyldighet (Thornqvist, 2010).

3.1.2 Holisme, Hermeneutikk og Fenomenologi

Olsson & Sørensen (2003) uttrykker at i stedet for å ta utgangspunkt i de enkelte deler, handler holisme om å se helheten. Fortolkningslære, mening og forforståelse er viktige begreper innen hermeneutikk. Det handler om hvordan menneskers liv og eksistens kommer til uttrykk i det talte og skrevne språket. Fenomenologi retter oppmerksomheten mot menneskelige fenomener. Man setter søkelyset på ens *livsverden*, som vil si å bli åpen for opplevelsene til den som blir intervjuet. I følge Thornqvist (2010) handler hermeneutikk om fortolkning og forståelse. Fenomenologi retter oppmerksomheten mot subjektets erfaring av verden. Den tyske filosofen Edmund Husserl (1859-1938) regnes for å være grunnleggeren av fenomenologien.

3.2 Valg av forskningsdesign og metode

For å bidra til å øke helsefremmende arbeid er målet å frembringe kunnskap og erfaring. Dette på bakgrunn av studiets problemstilling og forskningsspørsmål. Forankringen i studiet er innenfor en hermeneutisk og fenomenologisk vitenskapsforståelse. For å kunne formidle opplevelsene og erfaringene fra deltakerne mine har jeg valgt en kvalitativ metode. Jeg har foretatt en empirisk undersøkelse, et semi-strukturert kvalitativt forskningsintervju, ved at deltakerne har delt sine tanker og erfaringer som muliggjør tolkning av meninger i de fenomener som beskrives. Gjennom samtalen og dialogen skapes en kontekst og en felles

verden hvor målet er å forstå den andres livsverden. Intervju som metode gir meg mulighet til å stille spørsmål for å få frem erfaring og kunnskap angående temaet mitt. Jeg mener jeg fikk frem den enkelte deltakers tanker og erfaringer – refleksjoner fra egen praksis (Kvale & Brinkman, 2009).

3.2.1 Min rolle som forsker

Forskningsprosessen har syv faser som jeg har tatt utgangspunkt i: Definisjon av tema, design, intervju, transkribering og utsagnssjekk, analyse, verifikasjon og rapportering (Kvale & Brinkman, 2009). Jeg ønsker ikke å kartlegge en ”objektiv sannhet,” men å avdekke og få frem det spesielle og unike hos hver deltaker, hva som er deres subjektive og individuelle erfaringer.

Som sykepleier med videreutdanning i tverrfaglig psykisk helsearbeid har jeg fra tidligere liten erfaring med kvalitative intervju, men jeg har arbeidserfaring fra psykisk helsearbeid både fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Jeg er engasjert i temaet gjennom min arbeidspraksis. Jeg har tydelig fått delt mine tanker og fått reflektert overfor mine veiledere, mine kolleger og studenter.

For å finne mulige kandidater har jeg som forsker hatt et søkende blick mot mulige kandidater som i mitt tilfelle ble fastleger. I forkant av intervjuundersøkelsen fikk jeg en muntlig godkjenning av prosjektet mitt fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Jeg sendte forespørsler pr. post til 39 kandidater, men da svarfristen gikk ut var det få som hadde gitt tilbakemelding, dermed tok jeg kontakt med hvert enkelt legekantor for å få bekreftet om de hadde mottatt forespørselen. Det viste seg at ikke alle kandidatene hadde lest forespørselen, da de mottar ulike forespørsler hver uke og de ikke alltid har tid til å studere hver enkel forespørsel nøye. Men fordi jeg i etterkant henvendte meg pr. telefon, fikk jeg flere direkte svar. Det var mange som ikke kunne delta på grunn av tidspress og det ble en utfordring. Jeg endte opp med 9 deltakere.

3.3 Innsamling av data

På bakgrunn av min problemstilling utarbeidet jeg min intervjuguide. Min interesse, teoretiske kunnskap og erfaring om temaet er derfor knyttet opp mot problemstillingen. I min rolle som forsker viser jeg til hvordan jeg kom frem til de 6 spørsmålene i intervjuguiden. Materialet mitt er valgt ut ifra at deltakerne arbeider i ulike geografiske områder av byen, har en bra kjønnsbalanse og noenlunde aldersspredning (Kvale & Brinkman, 2009).

Jeg utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide med 6 spørsmål. Jeg hadde også noen oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene ble utarbeidet på bakgrunn av egne erfaringer, samtaler med brukere og kolleger, teorifunn og tidligere forskning. Jeg stilte 6 åpne spørsmål.

3.3.1 Analyse og tolkning

Det ble gjennomført lydopptak av alle intervjuene. Etter å ha gjennomført alle 9 intervjuene, ble intervjuutsagnene transkribert så detaljert som mulig. Dette gjorde jeg selv etter hvert intervju. Jeg skrev setningene i bokmålsform så langt det lot seg gjøre. Tenkepauser ble også markert i teksten.

Ved å lytte til hvert intervju opptil 2-3 ganger hver, kunne jeg registrere tydeligere både tonefall, pauser og liknende. Jeg kunne tenke tilbake på hvordan jeg oppfattet den nonverbale kommunikasjonen under intervjuene. Til sammen transkriberte jeg cirka 100 A4-sider.

3.3.2 Analysen fulgte følgende fremgangsmåte:

De åpne spørsmålene blir behandlet ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Dette ligner på Hummelvoll (1990) og Lindstrøm (1992) sine metodeanvisninger (Hummelvoll & Granerud, 1996) og (Van manen, 1990). Jeg kan også vise til forelesning med Hummelvoll hvor vi fikk utdelt denne analysemetoden (Hummelvoll, 2008).

1. Gjennomlesning av de transkriberte intervjuene flere ganger. 2. Systematisering av data ved hjelp av tekstbehandling hvor jeg skrev ned alle respondentenes svar under det enkelte spørsmål. 3. Med henblikk på å finne kategorier som svarene kunne gå inn i ble svarene gjennomlest flere ganger. Det ble gitt en bestemt fargekode til svar som falt under samme kategori. 4. Svar som faller utenfor det området spørsmålet dreier seg om ble eliminert. 5. For å få et inntrykk av hvor fremtredende de enkelte svarreaksjoner var, ble antall svar i hver kategori talt opp. 6. Svarene blir rangert og presentert. 7. Kategoriene blir tolket på teorinivå.

Jeg både tolker og diskuterer i kommentarene under hvert spørsmål og kategori og i analysen har jeg en oppsummerende diskusjon av funnene. Funnene vil jeg drøfte i lys av teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Deltakernes erfaringer vil på denne måten komme til syne og resultatene blir satt inn i en kontekst.

3.4 Validitet

I følge Olsson & Sørensen (2003) handler validitet om å måle den riktige tingen. Kvale & Brinkman (2009) viser til at sannheten, riktigheten og styrken er det som knyttes til validitet og det gjelder gjennom hele forskningsprosessen. Man kan på denne måten se om metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Jeg kan derfor stille spørsmål om mine kvalitative, individuelle intervju får frem den kunnskap og erfaring som informantene sitter inne med. Med sin felles yrkesbakgrunn har også informantene en sannsynlighet for sammenfall i sin forforståelse.

3.5 Intervjuprosessen

8 deltakere fikk utdelt intervjuguiden rett før intervjuet startet. En deltaker ble intervjuet pr. telefon og fikk tilsendt intervjuguiden på forhånd. Deltakerne fikk en intervjuguide med 6 kvalitative, åpne spørsmål som skulle besvares muntlig. Deltakerne fikk velge hvilken arena de ønsket å bli intervjuet. Jeg har også vært fleksibel i forhold til informantenes tidsskjema, men alle intervjuene har foregått i deltakerens arbeidstid på dagtid. 8 av de 9 intervjuene

foregikk på deres arbeidssted og ett intervju foregikk pr. telefon fra mitt arbeidssted. Noen trengte god tid på seg før de kunne intervjues, mens andre hadde rom for det i nær fremtid.

Intervjuene varte i cirka en time hver. Ingen av deltakerne utenom telefonintervjuet hadde gjort seg noen notater på forhånd. 6 av intervjuene var preget av god tid og ingen avbrytelser, mens 3 intervju var noe preget av tidspress og avbrytelser, som for eksempel at telefonen deres ringte, men jeg opplevde ikke det som særlig forstyrrende. Jeg satte lydopptakeren på pauseknappen og vi kom raskt inn i det igjen. Jeg informerte deltakerne på forhånd om at jeg ønsket å bruke lydopptaker. Dette var i orden for alle. Jeg noterte også stikkord under hvert spørsmål, men jeg følte ikke at det var forstyrrende for meg ved siden av å lytte. Det hjalp meg heller til å holde fokus som intervjuer. Jeg ga rom for pauser og jeg erfarte etter hvert hvor viktig det er å bruke tid og stillhet slik at deltakeren får snakke seg ferdig. Jeg nikket ofte med hodet for å vise at jeg deltok i samtalen. Jeg erfarte at alle deltakerne var engasjerte og pratet i vei på hvert spørsmål. Jeg stilte oppklarende spørsmål for å få en bekreftelse eller avkreftelse på min forståelse av det som ble sagt og jeg stilte også noen oppfølgingsspørsmål. Etter flere intervju følte jeg meg tryggere i rollen og slappet mer av i intervjuet. Dette gjorde meg mer aktiv og tydelig som intervjuer. På denne måten fikk jeg også flere data. Jeg forsøkte å ha en empatisk væremåte under intervjuene og vise interesse og nysgjerrighet på temaet. Jeg forsøkte å holde blikkontakt på deltakeren. Jeg opplevde deltakerne engasjerte og åpne, noe som gjør at jeg sitter igjen med en positiv opplevelse. Opplevelsen av å intervju alle deltakerne har vært en av de mest engasjerende fasene i forskningsprosessen. Informasjonen jeg fikk ga meg ny erfaring og innsikt.

3.6 Reliabilitet

Kvale & Brinkman (2009) viser til at det handler om troverdigheten til forskningsresultatene. Man kan stille spørsmål om mine informanter ville svart noe annet til en annen intervjuer. Skal man få god reliabilitet forutsettes god validitet, men god reliabilitet forutsetter ikke god validitet. Min forforståelse er noe jeg bærer med meg før prosjektet starter og under hele forskningsprosessen. I følge Malterud (2011) må man være bevisst i forhold til at de innhentede datakunnskapene ikke overskygges av sin forforståelse. Olsson & Sørensen (2003) viser til at reliabilitet handler om graden av overstemmelse ved bruk av samme måleinstrument.

3.7 Generaliserbarhet

Kan den kunnskapen man produserer fra et intervju overføres til andre intervju senere? Dette er noe man kan stille spørsmål ved og reflektere over (Kvale og Brinkman, 2009). Man håper at masteroppgaven har en overførbarhet ved at kunnskapen man finner gir mening og at andre kan dra nytte av den. Man utformer også den eksterne validiteten ved å stille spørsmål om overførbarhet (Malterud, 2011).

3.8 Etske overveielser

I følge Hummelvoll (2010) er det flere etiske aspekter å ta hensyn til når man skal planlegge å utføre et kvalitativt, praksisnært intervju. Helsinkideklarasjonen er en fin veiviser for en forsker, men ikke nok. Som forsker må jeg hele tiden være bevisst på etikken i hele forskningsprosessen. Først og fremst tenkte jeg på om studiet var verdt å gjennomføre og om kompetansen min var god nok. Jeg måtte også tenke på autonomiprinsippet og samtykke, samt om forskningen kan føre til konsekvenser av negativ og/eller positiv art. Personlige og relasjonelle holdninger, som fortrolighet, respekt, åpenhet, tillit og gjensidighet er viktige nøkkelord innen forskningsetikk. Det må også gjøres avklaringer i forhold til eierskap til data og resultater. Og sist, men ikke minst må jeg tenke på at jeg er farget av min forforståelse. I følge Kvale & Brinkman (2009) er det grunnleggende at anonymitet og diskresjon ivaretas.

Jeg viser til hvordan jeg gikk frem for å få kontakt med informanten. Deltagelsen var frivillig. Alle opplysninger ble behandlet konfidensielt. Jeg sendte forespørselen til informanten uten å ringe informanten på forhånd å spørre om jeg kunne sende den. Jeg ringte derimot et par uker etterpå for å høre om forespørslene var mottatt. Flere svarte at de ikke hadde lest innbydelsen fordi posten ble fordelt av legesekretær eller at de ikke hadde tid til å svare. Dette fordi de får flere forespørslers i uka. En samtykkeerklæring fulgte med forespørselen. Denne ble underskrevet før intervjuet startet. Alle data har blitt oppbevart utilgjengelig for andre enn meg og blir slettet når oppgaven er ferdig. I oppgaven er dataene anonymisert slik at deltakerne ikke skal kunne kjennes igjen. Eide & Eide (2007) viser til 3 sentrale etiske utfordringer etisk kommunikasjon byr på. Det ene er hvordan man forholder seg til de man kommuniserer med, som for eksempel kolleger. Det andre er om rettferdighet

i form av hvordan man fordeler tid, ressurser og andre goder og det tredje er hvordan man tenker etisk i praksis som helsearbeider.

Jeg reflekterer over den erfaringen jeg har gjort meg med det andre intervjuet mitt hvor jeg brukte lydopptaker og arbeidet med transformasjonen fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst. Det var tidkrevende og utfordrende å skrive ned alt som ble sagt på i underkant av en times intervjutid. Jeg reflekterer også over hvor viktig det nonverbale i intervjuet er, som stemmebruk og kroppsspråk. Ordbruk, tonefall og pauser ble registrert og jeg kan igjen og igjen gå tilbake å lytte. Dette er viktig for å være sikker på at man har hørt riktig. Jeg har også gjort meg tanker om de emosjonelle og sosiale aspektene ved intervjusitasjonen. Transkripsjonen har gjort meg mer bevisst på hvordan man selv oppfører seg under intervjuet. Man tar derfor med seg nye erfaringer til neste intervju. Jeg tenker mest på den nonverbale kommunikasjonen, det å ikke være redd for pause, stillhet og ikke være så opptatt av å hele tiden bekrefte med ett for eksempel ”ja” eller ”nei” etter at informanten har sagt noe. Noen ganger brøt man kanskje inn unødvendig når informanten holdt på å si noe. Dette blir til ettertanke og lærdom.

4. Presentasjon av resultater

Tallet i klamme etter hver kategori viser besvarelse fra antall deltakere.

4.1 Utbredelsen av søvnvansker, angst og depresjon

Første spørsmål dreier seg om hvilke tanker fastlegen har om utbredelsen av søvnvansker, angst og depresjon som lidelser blant eldre over 65 år. Her hadde fastlegene mange kommentarer og analysen viste følgende kategorier:

Alle deltakerne sier søvnvansker, angst og depresjon er forholdsvis utbredte plager og at de ser det mye i sin allmennpraksis. De sier angst og depresjon er kjent problematikk og at søvnen blir påvirket av det.

En deltaker:

”Det er klart at hvis du mister søvnen og blir veldig dårlig, så kan du få psykiske problemer, men jeg tror ikke det er det som er det vanlige. Ofte er det jo slik at søvnplagene kommer av angst og depresjon.”

En annen deltaker:

”Jeg ser vel at det er sykdomspanoramaer som tiltar i omfang og jeg ser vel at i den situasjonen vi er da, så får jeg jo stadig mer tilbakemeldinger om at folk forlanger at noe skal gjøres.”

En tredje deltaker:

”Ja, utbredelsen er stor og årsaken kan være flere steder. Noen har hatt problemer i hele sitt liv med angst, depresjon eller lignende lidelser og de har vært brukere av beroligende medisiner og sovemedisiner lenge.”

Kommentar:

Jeg tolker det slik av deltakerne at søvnvansker, angst og depresjon er utbredte fenomener blant eldre. De sier også at søvnvansker, angst og depresjon henger sammen slik at de kan

påvirke hverandre. En deltaker gir også uttrykk for at lidelsene tiltar i omfang her i landet. Jeg forstår at årsakene er sammensatte. I følge Gulmann & Voldsgaard (2006) viser tverrsnittsundersøkelser at mellom en femtedel og en firedel av 65+-åringer er plaget av en psykisk lidelse på et gitt tidspunkt. Dette påvirker livskvaliteten og funksjonsevnen. På et gitt tidspunkt viser også befolkningsundersøkelser at kriteriene for depresjon er påvist på rundt fire prosent av 65+-åringer. Man kan forveksle alminnelig sorg og sykdom med sykdommen depresjon. Lidelser som angst og rusmisbrukstilstander ser derimot ut til å minke med alderen (Gulmann & Voldsgaard, 2006).

Spreke pensjonister (5)

Tre deltakere sier de fleste 70, 80 og 90-åringer i dag er relativt oppegående og spreke, selv om noen er slitne og trette. To deltakere sier de fleste eldre ikke er deprimerte eller har angst.

En deltaker:

”Men de fleste eldre har jo søvnforstyrrelser, men de flest eldre er jo ikke deprimerte og har angst.”

En annen deltaker:

”Eldre er sprekere i dag enn tilsvarende alder for en generasjon eller to tilbake.”

En tredje deltaker:

”Det er forholdsvis flere 40-åringer med angst enn 70-åringer. Om det brenner ut eller om de har tilpasset seg angsten sin så godt at det ikke oppleves så ille lengre, det vet jeg ikke..”

Kommentar:

Det kommer frem at det er flest spreke eldre og en deltaker sier også at eldre er sprekere i dag enn for en generasjon eller to siden. Ved å ha fokus på det positive og friske på sine eldre dager vil det vanskelige bli satt i annen rekke (Antonovsky, 2000). I følge Hesselbo & Maaløe (2006) er bevegelse avgjørende både for å utfordre og stimulere kroppen og psyken.

I en undersøkelse av svake eldre 80-åringer var det mulig å snu en negativ utvikling ved blant annet å bygge opp under ressurser og mestringsevne.

Forebygge ensomhet (4)

To deltakere tenker det er mye skjult depresjon blant eldre og at de kan bli skjult i andre symptomer. En deltaker tenker depresjon kan være vanskelig hos menn på grunn av vagitert depresjon i form av irritasjon og sinne. En annen deltaker sier det kan være multifaktorelle årsaker til det. Det kan for eksempel være tap av relasjoner og sosiale rammer og/eller at man har slitt med psykiske lidelser hele livet. En tredje deltaker sier moderat depresjon er noe som er hyppig. En fjerde deltaker tenker depresjon ofte kan være knyttet til ensomhet, aldersforandringer og/eller at livet har lite innhold eller meningsfullhet. Han sier den eldre kan føle seg mer til bry enn til nytte.

En deltaker:

”Egenomsorg er et nøkkelord. Prøve å søke alternative behandlinger, det kan både være kommunalt og nettverksmessig. Også er det i større grad prøve å unngå sosial isolering.”

Kommentar:

Sosialt nettverk og sosial støtte er av stor betydning for et meningsfullt liv for mennesker med psykiske lidelser (Granerud, 2004). Det har også betydning for å forebygge tilbakefall av psykiske problemer (Granerud & Severinsson, 2006). Jeg tolker det derfor slik at det er mulig å forebygge ensomhet og tilleggsbelastninger blant eldre ved å finne en arena som gir fellesskap og meningsfulle aktiviteter. Dette bekreftes av flere deltakere. I følge Dahl (2012) kan ensomhet bli en like sterk risikofaktor for hjerte- og karsykdommer som røyking og mangel på fysisk aktivitet. Forebyggende tiltak i form av stimuli blir viktig for eldre med depresjoner og andre psykiske forvirringstilstander hvor kommunikasjon brukes som stimulus (Heap, 2002).

Endret søvnmønster (9)

Alle deltakerne tenker søvnevansker er ganske vanlig og at det er aldersbetinget. De sier søvnmønsteret forandrer seg med årene og at man ofte har et mindre søvnbehov. Flere deltakere sier eldre våkner tidligere om morgenen. En deltaker prøver å definere et søvnproblem hvis man sover mindre enn 6 timer. Han mener mange eldre sover litt på ettermiddagen og da blir det over 6 timers søvn i døgnet. En annen deltaker sier at hvis man er deprimert, så er det veldig tungt å ligge våken å gruble og man kan da bli trett på dagtid. Slitasjegikt og smerteproblematikk kan også trigge søvnevansker, i følge en tredje deltaker.

En deltaker sier følgende:

”..så er det nok mange eldre som opplever at de sover dårlig og med det så tenker jeg at det har med hyppig oppvåkning å gjøre da.. ikke nødvendigvis innsovning..”

En annen deltaker sier:

”Ofte henger det sammen – har du søvnevansker og er deprimert, så er det veldig tungt å ligge våken å gruble og man kan da bli trett på dagtid.”

Kommentar:

Jeg tolker det slik at det er en naturlig utvikling at man trenger mindre søvn med årene og at det er mulig å løse det på andre måter enn medikamenter. Folkehelseinstituttet (2011) viser til at når pasienter lider av søvnevansker, så er legemiddelbasert behandling vanlig. Men senere forskning viser at kort- og langtidseffekten blir bedre uten medikamenter. Det viser seg av denne forskningen at 70-80 % av de søvnløse vil ha varig nytte av kognitiv atferdsterapi. Terapien består av enkle teknikker som kan utføres av fastlege og/eller annet helsepersonell. I følge Laake (2003) er det flere årsaker til kronisk bruk av sovemidler. Søvnmonsteret endres, eldre sover mer på dagtid og man kan ha ulike helseplager som påvirker søvnen. B-preparater kan føre til toleranseutvikling og fysisk avhengighet. Depressive symptomer, fall og forvirring settes i sammenheng med langvarig bruk av B-preparater hos eldre. Bruset & Tveiten (2001) viser til at B-preparater kan føre til en ytterligere forstyrrelse av søvnrytmen. Antidepressiv og allergimedisin brukes som sovemidler og gir ikke avhengighet, men virketiden er lang, derfor kan de føre til tretthet.

Det er forebyggende råd mot søvnproblemer, blant annet å unngå kaffe før sengetid, å mosjonere regelmessig, men ikke rett før sengetid. Man bør også unngå tunge og sterke kveldsmåltider, ha et godt soveromsklima og unngå alkohol, som ofte gir dårlig søvnkvalitet. Det som også kan være til nytte før sengetid er å lytte til dypere avslapning på lydbånd. Melk og honning er et godt kjent husråd som for mange virker avslappende.

Trygge rammer (3)

En deltaker sier at noen har problemer med angst hele livet og har vært brukere av beroligende medisiner for dette hele livet. En annen deltaker sier mange er alene hjemme med angst og uro og at de da velger å bruke sovemedisiner og beroligende.

En deltaker:

”Har du har angst, så spørs det om man våkner av angsten eller om du får angst når du er sliten.”

Noen flere sitater fra deltakerne om utrygghet:

”Vi har jo veldig ofte regelmessig kontakt med disse eldre, for de har jo en del kroniske sykdommer, så kropp og sjel går på en måte hånd i hånd. Da er det viktig å ha oppi hodet at her finnes det noe tilbud, så det er en utfordring.”

”Det med angsten tror jeg vel så mye er utrygghet. Jeg tror man kanskje blander litt de begrepene at de får diagnosen eller at man tenker de har angst, men det er veldig mye utrygghet blant gamle.”

Kommentar:

Berge & Repål (1997) viser til at ordene frykt og angst brukes om hverandre. I dagligspråket er det et visst skille mellom begrepene. Angst og frykt kan være ubehagelige følelser, men det er også meningen med disse opplevelsene. Å ta smertestillende medikamenter ved å bare forholde seg til smerte er farlig på samme måte som angst ikke er noe som skal fjernes for enhver pris.

En deltaker:

”...Jeg er ikke sikker på om de nødvendigvis har så mye angst, det synes jeg er mer et yngre fenomen. Men de har mer utrygghet – det er jo en slags angst, men utrygghet er mer passende. De har ikke sosialangst eller prestasjonsangst og sånne ting, men angst for å være alene, angst for å legge seg, angst for innbruddstyver. Jeg tenker, det er ikke angst i medisinsk forstand, men utrygghet.”

Kommentar:

I lys av Antonovskys teori (2000) forstår jeg det slik på deltakerne at tid og tålmodighet er viktig for å skape trygghet for pasienten. Ved å unngå handlingslammelse og gjøre en i stand til å håndtere sine utfordringer vil trygghet i relasjonen kunne styrke opplevelsen av sammenheng. For enslige eldre er trygghetsalarmen et viktig hjelpemiddel for at de kan bo hjemme. Den skal derimot ikke erstatte menneskelig kontakt (Laake, 2003).

4.2 Diskusjonstema

I det andre spørsmålet ble fastlegene spurt om dette kan være et diskusjonstema med ulike synspunkt når fastlegene møtes.

Alle deltakerne bekrefter at dette er et diskusjonstema og at de har regelmessige møter.

Kollegamøter (9)

Tre deltakere sier de har regelmessige internmøter for alle fastlegene på legekantoret. På disse internmøtene diskuteres det meste, men mye går på det å takle press, håndtering og hvordan ha en god oppfølging av den enkelte pasient. To deltakere sier alle fastlegene i kommunen har fredagsmøter en gang i måneden hvor ulike tema blir tatt opp. En deltaker sier de er pliktet til å ha kollegagrupper jevnlig for å opprettholde spesialiteten. Tre deltakere sier de som jobber på sykehjem også har ulike temamøter som ledd i det å være sykehjemslege. To ganger hvert halvår møtes de i et sykehjemsforum hvor dette er et tema

Liten tid til diskusjon (1)

En deltaker sier det er liten tid til å diskutere med kollegaer i den daglige praksis.

Kommentar:

I følge Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) er det viktig å få snakket trygt med kolleger hvis man har opplevd noe sterkt på legekantoret. Dette er med på å forebygge utbrenthet og kynisme. Kravet om at legen i klinisk arbeid skal være saklig objektiv kan skape forestillinger om at følelsesmessige reaksjoner er upassende. På en faglig og forsvarlig måte må også legen få håndtert sine allmennmenneskelige reaksjoner.

Kompetanseheving (9)

Tre deltakere sier de som en del av allmennspesialistutdanningen går på kurs hvor tema kan være psykiatri i sin helhet. To deltakere sier de har regelmessige kurs om angst og depresjon. Fire deltakere sier fastlegene går på regelmessige resertifiseringskurs, blant annet om tema vedrørende eldres plager og medisiner og behandling av eldres plager.

Kommentar:

Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til hvor viktig kollegastøtte og intern samhandling er og sier det er en lederutfordring å sikre rom for uformelle samtaler og effektive møter mellom kollegaene. Ukentlige morgenmøter og faglige emner med kollegaer kan for eksempel bidra til å komme igjennom harde arbeidsuker på legekantoret. Sosiale sammenkomster som julebord og turer bidrar til nødvendig lagånd.

Spille på lag (2)

En deltaker sier følgende:

”Det er vanskelig å overta en praksis, det må jo en mentalitetsendring til!”

Samme deltaker opplever at de får en påminnelse av og til. Det hender de har yngre kolleger som har prøvd å gå inn i en praksis hvor det er høyt forbruk av B-preparater. De kjenner ikke pasientene og de har prøvd å få de til å kutte ned på det, men det viser seg å være vanskelig å være doktor da. De har kommet i en vanskelig situasjon, for på den ene siden har man en samvittighet og har lært at forbruket skal begrenses, samtidig som man har en praksis med mange storforbrukere. En deltaker sier det er viktig å spille på lag slik at pasienten ikke kan shoppe tjenester å vite at får man ikke der, så kan man bare gå til neste lege. Noen deltakere sier det nå er vanskelig å shoppe tjenester etter at E-reseptordningen trådte i kraft.

Kommentar:

Jeg tolker at et godt kollegasamarbeid og det å spille på lag er viktig i hverdagspraksis. Samtidig er det flere utfordringer på veien, for eksempel tidspress og nyansatte som får utfordringer når de skal overta ”gamle” pasienter. Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til at pasientlistelengden må være tilpasset pasientlistetyngden, at det er samsvar mellom egen kapasitet og egen trening.

Styrke kommunesamarbeid (2)

To deltakere ga tydelig uttrykk for at de savner bedre samarbeid med kommunen. Disse synspunktene kom frem fra de to deltakerne:

”For å få godt samarbeid mellom lege og hjemmesykepleie, så er det viktig at det er kvalitet i hjemmesykepleien. Men jeg er bekymret for den utviklingen jeg har sett de seineste årene.”

”Det er viktig med kvalitetsarbeid og kompetanse i feltene og ikke bare sitte inne på kontorene og administrasjonen.”

Kommentar:

Et bedre kommunesamarbeid tolker jeg er noe som må arbeides med kontinuerlig. Lemvik (2006) viser til at for å dekke mangfoldet i de ulike tjenestene innen psykisk helsearbeid er det behov for ulik kompetanse. Ved å bruke tid og ressurser til kompetanseheving og ved å videreutvikle seg og dele sine fagkunnskaper med kolleger i kommunen kan man sette kvalitet på dagsordenen. Man kan arbeide mer målrettet og bevisst for å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunen. Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til at fastlegers samarbeid med hjemmesykepleien og kommunal psykiatritjeneste er viktig og at det må settes opp faste møter med de i semesterplanen.

4.3 Nasjonale retningslinjer

I det tredje spørsmålet ble deltakerne spurt om hvilke tanker de har gjort seg om de nasjonale retningslinjene i forhold til utdeling av vanedannende medikamenter (B-preparater) mot søvnevansker, angst og depresjon.

Det kom frem ulike syn fra deltakerne vedrørende ansvars- og maktaspektet i forhold til blant annet bruken av retningslinjene. Alle deltakerne tenker det er bra med nasjonale retningslinjer i forhold til utdeling av B-preparater, men at det kan være vanskelig å følge disse. Noen deltakere innrømmet at de ikke husker retningslinjene og at de ikke har de fremme på pulten. De blir ofte stående i store permer. Flere ga uttrykk for at det ikke er enkelt å praktisere disse i en praktisk hverdag. En deltaker sier det er et gap mellom virkeligheten og de retningslinjene.

Et par utsagn fra to forskjellige deltakere kan bli med på å utdype dette:

”Retningslinjer blir retningslinjer og de er velmenende og krever ressurser som ofte da i tilfelle ikke finnes, men det er veldig greit å ha retningslinjer slik at på en måte disse medisinene ikke blir førstevalget, men det er de aldri.”

”Retningslinjer er vel og bra, men de er tenkt på gruppenivå, uti fra ofte andre hensyn. De har en begrenset verdi.”

Kommentar:

Et gammelt ordtak heter at det er den som har skoen som kjenner hvor den trykker (Lemvik, 2006). Jeg tolker det slik at de nasjonale retningslinjene ikke er dynamiske nok til å brukes for deltakerne i deres hverdagspraksis. Det går mye på individuelle behov og tilpasning av hver enkelt pasient. Skjønn må brukes. Jeg reflekterer over at kanskje retningslinjene burde utarbeides på en enklere måte slik at det er lettere for deltakerne å bruke disse i sin hverdag. Hvis det er mye A4 og firkantede regler som skal gjelde alle, så vil det bli vanskeligere for deltakeren å hjelpe pasienten. I følge Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) skal man stole på det terapeutiske potensialet som den kliniske samtalen har. Utfordringen blir å foreta en forsvarlig faglig vurdering og å respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Det kan også være utfordrende å sette grenser for pasienten.

En deltaker sier retningslinjene som kommer ofte er preget av en spesialisttankegang av litt firkantet tenkning som gjør at det ikke er like enkelt å praktisere disse i en praktisk hverdag.

Denne deltakeren sier:

”De får ikke sove, de har denne angsten og det er ikke alt med dette som kan behandles bort.”

Deltakeren sier videre at pasienten kan lære seg til å tenke annerledes, noe som deltakeren tenker er viktig i *samtale* med pasienten.

Kommentar:

Slik jeg forstår deltakeren vil han på bakgrunn av sin forståelse og omsorg ta en samtale om det vanskelige sammen med pasienten og på den måten få bekreftet pasientens følelser i forhold til pasientens grunnleggende behov. Deltakeren sier videre at i den tosidige samtalen mellom lege og pasient er det viktig å få skreddersydd ting og tang i personnivå. Deltakeren sier tilnærmingen er personrettet. Jeg forstår deltakeren slik at hvis pasienten får hjelp til å sortere ting, så vil det bli lettere å gripe fatt i den vanskelige situasjonen og livet sitt. I lys av Schibbyes relasjonsforståelse (2004) understreker dette betydningen av å bli møtt med anerkjennelse, trygghet og respekt. Deltakeren sier også at pasienten kan lære seg til å tenke

annerledes. Dette viser betydningen av det å få hjelp til å ta tilbake kontrollen. I lys av salutogeneseperspektivet handler dette om håndterbarhet (Antonovsky, 1996;2000).

Folkeopplysning (4)

En deltaker sier retningslinjene er fornuftige og fine, men at det fort kan bli en ”festtale.” Han mener det er veldig viktig med generell folkeopplysning rundt det her slik at folk vet om behandlingstiltak før de kommer til legen og nærmest har en bestilling med seg. Denne deltakeren sier videre at det er vanskelig å få alle de pasientene som bruker vanedannende sove- og/eller angstmedisiner til å bruke alternativ medisinering. Deltakeren sier det brukes mye energi på det, men det fungerer relativt dårlig. En annen deltaker mener det er et gap mellom virkeligheten og retningslinjene. Han sier det nær sagt må en folkeaksjon til, men at retningslinjene er greie å ha å henvise til.

En deltaker:

”Det er ikke noe å snu på kort tid. Da tror jeg man må legge det fra de samme som har laget retningslinjene. På det nivået der må man lage en strategi for hvordan forbruket skal ned i befolkningen også, ja, en form for kontroll og sånn med utskrivning og sånn på en annen måte.”

Kommentar:

Almvik & Borge (2008) viser til Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid hvor man gjennom informasjon, kunnskap og viten skal få større kontroll over egen helse. Slik jeg forstår deltakerne over gis det uttrykk for at det bør lages en ny landsstrategi for å få ned forbruket av B-preparater.

En annen deltaker ser at det kan bli et stort problem i fremtiden for de som bruker B-preparater i dag:

”B-preparater kan bli et stort problem i 10-15 år fremover for de som er middelaldrende og bruker det i dag.”

Sitat fra to av deltakerne:

”Informerer eldre om at det har blitt politikontroll for medisiner/tabletter. Førerkortet kan bli fratatt ved bruk av spesielle sterke medisiner.”

”Hvis de er såpass oppegående at de kjører bil, så har vi fått en god hjelp. Vi har fått en liste fra Fylkeslegen om legemidler og grenser for hvor mye man kan bruke for å kjøre bil. Med så og så mye kan du kjøre, med så og så store doser må du søke dispensasjon, da får du det kanskje..Det er ikke så veldig store dosene som skal til og i hvert fall ikke hvis du bruker to forskjellige preparater. Si at du bruker en smertestillende Tramagetic eller Tramadol eller sånt, også bruker du Immovane eller kanskje en Sobril, da blir det ikke mye bilkjøring. Da slutter folk!”

Kommentar:

Jeg forstår deltakerne over at de har et stort ansvar i forhold til å informere sine eldre pasienter om varsomhet i forhold bilkjøring og bruk av B-preparater. Deltakerne uttrykker tydelig det ansvaret de har i forhold til det å gi informasjon om bilkjøring og bruk av medikamenter. Det kommer tydelig frem at førerkortet er en viktig del av pasientens liv. Berge & Repål (2006) viser til at det ikke er tillatt å kjøre bil under påvirkning av B-preparater. Slik jeg forstår det, så viser dette at deltaker må gi tydelig informasjon til pasienten om grenseverdier i forhold til bilkjøring og bruk av B-preparater. Det blir pasientens ansvar å overholde dette. I januar 2013 ble det innført medikamentkontroll av bilførere (Folkehelseinstituttet, 2012).

Tar det opp som tema og er restriktiv (4)

En deltaker sier han generelt sett er ganske streng med B-preparater, spesielt med unge. Deltakeren sier det er vanskeligere å slutte med B-preparater hos eldre og er derfor mindre streng med eldre. Dette fordi den eldres forbruk har vært stabilt i mange år og det er

normaldoser de får og ikke kjempedoser som blant misbrukerne. Samtidig vet deltakeren at det ikke er anbefalt å bruke B-preparater over lengre tid. Deltakeren sier det er for korte terapier. Han mener derimot at han bør finne andre ting mot for eksempel søvnvansker som ikke er så vanedannende og forsøker så godt han kan å være restriktiv, men innrømmer at han godt kunne hatt et større fokus på det hos eldre. Han sier det er lett å fortsette å foreskrive når det er en sovemedisin om dagen og kanskje Sobril om dagen. Da lager han ikke noe stort problem ut av det, men presiserer at han strammer fort inn hvis det skjer en økning.

En annen deltaker sier de eldre stort sett klarer å holde det stabilt. Deltakeren sier han tar det opp som et tema sammen med pasienten for på denne måten å holde forbruket nede. Deltakeren strammer inn foreskrivningen hvis han ser at det skjer en økning.

En av deltakerne:

”Ja, jeg tror det er mye å gjøre i forhold til det med foreskriving av vanedannende medisiner hos eldre.”

En annen deltaker:

”Vi må nok erkjenne at vi har litt skyld i det selv også, i en travel hverdag, så kaster vi kanskje en eske tablett eller to ut til noen pasienter som er i krise uten å si at det her, husk det at den ene, du får bare en eller to ganger.”

Kommentar:

Deltakerne gir uttrykk for at de prøver å være restriktive med hensyn til foreskriving av B-preparater, men en deltaker erkjenner at en travel hverdag kan forandre dette. Jeg tolker det slik at det å gi tid og rom for samtale kan være med på å forebygge foreskriving av B-preparater. Deltakeren kan støtte opp om pasientens egne evner til å løse problemene. Deltakeren kan om nødvendig bruke sin kunnskap og komme med råd (Bjelland et al., 1994). Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til ”det syvende budet” av de 10 kjørereglene om B-preparater. Det syvende budet sier at dårlig tid ikke skal styre

handlingsvalget. Man kan si at dette blir for vanskelig å ta opp der og da og tilby pasienten å komme tilbake dagen etter.

4.4 Tid til pasienten

I det fjerde spørsmålet ble fastlegene spurt om hvilke tanker de har gjort seg ved en situasjon der en pasient trenger tid til en lengre samtale med deg og du har flere pasienter på venterommet?

Alle deltakerne gir uttrykk for at de ikke sender ut pasienten med en resept i hånden uten at de har fått en samtale. En deltaker sier den første samtalen nødvendigvis ikke trenger å være så lang, men deltakeren får greie på hva det dreier seg om. Ut ifra det kan noen trenge en lengre samtale med det samme og/eller en samtale igjen om noen dager. En annen deltaker gir uttrykk for at de tar seg tid. En tredje deltaker sier at hans pasienter som venter vet at denne gangen var det den som trengte det, men neste gang, så kan det være den som venter. En deltaker sier hvis en pasient kommer med en trist historie, er dypt deprimert og/eller har mye angst, så lar han de andre pasientene vente.

En annen deltaker:

”Jeg pleier å ta meg tid og er litt kjent for det å ta litt lang tid, jeg får jo pepper for det også vet du..noen kollegaer er veldig flinke til å kaste ut pasienten etter et kvarter uansett, men jeg greier ikke avgrense tiden.”

En tredje deltaker:

”Hos oss kommer de alltid inn på dagen. Det er ikke slik at man får en resept på Sobril, også kan du komme igjen en annen dag. Sånn er det aldri. Jeg har alltid samtale med pasienten. Vi får alltid til plass for det.”

Kommentar:

I følge Røkenes & Hansen (2007) er det helsebringende relasjonsarbeid man får ut av en godt fungerende samtale. Før du har møtt noen, så kommuniserer du og måten man hilser på forteller hvordan relasjonen oppfattes.

Ventetid en stressfaktor (2)

En deltaker gir uttrykk for at det er en stressfaktor både for hans pasienter på venterommet og for deltakeren selv som fastlege at det blir lang ventetid.

En annen deltaker gir uttrykk for at han opplever samvittighetskonflikter og må styre disse timene til bedre tider hvor man kan sitte litt tilbakelent i stolen og snakke sammen og få ting litt opp.

Kommentar:

Kari Malterud viser til at som nyutdannet lege var hun ofte forsinket, men at dette gikk bedre etter hvert. Det settes som regel av 15-20 minutter til en legekonsultasjon. Det beregnes kortere tid for akuttimer, mens psykiatrisamtaler kanskje tildeles en dobbeltime. Hun sier tiden virkelig blir satt på prøve den dagen alle pasientene trenger noe ekstra tid, selv om man i utgangspunktet alltid ønsker å gi sine pasienter den tiden som trengs. Det kan fort komme inn i en ond sirkel der pasienten alltid kommer for sent. Av respekt for pasientene må man prøve å unngå forsinkelse og vurdere riktig prioritering. Utbrenningsrisikoen for en evig forsinket allmennpraktiker er høy (Malterud, Nesa, Stensland & Thesen, 2006).

Setter opp ny time (9)

Alle deltakerne setter opp ny time ved behov. Om nødvendig, så setter de opp en ny time i nær fremtid.

En deltaker sier han ikke har så lang venteliste, derfor kan han sette opp ny dobbeltime i løpet av kort tid. En annen deltaker sier han blir forsinket og prøver å sette opp en

dobbeltime. En deltaker sier han ser på hvor akutt det er. Er det et problem som pasienten har gått med i måneder eller år, så må det ikke skje noe der og da. Da kan det heller settes opp en dobbeltime i nær fremtid.

En deltaker:

”Egentlig, nå er det en del forskning som viser at en samtale utover en halvtime kanskje ikke har noen terapeutisk effekt.”

En annen deltaker:

”Jeg har innrettet min dag slik at hvis det kommer en som trenger mye tid inne på en time som ikke har plass, så sier jeg at dette er så viktig at dette må vi sette av bedre tid på, så gir jeg ny time med langt bedre tid”.

Kommentar:

Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) sier svenske forskere har funnet at det ikke er minuttene som teller. Lengre konsultasjoner gir ikke nødvendigvis bedre tilfredshet. Erfaring fra psykiatrien viser at det kan være en fordel med tidsknapphet for fastleger med medisinsk rammebetingelse. Man kan som lege si til pasienten at et problem fortjener grundigere gjennomgang på toppen av andre ting. Dette kan oppleves som en anerkjennelse for pasienten og ikke nødvendigvis et problem og det kan settes opp en ny time ikke for langt frem i tid.

Henviser videre (4)

Flere deltakere sier de forsøker å ta opp sentrale ting. En deltaker sier det gjøres en rask kartlegging og sortering for å se om det er noen som kan henvises videre til poliklinikk eller om pasienten skal komme igjen om noen dager for å snakke mer.

Kommentar:

Ved behov kan behandleren henvise pasienten til andre relevante hjelpeinstanser (Bjelland et al., 1994). Heap (2002) har erfaring med bruk av samtalebehandling med mennesker i alderen 63-82 år med henblikk på å finne uforløste kriser og tap. Disse eldre menneskene er tilbaketrukket og har nedsatt funksjon og er henvist fra for eksempel privatpraktiserende leger.

Krise (5)

Flere deltakere sier noen pasienter trenger noe å sove på hvis de er midt i en livskrise. Noen har kanskje mistet sin ektefelle og skal i begravelse. Andre har ikke sovet på flere døgn.

Sitater fra to deltakere:

”Hvis man har vært borti et dødsfall eller en voldtekt, så ville jeg tatt samtalen samme dag. Jeg skiller på det, men jeg er nok tilbøyelig for å styre tida. Også er det av respekt for de som kommer med problemet. Jeg prioriterer også å flytte timer.”

”Jo, med oppegående ikke-demente, så prøver man å snakke med de og tilby alternativer til medikamenter. Alltid prate med de at det beste er å ikke starte. Noen får en liten pakke til å bruke hvis det er krise, men ikke regelmessig.”

Kommentar:

Deltakeren viser til at han tar seg god tid til samtale med pasienten ved plutselig inntrufne hendelser og livsfaser knyttet til kriser. I en slik situasjon er det viktig å ha noen å snakke med som pårørende og/eller behandler når man skal gjennomgå de ulike sorgfasene. På denne måten kommer de fleste seg igjennom krisen. Medikamenter kan hindre krisebehandlingen, men ved søvnevansker kan det være nødvendig å bruke medikamenter for en kortere periode slik at pasienten får søvn og hvile (Bjelland et al., 1994). Heap (2002) viser til alderdomsforvirring og uadekvat adferd kan forveksles hos eldre i en krise fordi man

i en krise kan oppleve en form for persepsjonsforvrengning. Både medikalisering, distansering, bagatellisering, fornektning og beroligelse av kriser innebærer undertrykkelse av følelser og er ulike forsvarsmåter. Jeg tolker det derfor slik at det er viktig for den eldre å få snakket ut om det vanskelige.

4.5 Alternative tilbud i kommunen

I det femte spørsmålet ble fastlegene spurt om hvilke alternative tilbud de kjenner til i kommunen (Noen eksempler: forebyggende arbeid, samtale, hjelp til assistert selvhjelp ved bruk av bøker, brosjyrer og internettbaserte programmer, terapi, fysisk aktivitet (Grønt kort), kostholdsveiledning og/eller nettverkstilbud)?

Alle deltakerne ga uttrykk for at kommunen har ulike tilbud til eldre. En deltaker synest det er vanskelig å følge med på alle tilbudene, da de skifter hele tiden og det er mye forskjellig. En annen deltaker mener det blir et begrenset tilbud for de aller eldste. For de eldre mellom 67 og 80 år kan kostholdsveiledning i forhold til overvekt være aktuelt, men for eldre over 80 år kan undervekt være et stort problem.

Nettverksbygging (9)

Noen deltakere sier noen av deres pasienter ikke vil eller klarer å gå på for eksempel dagavdelingen på sykehjemmet. En deltaker sier han forsøker å motivere pasienten, men at det ikke lett når pasienten har sosial angst og har problemer med å være sammen med andre. Denne deltakeren mener en privat rengjøringshjelp eller privat omsorgstjeneste kan fungere som en viktig sosial agenda. Deltakeren forsøker også å motivere pasienter til å ta opp igjen private interesser da det finnes ulike interesseforeninger.

Flere deltakere fremhever Røde Kors besøkstjeneste og frivillighetsarbeid. En av disse deltakerne sier han snakker mye med pasienten om det finnes slike tilbud der han bor. Å forebygge ensomhet kommer frem hos flere deltakere som noe av det aller viktigste for å forebygge både fysiske og psykiske plager:

”Mye mindre sykdom hvis de slipper å være ensomme og leve litt sosialt. Ofte snakker man jo mye med pasienten om det er noe der du bor. Er det noe

frivillighetsarbeid man kan være med på eller noe foreninger eller lag. Røde kors besøkstjeneste bruker vi en del. Noen kan ha det i tillegg til hjemmetjenesten.

Deltakeren legger til at en slik besøkstjeneste fra Røde kors kan være et tilbud i tillegg til vanlig hjemmesykepleie.

En deltaker sier det er sjelden han anbefaler bøker, brosjyrer og internettjenester for eldre, men heller bøker og lydbøker.

Kommentar:

Lemvik (2006) viser til Garborgs ord om å skape gode livsvilkår for alle. Dette tolker jeg er viktig i psykisk helsearbeid og i denne sammenheng for eldre som trenger et nettverk. Et godt samarbeid mellom bruker, pårørende og hjelpeapparatet er viktig for å skape dette. Å danne brukerforum og pårørende grupper kan være med på å skape nettverk.

Rehabiliteringstilbud (3)

Det kommer også frem at det å gjøre noe med livssituasjonen i sin helhet kan bidra til et mer verdig liv, for eksempel et rehabiliteringsopphold i en periode:

”Antidepressiv hvis det er nødvendig eller gjøre noe med livssituasjonen i noen situasjoner. Kanskje kan du komme på dagavdeling, noe som kan lysne opp litt. Ernærings situasjon osv. Det som jeg opplever som et problem er mange ganger at man ser jo veldig godt at et ensomt menneske som spiser dårlig og har angst burde få sånn og sånn hjelp, burde kanskje vært på et godt utrustet rehabilitering et par uker hver 6. uke, men tilbudet er jo ikke der. Ja, det finnes slike fine rehabiliteringsavdelinger, men kriteriene for å komme inn og hvor ofte du for komme dit er for dårlig.”

”...så vidt jeg vet, så er det ikke så veldig mye som er rettet mot gamle mennesker. Så er det å søke på korttidsopphold på sykehjem, men for det første må du være ganske dårlig for å komme inn der og hvis en som er helt klar i toppen kommer dit og

kanskje har forventninger om å få trent seg opp og være litt sosial, så er de ofte veldig skuffa når de kommer tilbake igjen, for de blir sittende mye alene, får kanskje litt dårlig mat, ikke noe trening, ikke noen aktiviteter i det hele tatt..”

Kommentar:

Jeg tolker det slik av deltakeren at ressursmangel kan føre til at pasienten ikke får den opptreningen den har behov for. I følge Hesselbo & Maaløe (2006) viser flere undersøkelser at sykelighet og dødelighet hos eldre har betydning i forhold til sosiale relasjoner. Sosial isolasjon kan forsterke immobiliteten og føre til en enda mindre sosial kontaktflate. Dette kan gi økt sykelighet. Et tverrfaglig team kan danne seg et helhetsbilde av pasientens behov slik at pasienten kan få et nyansert tilbud.

Grønn resept (9)

Flere deltakere fremhever grønn resept og spesielt en av deltakerne sier den blir flittig brukt og mener dette er det beste tilbudet som finnes. En deltaker fremhever pust- og pesgrupper og fallprofylakse som fine tilbud i kommunen. Deltakeren får gode tilbakemeldinger fra sine pasienter som benytter seg av disse tilbudene og mener dette er et tilbud som skulle vært utvidet. Pasientene kommer seg trygt frem og tilbake med drosje og etter treningen drikker deltakerne i gruppen kaffe sammen. På denne måten får de et helhetlig aktivitetstilbud

Flere deltakere henviser sine pasienter til fysioterapi. En av disse deltakerne sier han foreslår fysioterapi og aromaterapi for pasienter med nakke- og skulderplager og gangvansker. Denne deltakeren sier også at han gir kostholdsveiledning for de som trenger det, for mange eldre sliter med overvekt.

Kommentar:

Helsedirektoratet (2011) viser til muligheten til å bruke Grønn resept på Frisklivssentralen i kommunen. Det tolker jeg som et svært godt tilbud, men det er ikke alle kommuner som har Frisklivssentral. I følge Almvik & Borge (2000) har mange erfart at en treningstur gjør en mer avslappet og rolig. Vitenskapelige undersøkelser viser at angst- og spenningsnivået synker etter fysisk trening. Ved panikklidelse viser fysisk aktivitet seg dokumentert effektiv. Fysisk aktivitet alene kan være godt nok for pasienter med generalisert angstlidelse (panikklidelse). Forskning viser at mildt eller moderat deprimerte mennesker er i dårligere fysisk form enn normalbefolkningen. De som driver regelmessig fysisk aktivitet blir sjeldnere deprimerte enn fysisk inaktive. Det viser seg at fysisk aktivitet har en antidepressiv effekt for pasienter med milde til moderate depresjoner og medfører like stor reduksjon i depressive symptomer som blant annet ulike former for samtalebehandling. (Folkehelseinstituttet, 2011).

Å være tilstede (2)

Jeg forstår det slik at deltakerens eller behandlerens personlige trygghet i samtalen med pasienten kan ha stor innvirkning på relasjonen og det å være tilstede i seg selv i en samtale kan ha like stor effekt som medikamenter (Schibbye, 1998). Det trenger heller ikke være bare deltakerens eller behandlerens trygghet som kobles inn, men familie og andre personer kan også bidra til trygge pasienten. I lys av Antonovskys teori vil adferd preget av retning, styrke og utholdenhet gi en mer personlig meningsfullhet i livet (Antonovskys, 2000). En deltaker kommer med en fin, liten historie som styrker dette:

”Det var en gammel dame som hver 14. dag alltid møtte med noe nytt - alltid en ny plage. Vi ble jo så forvirret, for vi fant jo ingenting. Men så ble vi enige om at hun kunne godt komme, men hun behøvde ikke å feile noe. Det var veldig greit. Hun pratet om familien og det skjedde noe. Hun dro på kafe med datteren osv. Hun måtte komme med noe som interesserte meg, så hun hadde et påskudd om å være her. Det var vondter her og der. Så vi ble enige om at hun skulle komme selv om det ikke feilet henne noe.”

Kommentar:

For en god og riktig behandling er betydningen av å forstå pasienten viktig (Schibbye, 1998). Uttalelsen til denne deltakeren forstår jeg handler om en form for hjelp til selvhjelp, det at kunnskap og forståelse vil bidra til at pasienten i større grad kan hjelpe seg selv (Almvik og Borge, 2008). Dette forklares også i salutogeneseperspektivet. Dette forstår jeg handler om å bygge på de positive ressursene hos pasienten slik at sykdommen ikke blir det eneste perspektivet (Antonovsky, 2000). Folkehelseinstituttet (2011) viser til at ved moderate påkjenninger kan pasienter med kronisk angst få en oppblomstring. Støttesamtaler vil da ofte være av verdi. Ved at den utløsende situasjonen er avklart og reaksjonen bearbeidet ser man ofte at symptomene opphører eller bedres og at egen mestringsevne gjenvinnes. Ved panikkangst kan det anbefales støttesamtaler kombinert med angstmestringstiltak eller antidepressiva.

Å lytte og forstå (5)

En deltaker sier følgende:

”...jeg tar alltid en orntlig samtale om for og imot B-prep. Sobril og Vival og dette her sammenligner jeg ofte med alkohol. Det føles godt å ta det, du får en ganske rask effekt, men så får du også denne effekten at du vil ha mer, du vil ha den igjen, for det var så godt å ta det. Også løser det ingen problemer. Jeg prøver å komme i dialog, men klart, får jeg en pasient som står på masse sånt, så tar jeg det aldri bort med en gang, men jeg går i en dialog og sier dette må vi prøve å finne andre løsninger på”.

En annen deltaker savner en psykiatrisk sykepleier på sykehjemmet. Han sier flere eldre står på mye medikamenter og det kan være tvilsomt i hvor stor grad disse virker. Deltakeren får tilbakemelding på at sykehjemmet ikke har nok ressurser til aktivisering av de eldre. Han sier flere eldre sitter og sover i gangen, men det er også de som er våkne og ønsker å prate. Han tilføyer at det er sjelden disse eldre finner noen som tar seg tid til å lytte til dem.

En tredje deltaker gir uttrykk for at han mangler oversikt over hvilke hjemmesykepleiesoner i kommunen som har psykiatrisk sykepleier. Deltakeren tenker da at en pasient kan få et tilbud fra hjemmesykepleien som faktisk går på samtale.

En fjerde deltaker forteller om en dame med mye angst og på grunn av det torde hun ikke å ha en Røde kors besøksvenn, men å snakke med noen i Kontakttelefonen fungerte.

En femte deltaker sier følgende:

”Dette har jo med summen av livet å gjøre – summen av erfaringer. Livet som er levd, de tanker og bekymringer man har, altså, foreldre er jo foreldre hele livet. De bekymrer seg for barn og barnebarn, de bekymrer seg for en syk ektefelle, ikke sant, så det er jo sånn og i tillegg til det, så er det jo det med det kroppslige forfall som normal aldring representerer. En ser at man på slutten av livet har kortere tid igjen og alt dette her. Dette er jo veldig sammensatt og har jo med det eksistensielle å gjøre – livets usikkerhet.” (..)Det vestlige, moderne postindustrielle samfunnet hyller ungdommen og livet. Så det å ta opp døden til diskusjon og refleksjon og på en måte forsone seg med at livet nærmer seg slutten, det er ikke for mange bare enkelt..til forskjell fra Østen, hvor døden er en del av livet.”

Kommentar:

Dette bekrefter at pasientene har ulike individuelle behov og at det å ha noen å snakke med og som kan lytte til de er betydningsfullt. Dette forstår jeg handler om å fokusere på egne ressurser og å skape endring. Alle deltakerne gir uttrykk for at det er viktig å møte pasienten der han er. Jeg tolker det slik av deltakerne at bekreftelse for sine følelser og behov er viktig (Schibbye, 2006). Folkehelseinstituttet (2011) viser til at ved depresjon er støttesamtaler viktig både for å sikre riktig medikamentbruk og for at pasientens tro på bedring opparbeides.

Nettbasert oversikt over aktiviteter i kommunen (1)

En deltaker savner en nettbasert og lett tilgjengelig oversikt over aktivitetstilbudene i kommunen slik at fastlegene kan holde seg oppdatert og slippe mange forskjellige brosjyrer på skrivepulten. Deltakeren mener at dette kan være med på å forebygge oppstart av

medikamenter fordi man for eksempel raskt kan finne et dagtilbud for en pasient med kroniske plager.

Kommentar:

For å lage tilgangen til kommunale tjenester så enkel som mulig, så har mange kommuner laget servicetorg (Lemvik, 2006). Jeg reflekterer over at disse servicetorgene også har nettsider hvor man kan laste ned ulike tilbud i kommunen. Jeg tolker det slik at jo lettere nettilgangen er for deltakerne for å finne ulike aktivitetstilbud, desto bedre vil det alternative tilbudet til B-preparater være for pasienten.

4.6 Behandling i fremtiden

I det sjette spørsmålet ble fastlegene spurt om hvilke tanker de har gjort seg om hvordan behandlingen av søvnevansker, angst og depresjon kan bli i fremtiden.

Alle deltakerne var opptatt av forebyggende arbeid i form av å unngå å skrive ut vanedannende preparater til unge og middelaldrende, da dette kan bli problematisk å slutte med etter hvert som de blir eldre.

Kommentar:

Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til at bekymring kan påskynde sykdomsprosesser. Samtidig som medisiner forebygger sykdom er det forventninger om at sykdom skal forebygges. Det vises til det ”tiende bud” og kjøreregel som sier at den absolutte sannhet ikke finnes. Det kan være rett i et perspektiv å foreskrive B-preparater, men galt i et annet. Man må minne seg selv om å stå for den praksisen man har.

Jeg forstår det slik av denne deltakeren at forebyggende helsearbeid handler om å spre kunnskap:

”Jeg tror at kunnskapen ut til befolkningen må bli mye større og at det ikke er først og fremst medisiner som mangler.”

En annen deltaker sier følgende:

”Det er vanskelig å si hvordan det blir i fremtiden, det er ingen som kan spå det, men tanken er jo kanskje at vi kan være flinkere til å unngå å foreskive og lage uvaner og medisiner riktig.”

Kommentar:

Slik jeg forstår deltakerne over er kunnskap nødvendig for å forstå. Jeg forstår det slik at både deltakerens og pasientens kunnskap er viktig. (Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til at risikointervensjonsstrategier kan ha en kollektiv bivirkning i forhold til forebyggbar sykdom og at pasienter på denne måten kan tape medfølelse. Jeg reflekterer i denne sammenheng over at pasienter som blir avhengige av B-preparater fort kan bli regnet som sin egen lykkes smed når det gjelder helse. Fastlegen kan satse mer på folks egne krefter ved å se mer av kompetansen og de sterke sidene som pasientene sitter inne med. Det kan gjøre jobben lettere for fastlegen, samtidig som det styrker samarbeidet mellom pasient og fastlege.

Forebygge ensomhet (5)

Flere deltakere snakker om hvor viktig sosialisering og aktivisering er i forhold til å forebygge ensomhet. En deltaker sier ensomhet blant eldre blir et kjempeproblem i fremtiden. Deltakeren tenker på vår travelhet i hverdagen og at våre barn vil bli enda travlere.

En deltaker:

”Hvis vi skal bli bedre, så tror jeg vi må satse mer på menneskelige ressurser og å forebygge ensomhet, samt kosthold og trening. Flere dagavdelinger og treningstilbud.”

Kommentar:

Malterud, Nessa, Stensland & Thesen (2006) viser til Antonovsky som skriver om generelle motstandskrefter. Helseressurser styrker helsen. For de fleste spiller det en rolle hvordan vi har det, vårt nettverk og sosiale forhold. Jo mer kunnskap en fastlege har om slike forhold, jo bedre kan fastlegen og pasienten legge en helsefremmende strategi. Men det kan også være sprik mellom de fastlegevurderte og pasientvurderte helseressursene. Hendriksen & Vass (2000) viser til at legens verktøy er å kunne avdekke ensomhet og sosial isolasjon. Det må være villighet til å håndtere problemstillingen og gjøre seg kjent med kontaktmuligheter i lokalsamfunnet. Jeg tolker det slik at det å forebygge ensomhet blant eldre blir et viktig område å arbeide med i fremtiden.

Mer åpenhet om psykiske lidelser (4)

Noen deltakere tenker åpenheten og bevisstheten blir økende i fremtiden når det gjelder psykiske lidelser, men som en deltaker sier, så kommer man aldri unna psykiske lidelser. To deltakere sier det er viktig å gi søvnråd og veiledning om livet generelt.

En deltaker:

”Når det gjelder angst og depresjon, spesielt depresjon, så er bevisstheten økende der også, at vi er mer klar over det og vi vet på en måte mer risikofaktorer for suicid og prøver å fange opp de...”

Kommentar:

Det at deltakeren tar seg god tid til å forklare pasienten farene ved avhengighet av B-preparater og at han sammenligner det med alkoholavhengighet tolker jeg kan gjøre det lettere for pasienten å forstå konsekvensene av bruken. Schibbye (1998) understreker dette med å skape en god terapeutisk allianse. I følge Paris (2008) vil reduksjonistisk tenkning omkring psykiske lidelser være med på at *psykoterapi* ikke blir brukt istedenfor medikamentell behandling. Knappe ressurser på både tid, ressurser og personell påvirker også bruken av alternative tilbud. Det er enklere å ty til reseptblokken. Leger og lovgivende organer blir påvirket av legemiddelindustrien. Legemiddelindustrien er en gigantisk

storindustri som visst nok bruker lite av overskuddet til forskning, men mye til markedsføring av medikamenter.

Gi søvnråd (4)

En deltaker sier han savner en søvnklinikk med kompetanse innen søvnproblematikk. Deltakeren ønsker et tilbud hvor pasienter med søvnproblemer kan henvende seg gjerne døgnet rundt.

En deltaker har tanker om at man må sjekke ut om det er andre behov som ligger i bånd før man gir en sovetablett til en eldre, for eksempel om pasienten er sulten. En eldre person har ofte mindre behov for både søvn og mat.

En annen deltaker:

”Og det er et negativt mønster å behandle søvnproblemer med tablett istedenfor å ta en kveldstur.”

Kommentar:

Ulike søvnråd har blitt nevnt tidligere i denne oppgaven. I følge Laake (2003) er et søvnråd å ikke spise for sent om kvelden. Jeg reflekterer i den sammenheng over at eldre som kanskje spiser dårlig på dagtid kan våkne og være sultne på natta. Jeg tenker at så lite som en kopp med noe varm drikke kan gjøre sitt for at den eldre får sove igjen.

En annen deltaker tenker vi vil se mer bruk av alternative behandlingsformer for psykiske lidelser i fremtiden:

”Alternativ trening som yoga, meditasjon, massasje og akupunktur.

”Om ett år kan vi se mer av økologiske medisiner.”

Kommentar:

Langer (2004) som er en norsk lege og vitenskapsjournalist sier det er en økning i bruken av alternativ behandling. I følge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres alternativ behandling som en stor gruppe behandlingsmetoder som ikke er integrert i det dominerende behandlingssystemet og som ikke er en del av landets egne tradisjoner. Han viser til yoga som viktig innen forebyggende medisin. Yoga og transcendentale meditasjon ser ut til å ha gunstig effekt på blodtrykk, angst, posttraumatisk stressyndrom og rusavvenning. En av de eldste og mest brukte behandlingsformene i verden er akupunktur som brukes for å forebygge eller behandle sykdommer. Det brukes også for smertelindring. Massasje blir beskrevet som både avspennende og stimulerende for blodomløpet og det å bli kroppsberørt påvirker det psykiske.

Kognitiv behandling (8)

Flere deltakere tenker kognitiv behandling vil bli ytterligere tatt i bruk som metode i fremtiden. En deltaker sier det også finnes kurs både i depresjonsmestring og angstbehandling. Flere deltakere ga uttrykk for at det er vanskelig å få time hos psykolog for sine pasienter og at dette er noe som faller på de som fastleger. Det ender med at fastlegen på sett og vis må ta seg av samtalebehandlingen. En deltaker sier det både er faglig dyktighet og mye omsorg fra kommunen, men at det er mangel på tid og kommunen skal spare penger. Denne deltakeren tenker man kan spare mye medisiner og B-preparater hvis man fokuserte mer på omsorg og tid.

En deltaker sier følgende om behandling av depresjon:

”Det er to ting..gjør du ingenting, så blir du bra allikevel, men det kan ta tid. Det som kan påskynde det er fysisk trening og da er det ikke bare å rusle ned til postkassa, men da må du trene.”

Samme deltaker tenker også man kan kombinere fysisk trening med medisiner.

Kommentar:

I følge Brusset & Tveiten (2001) bør man søke hjelp tidlig hvis man har depressive symptomer, for da kan sykdommen være lettere å behandle. Man kan holde kroppens kjemi i balanse ved å inneha en aktiv livsstil med regelmessig mosjon og rikelig med dagslys. Kroppens serotoninbalanse blir da påvirket, noe som er naturens egen forebyggende ”lykkepille.” Rikelig med B-vitaminer og et balansert kosthold er også viktig for å forebygge depresjon. Mye kaffe og sukker kan forverre depressive symptomer. Iversen (2007) viser til at pasienten kan lage en positivliste som er en personlig liste over aktiviteter som tidligere eller nå gir fysisk og psykisk velbehag. Innen fysisk aktivitet kan målet være at pulsen skal opp hver dag. Avspenningsøvelser ved blant annet å lytte til behagelig musikk er også en form for fysisk nytelse og avslapning. Jeg tolker det som at relasjonsperspektivet har fått større plass i behandlingsøyemed.

En deltaker sier en *tankeendring* må til:

”Alle bekymringer kan ikke behandles bort, men de kan selvfølgelig lære seg til å tenke annerledes..”

”Når det gjelder angst, så tror jeg kanskje kognitiv terapi vil gjøre mye, når det blir mer utbredt”.

Kommentar:

Deltakerne kommer med ulike synspunkt på behandlingsformer for eldre over 65 år som kan slite med søvnvansker, angst eller lettere til moderat depresjon. Jeg tolker det slik av deltakerne at man kan tenke mer annerledes og alternativt. Kognitiv terapi blir snakket om av flere deltakere som en behandlingsform som vil bli mer og mer brukt fremover. Iversen (2007) viser til at ved hjelp av kognitiv terapi kan man gradvis fjerne angstreaksjoner ved at man gradvis eksponeres for det man er redd for. Sammen med pasienten undersøkes det hvilke forhold som utløser angsten og kjernen i reaksjonsmønsteret vil ofte ha betydning for hvorfor angsten utløses.

Alternative medikamenter (3)

Jeg tolker det av flere deltakere under at de ønsker å behandle sine pasienter med alternative preparater til B-preparater eller til alternativ behandling. Antidepressiva blir også forsøkt som alternativt medikament:

”Også prøve fra helsevesenets side å fokusere på riktig bruk av medikamenter og alternative behandlingsmetoder.”

”Prøver å gi antidepressiva istedenfor B-preparater.”

Kommentar:

Amstrup & Poulsen (2004) viser til at de moderne antidepressive preparatene er effektive mot depresjon. Antidepressiv har relativt beskjedne bivirkninger. Det tar derimot en stund før de virker. Slik jeg forstår deltakeren over, så ønsker deltakeren at helsevesenet i større grad må fokusere på å bruke medikamentene riktig. Dette tolker jeg handler om forebyggende helsearbeid og hvor viktig det er at kunnskapen når ut til folk.

En deltaker:

”Prøver å gi alternative sovemedisiner som Melatonin og Vallergan.”

Kommentar:

Her kommer flere deltakere med konkrete forslag til alternative medikamenter til B-preparater. Slik jeg forstår det, så virker det som om deltakerne streber etter å finne alternative medikamenter foran B-preparater så godt det lar seg gjøre. I følge Brusset & Tveiten (2001) kan behandling med Melatonin på kveldstid eller intenst lys om morgenen gjøre at den biologiske klokken innstilles. Johannesurt har vist seg å være effektiv mot lettere depresjoner.

5. Diskusjon og konklusjon

Mitt utgangspunkt for denne oppgaven er å få kunnskap om fastlegers erfaringer med alternativer til medikamentell behandling med B-preparater. Målet er å få en forståelse av hvordan deltakerne tenker om dette og gjøre dem mer bevisst rundt temaet. Uti fra mine funn har jeg videre i diskusjonsdelen funnet begreper som knytter og samler kategoriene.

Resultatene så langt i studiet tolker jeg som om at deltakerne ønsker å fremme psykisk helse i størst mulig grad uten eller ved minst mulig bruk av B-preparater som behandling, men at det har sine utfordringer. Deltakernes erfaringer og tanker har mange nyanser og det viser seg at konteksten rundt vil spille en sentral rolle. Funnene viser også at psykisk helsearbeid går inn i en tid preget av nyere perspektiver som fokuserer mer på salutogenesen, det som fremmer helsen (Antonovsky, 2000). Eksempler på dette er hjelp til selvhjelp og kognitiv terapi (Almik og Borge, 2000). Deltakerne har gitt uttrykk for at de er åpne for dette. Derimot uttrykker noen deltakere at B-preparater en nyttige som medikamentbehandling i kortere perioder for eldre pasienter som for eksempel er i en livskrise og har søvnevansker, samt for urolige demente.

Tid og rom for samtale

Det har kommet frem at tid og rom for samtale er viktige faktorer for deltakerne. I møtet med pasienten ser det ut til at den gode samtalen preget av nærhet, åpenhet og trygghet har stor betydning. Jeg tenker de ”brillene” helsepersonell har på seg er avgjørende for hvordan man blir møtt og forstått som pasient. Den gode samtalen og det å lytte blir av deltakerne fremhevet både i direkte og indirekte forstand. Alle deltakerne gir på en eller annen måte uttrykk for at pasientene deres skal bli møtt, sett og hørt og at dette er viktig for å fremme psykisk helse. Det å lytte, forstå og bekrefte hører til det å anerkjenne pasienten (Schibbye, 1998). Pasienten kan jobbe seg gjennom vanskene hvis det settes av nok tid og rom for det. For å kunne snakke, så er det nødvendig med en viss minimum av tid. For pasientens psykiske helse er behandlingstiden en investering. Pasientens egne ressurser vil mobiliseres hvis man engasjerer seg og viser oppriktig interesse for hvordan det går med pasienten (Bjelland et al., 1994).

Å bli sett, møtt og hørt

I lys av Schibbyes (2004) perspektiv synes jeg dette er interessant. Det å lytte kan vanskelig beskrives og forklares med ord. Schibbye (2004) sier det er en kunst å lytte til en annen uten å reagere ut i fra egne behov. Andersen (2009) viser til at det å bli sett, møtt og hørt savnes av mennesker som har hatt kontakt med psykisk helsefeltet. Han stiller spørsmål ved at helsepersonell ikke alltid lykkes med denne tilnærmingen og til hva som er årsaken til at de ikke gjør det. Schibbye (1998) viser til at i vår kultur har subjekt/objekt-synet dype røtter og føringer. Ens egen ”jeg” virkelighet blir ikke skilt fra den andre hvis man behandler den andre som et objekt. Hva den andre opplever, ser, hører, mener føler og tenker vet ”jeg” på forhånd. I følge Schibbye (1998) vil denne forhåndsbestemmelsen av hvordan klienten har det føre til at klienten kan miste ”noe av seg selv.” Schibbye (2004) beskriver hvordan terapeuten lytter til klientens opplevelse, men hun sier også samtidig at terapeuten må lytte innover i seg selv. Terapeuten må kjenne etter hva klientens opplevelser gjør med terapeutens egne indre prosesser. Å være en god lytter innebærer ikke så mye som det terapeutisk lytting gjør. Ved endringsarbeid vil dialogene ha en mer omfattende og overordnet mål. Haram (2004) viser til at avstand og fremmedgjøring kan skapes hvis man lytter passivt uten å undre seg. Det å stole på pasientens erfaring er viktig. Hvis analyseringen av det diagnostiske arbeidet blir viktigere som fagperson, så kan det bli for liten plass til det mellommenneskelige aspektet. Heap (2002) viser til at det å oppmuntre, utdype, gi respons og gi hjelp er vesentlige begreper innen aktiv lytting, Det handler også om å sortere ut viktig materiale fra en mengde viktige og uviktige utspill som for eksempel det den eldre kommer med. Røkenes & Hanssen (2012) viser til at en psykoterapeutisk samtale dreier seg om å forstå klientens subjektive opplevelse. Det dreier seg også om å klargjøre klientens følelser og ønsker. Å bli forstått bidrar til å skape trygghet og kan gi rom for frigjørende selvrefleksjon. Det å lytte oppmerksomt er støttebehandling og at pasienten da kan åpne seg og opplever å bli respektert og forstått. Dette kan gjøre at pasienten som kanskje har mistet troen på seg selv og egen problemløsningsevne vil mobilisere seg på nytt. For å gi råd, så vises det til at det må avklares om behandler og pasient har en felles forståelse av problemet og om man som behandler vet noe om hvordan man kan løse problemet. De viser til teknikker som søvnhygiene, angstmestringsstrategier, teknikker ved hyperventilasjon og videreformidling av kontakt med andre relevante hjelpeinstanser (Bjelland et al., 1994).

Støttesamtalens betydning

Mine funn viser til at deltakerne bruker støttesamtale alene som terapi eller i kombinasjon med medisiner. Dette viser seg å være utfordrende i forhold til deltakernes tidsskjema. Flere deltakere ga uttrykk for at det er lang ventetid for samtalebehandling hos psykolog eller hjemmebesøk for støttesamtaler med psykiatrisk sykepleier i kommunen. Noen deltakere har også gitt uttrykk for at ikke alle soner i kommunen har psykiatrisk sykepleier og at personal fra hjemmesykepleien ofte har liten tid. Det kan føre til at det ikke blir rom for den praten som kanskje kunne være forebyggende nok akkurat da for den eldre. På denne måten forstår jeg det slik at deltakeren må overta deler av den terapeutiske støttesamtalen.

Bjelland et al. (1994) viser til at legens viktigste diagnostiske og terapeutiske instrument er samtalen. Den spesifikke medisinske kompetansen er det legen som sitter med mens pasienten sitter med sitt livs spesifikke kompetanse. Med sine virkemidler må legen vurdere muligheter og begrensninger og med ulike tiltak må pasienten vurdere sine muligheter og begrensninger i sitt liv. Det at fastlegen må bli flinkere til å møte ulike reaksjoner hos pasienten kan bli en av legens viktigste utfordringer når den beste behandlingen er å ikke skrive ut medikamenter. Bjelland et al. (1994) viser til flere elementer som skal bidra til pasientens selvhelbredende krefter. Dette er blant annet å *åpne opp*. Det kan være nok for pasienten bare å få snakke om problemene sine slik at de blir lettere å mestre. Når pasienten har åpnet seg opp for behandleren, så er det viktig at han blir *tatt vare på*. Pasienten må få tid og anledning til å arbeide seg gjennom vanskene. Når behandleren *lytter* med oppmerksomhet til pasienten, så vil han føle at han blir forstått og respektert. Dette øker også sjansen til at pasienten åpner opp. Noe som vil mobilisere pasientens ressurser er at noen engasjerer seg og viser oppriktig interesse for hvordan det går med pasienten. For å kunne snakke er det under konsultasjonen nødvendig med en viss minimum av tid og varighet. *Tid* viser seg å være en investering i pasientens psykiske helse og det trenger ikke bli tidkrevende. Klare avtaler om varighet og hyppighet er derfor viktig. Det at behandleren *bekrefter* pasienten med konstruktive utsagn styrker pasientens egen oppfatning av mulighetene til å komme videre. At pasienten blir *informert* og tilegner seg kunnskap om det aktuelle problemet kan bidra til å gjøre situasjonen mer begripelig og håndterlig. At behandleren *gir råd* om for eksempel teknikker innen søvnhygiene og angstmestringsstrategier kan hjelpe pasienten videre. Å holde ut sammen med pasienten kan bidra til å styrke pasientens evne til å kjempe videre med problemene. Sykehistorien til pasienten kan bidra til at pasienten og behandleren får belyst ulike områder som kan være

knyttet til problemet. Dette kan bidra til ny forståelse og nytt utgangspunkt for pasienten. Å forebygge passivitet og isolasjon og motivere pasienten til fysisk aktivitet og deltakelse i sammenhenger vil ofte være starten på en positiv utvikling.

Fokus på forebygging

Flere deltakere sier forebyggende helsearbeid er viktig. Almvik & Borge (2000) viser til den siste samhandlingsreformen som ble fremlagt våren 2009. Pasientens behov og forståelse av behov skal stå i sentrum både på individ- og systemnivå. Målet med den er at for eksempel eldre pasienter med langvarige og sammensatte behov og pasienter med psykiske lidelser møter en godt samordnet helsetjeneste som er preget av kontinuitet, helhet og kvalitet. I januar 2012 trådte den nye folkehelseloven i kraft hvor det blant annet skal bli mer fokus på forebyggende helsearbeid i kommunen. Folkehelseprofiler skal hjelpe kommuner å finne de svarene de trenger. På denne måten kan man sammenligne kommunene og se på forskjeller. Jeg reflekterer over at kommunene på denne måten kan dra lærdom av hverandre.

Krisehåndtering

Bjelland et al. (1994) viser til at plutselig inntrufne hendelser og livsfaser knyttes til kriser. Man mister fotfestet og verden blir kaotisk. Sorgfølelsen vil bli fremtredende ved tap. En naturlig del av krisereaksjoner/sorgprosessen er angst, uro og søvnvansker. Reaksjonens ulike faser må gjennomgås. Dette tar tid og det kan være smertefullt. Da er det viktig å ha noen å snakke med, for eksempel pårørende og behandler. På denne måten kommer de fleste seg igjennom krisen. I følge Berge & Repål (1997) vil angstfylte kriser føre til modning og utvikling. I det vonde får man muligheten til å forstå mer av sine sterke og svake sider. Heap (2002) viser til at i alderdommen er opplevelsen av tap og store endringer et tilbakevendende tema. Noen av de verdiene som kan gå tapt ved aldring er helse, arbeid, inntekt, status og drømmer. Noen mennesker bruker uhensiktsmessige mestringsmåter for å gjenvinne balansen under en krise slik at de blir fastholdt i fortvilelse, angst eller depresjon. De velger å bli i en ubearbeidet krise fremfor belastningen å slippe opplevelsen inn på seg og overvinne de endringene som må til for å komme igjennom krisen. Mellommenneskelige og sosiale problemer kan bidra til å skape symptomer, men vanedannende medikamenter bør

ikke brukes for å håndtere problemene. Behandlerens oppgave blir å støtte pasientens egne evner til å løse problemene. Behandleren kan om nødvendig bruke sin kunnskap og komme med råd. Ved behov kan behandleren henvise pasienten til andre relevante hjelpeinstanser (Bjelland et al., 1994). I følge Eriksens åttende trinn kan eldre bli for opptatt av å tenke på fortiden og det de har mistet. Dette kan føre til depresjon (Boeree, 2006).

Trygghet

Deltakerne har ulike tanker og erfaringer og disse er nyansert og viser at konteksten er av stor betydning. Deltakerne fremhever trygghet som viktig både hos deltakeren og pasienten, samt hos annet helsepersonell i kommunen. Dette viser også empirien. For å mestre livet på godt og vondt, så er opplevelsen av kontroll viktig. For at den eldre skal kunne mestre livets utfordringer synes trygghet å være et fundament i tilværelsen. Indre trygghet hos deltaker og annet helsepersonell viser seg å være en viktig ingrediens for at pasienten selv skal oppleve trygghet. En trygg faktor viser seg også i den gode og uformelle samtalen. Dette forstår jeg handler om individuell tilpasning, kreativitet og romslighet fra deltakernes side. Tross pasientens utfordringer viser deltakerne at betydningen av ansvarlighet spiller en rolle for balansegang og bevissthet mellom deltakeren og pasienten. Dette har betydning for pasientens mestringsfølelse (Schibbye, 2004). Empirien viser at deltakernes handlinger og holdninger har betydning for påvirkningskraften til pasienten. For at pasienten skal mestre sitt liv, så synliggjør mine funn at faktorer som annet helsepersonell, familie, venner og annet sosialt nettverk er av betydning for å forebygge bruken av B-preparater.

Samarbeid

En deltaker uttrykte hvor viktig det er å *spille på lag*. I følge Schibbye (2004) kan personer som søker hjelp streve med sorg og fortvilelse. I lys av et salutogenetisk perspektiv vil helsepersonell hjelpe mennesker til å mestre påkjenningene. Antonovsky (2000) kaller dette motstandskraft og helsepersonell kan være en ressurs og spille på lag med pasienten. Ved å bidra til større håndterbarhet kan helsepersonell her bli en viktig ressurs. I den medisinske tenkningen kan dette ses i kontrast hvis medikamenter som B-preparater alene blir en løsning. Jeg viser igjen til Folkehelseinstituttet (2011) som sier det er en nær sammenheng

mellom søvnvansker, angst og depresjon. Når pasienten lider av søvnvansker er legemiddelbasert behandling vanlig. Men senere forskning viser at kort- og langtidseffekten blir bedre uten bruk av medikamenter. Det viser seg av denne forskningen at 70-80 % av de søvnløse vil ha varig nytte av kognitiv atferdsterapi. Bjelland et al. (1994) viser til at en naturlig del av en krisereaksjon og sorgprosess er angst, uro og søvnvansker. Reaksjonens ulike faser må gjennomgås. Dette tar tid og det kan være smertefullt. Da kan det være viktig å ha noen å snakke med, for eksempel pårørende og behandler. Medikamentene kan hindre krisebehandlingen. Pasienten må finne ut av sin nye livssituasjon og dens evne til det kan svekkes ved bruk av B-preparater. Man kan risikere at den nye måten å mestre tilværelsen på blir medikamenter. Derimot viser de til at hvis pasienten er helt utslitt, så kan sovemedisiner være til hjelp i kortere perioder.

Hjelp til selvhjelp

I Helsedirektoratets tidsskrift Psykisk, 03/09, finner jeg artikler om depresjonsbehandling og de nye retningslinjene som sier at *antidepressiver ikke skal være førstevalget* i behandling av pasienter med lettere til moderat depresjon. *Forebygging og selvhjelp* er to viktige stikkord i de nye retningslinjene. Helsedirektoratet (2012) viser til Helsedirektoratets magasin, God helse, gode liv, 01/12, hvor man kan lese om en behandlingsmodell som brukes blant briter for behandling av lett til moderat angst og depresjon. Prosjektet IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) ble startet i 2006 og går frem til 2015. Denne behandlingsmodellen foregår uten henvisning fra lege, den er gratis og den som tar kontakt skal få et tilbud innen 1-2 uker. Modellen består av selvhjelpslitteratur til anslagsvis 2-15 timer med kognitiv terapi/samtaleterapi. Dette viser seg og både være kostnadseffektive og intensive tiltak. Målet er laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet) hvor pasienten ikke skal overbehandles eller sykeliggjøres. Har noen behov for mer hjelp, så henvises de til annen behandling. Høsten 2012 startet et pilotprosjekt her i landet etter samme modell. Lemvik (2006) viser til at mange mennesker som sliter psykisk kan ha problemer med å søke om hjelp, derfor er det viktig at det kommunale psykiske hjelpearbeidet bidrar med hjelp til å kunne ta imot hjelp.

Alternativ behandling av angst, depresjon og søvnvansker

Selv om det ikke finnes noen offisiell anti-angst diett, så kan enkelte diett-strategier forbedre ens generelle helsetilstand og følelse av velvære. Man kan opprettholde et lavt blodsukkernivå ved å ha en balansert kombinasjon av proteiner, komplekse karbohydrater og sunne fettsyrer. B-vitaminer sammen med magnesium kan bidra til å redusere angstrelaterte følelser. Vendelrot er velkjent for sine angstreduserende egenskaper og kan brukes som sovemiddel. Johannesurt og pasjonsblomst kan også brukes som angstdempende middel. Man må rådføre seg med legen hvis man bruker medisiner på resept. Annen alternativ behandling for angstplager kan være akupunktur, massasje og massasje i kombinasjon med aromaterapi. Man kan forandre mye med hensyn til stress ved å forandre sin livsstil. Meditasjon, pusteteknikk og yoga er også hjelpemidler som har angstreduserende egenskaper og som kan bidra til at man kvitter seg med negative opplevelser og tanker (Ehow Health, 2012). Noen deltakere ga uttrykk for at dette er behandlingsformer som vil bli mer brukt i fremtiden. Økologiske medisiner ble også nevnt. Berge & Repål (1997) viser til at hemmet pust og muskulære spenninger står i nær sammenheng med angst. Dans, musikk og sang kan frigjøre pusten ved angst. Fem minutters pusteteknikk hver dag kan gi gode resultater på sikt. Muskulær avspenningstrening kan også brukes. Dette kan man gjøre i fellesskap med noen. Berge & Repål (1997) sier man kan minske bekymringer og engstelse med fysisk aktivitet. For å motvirke angst er mosjon et godt virkemiddel fordi det gir avspenning og bidrar til mindre nervøsitet. Jeg reflekterer i denne sammenheng over at vi kanskje vil ta i bruk en mer humanistisk-psykologisk tilnærming i fremtiden. Den har sine røtter i hermeneutisk vitenskapsteori. Dette handler om å forstå den sammenheng som mennesket er en del av som igjen kan bidra til å øke selvforståelsen. Dette gjennom en helhetlig forståelse av klientens fysiske, psykiske, sosiale og ånderlige livsverden. Pasienten forstås da som et subjekt i terapien (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkken, 2002).

Nettverksbygging

Deltakerne har som nevnt gitt uttrykk for at det generelt er mye ensomhet blant eldre. Som tidligere nevnt vil det å være i et sosialt nettverk gi tilhørighet og det kan forebygge psykiske problemer. Arenaer hvor eldre kan møtes for felles hygge og glede er viktig for ens livskvalitet (Granerud & Severinson, 2006). Seikkula (2005) viser til ulike undersøkelser

hvor man mellom livssituasjon, sykdom og sosiale relasjoner kan se en sammenheng. Relasjonen i det sosiale nettverket synes å ha en mangesidig betydning både psykisk og somatisk. Solheim (2001) sier man ikke kan forvente at den nærmeste familien kan dekke den eldre sosiale behov. Det er helsefremmende tiltak å legge til rette for at den eldre kan ta kontakt med personer den kjenner, invitere dem eller reise på besøk. Jeg reflekterer i denne sammenheng over hvor viktig aktiviteten på dagavdeling på sykehjem er og andre samlingsarenaer for eldre hvor de kan møtes for felles hygge og prat.

Nedtrapping og seponering av B-preparater

I følge Bramnes (2012) viser det seg at for mange er det overraskende lett å slutte med B-preparater eller sovemedisiner, på tross av at de har brukt disse i flere år. En samtale eller et brev kan være utløsende motivasjon for å slutte med medikamentene. Det gjelder å ikke skape unødige bekymringer, men å gi nøktern informasjon til pasienter som ofte er bekymret nok fra før. Andre tiltak fastlegen kan gjøre er å avtale en konsultasjon før eventuell foreskrivning og at man unngår reseptutlevering gjennom helsepersonell og telefonreseppter. Det kan også begrenses ved at kun små pakninger foreskrives av gangen. Noen deltakere viste til det. At fastlegene i kommunen har en felles praksis vedrørende disse tiltakene vil gjøre utfordringene lettere. Bjelland et al. (1994) sier det kan være uenighet mellom pasient og behandler om hva som er problemet og hvordan det skal løses. Det vil ofte bli vanskelig å vinne innpass til alternativer til medikamenter ved medikamentavhengighet. Hvis pasienten ikke klarer å slutte med medikamenter på egenhånd, så kan pasienten få hjelp til dette av sin fastlege, av 2. linjetjenesten eller ha behov for en innleggelse for avvenning.

Bramnes (2012) viser til at ved avslutningen av bruken er det viktig å gi god informasjon til pasientene om B-preparaters farmakologi. I to netter og opptil en uke vil man oppleve søvnløshet etter seponering, men kanskje man først etter 2-4 uker kan si noe om søvnkvaliteten til eldre. God informasjon på veien vil gjøre det lettere å forstå at dette er et sikkert tegn på at man er på vei ut av en uvane. En lenge innarbeidet vane kan derimot være svært vanskelig å bli kvitt, særlig ved høye doser og da skal man heller ikke bråstoppe med B-preparater. Det kan føre til delir og det kan i verste fall være dødelig. Fastlegen må kartlegge motivasjonen hos den eldre i forhold til å slutte. Det må føres et nedtrappingsregime med et nedtrappingstrinn hver 14. dag hvor den eldre er med på å

bestemme medtrappingen. Dette på grunn av at halveringstiden er lengre hos eldre. I følge Paris (2008) kan benzodiazepiner erstattes med antidepressiva som ikke fører til avhengighet, men som har vedvarende effekt over tid.

5.1 Konklusjon

Resultatene viser at kunnskap, tid, samtale, nettverk og aktivitet er 5 viktige faktorer for å forebygge bruken av B-preparater. Jeg tolker det slik at det bør være et tilrettelagt og dynamisk nettverks- og aktivitetstilbud for eldre i kommunen der dørstokken skal være bred. Dette bør integreres som en del av det forebyggende helsearbeidet i kommunen. I tillegg bør det bli enklere for pasientene å få tilbud om både samtaleterapi, kognitiv behandling og/eller nettverks- og aktivitetstilbud når fastlegene henviser. Det bør ikke være slik at pasientene må stå på venteliste i uker eller måneder. Tilbudet bør være der når behovet melder seg. Folkeopplysning og egenomsorg er også to begreper som har festet seg hos meg i denne oppgaven. Folkeopplysning handler om å tilføre kunnskap og jeg tolker det slik at det kan gjøres mye mer på nasjonalt nivå i forhold til å spre kunnskap ut til befolkningen om alternativer til B-preparater. Jeg tolker det slik at egenomsorgen blir styrket ved kunnskapstilførsel slik at kunnskapen blir en hjelp og egenomsorgen en selvhjelp. På denne måten kan de gode alternative tilbudene i kommunen bidra til at befolkningen i større grad ivaretar sin egenomsorg. Samtidig vil kunnskapen bli større i befolkningen når det gjelder å forebygge ensomhet og isolasjon. Familie, venner og pårørende vil i større grad bli mer bevisst på hva som fremmer god helse og dermed involvere seg mer. Det handler også om å tenke nytt og at kommunen i større grad kan ta i bruk kreativiteten, som for eksempel forslaget fra en deltaker om å bygge et søvnsenter med ulike tilbud. En vei å starte det på er å se på hva andre kommuner har fått til. På denne måten kan man fremme god fysisk og psykisk helse i kommunen.

Litteraturliste

Almvik, A. & Borge, L. (Red.). (2010). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Almvik, A. & Borge, L. (Red.). (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Andersen, A., J., W. (2009) & Karlsson, B. (Red.) (1998). *Psykiatri i endring*. Oslo: Ad Nortam Gyldendal AS.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic modell as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1):11-18.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Arntzen A., & Hauger B. (2003). *Utfordringer i arbeid med barn og unge på skolen*
Mittelmark, M. B. (Red). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s.193-203). Bergen: Fagbokforlaget.

Berge, T. & Repål, A. (1997). *Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av angst, panikk og fobier*. Otta: Tano Aschehoug.

Bjelland, I., Bolstad A., Drønen T., Larsen G. & Skjøtskift, S. (1994). *Medikamentavhengighet og brukeren av vanedannende medikamenter*. Rusmiddeldirektoratet s. 7-52.

Boeree, G. C. (2006). *Personality Theories Erik Erikson*. Lokalisert 09.02.2012 på: http://www.social-psychology.de/do/pt_erikson.pdf.

Bramnes J. (2012). *Utfordringer ved bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika til voksne og eldre*. Lokalisert 08.02.2013 på: <http://www.forebygging.no/en/Teori/Overordnede-perspektiver/Alkohol--og-narkotikapolitikk---samt-fakta-om-rusmidler/Utfordringer-ved-bruk-av-benzodiazepiner-og-z-hypnotika-til-voksne-og-eldre/>.

Bruset, S., & Tveiten, D. (2001). *Helse på grønn resept*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag ASA.

Børli, H. (1995). *Samlede dikt*. Aschehoug: Oslo.

Dahl A., A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dr. Weil A. The University of Maryland Medical center (2012). *Alternatives to benzodiazepines*. Lokalisert 09.02.2013 på: http://www.ehow.com/way_5475599_alternatives-benzodiazepines.html.

Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Folkehelseinstituttet. (2011). *Vanedannende legemidler er vanlig blant uføretrygdede.*

Lokalisert 26.04.2013 på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6201&MainContent_6263=6496:0:25,6205&Content_6496=6178:91706:25,6205:0:6562:11:::0:0.

Folkehelseinstituttet (2013). *Benzodiazepiner – faktaark.* Lokalisert 26.04.2013 på:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6397&MainContent_6263=6464:0:25,6414&List_6212=6218:0:25,6416:1:0:0:::0:0.

Fugelli, P., & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Gilbert, P. (2005). *At overvinde depression. En selvhjelpsguide på grundlag af kognitiv adferdsterapi.* Århus: Forlaget Klim.

Granerud, A. (2004). *Sosial integrering for mennesker med psykiske problemer: erfaringer, utfordringer og ønsket støtte.* Rapport nr. 19-2004. Høgskolen i Hedmark.

Granerud, A., & Severinson, E. (2006). The struggle for social integration in community – the experiences of people with mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing*, (13), (288-293).

Gulmann, N., Chr. & Voldsgaard, I. (2006). Intellektuelle og mentale problemer. Tuntland, H. (Red.). *Sykdommer hos eldre.* (s. 102-129). København: V. Damm & Søn.

Gulmann, N. Chr. & Voldsgaard, I. (2004). Intellektuelle og mentale problemer. Amstrup, K. & Poulsen, I. *Geriatrici – en tværfaglig utfordring*. (s. 110-128). København: Munksgaard Danmark.

Haram, A. (2004). *Dialogens kraft. Når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget.

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkken J. A. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. Oslo: Kommuneforlaget.

Helsebiblioteket. (2007). *Søvnforstyrrelser (insomni) hos eldre*. Lokalisert 09.02.2012 på: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/s%C3%B8vnforstyrrelser-insomni-hos-eldre-sammendrag;jsessionid=D82602B90B53B3F33D6E4092D4AF426D>

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. Lokalisert 08.02.2013 på: (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>).

Helsedirektoratet. (2011). *Eldre og depresjon*. Lokalisert 08.02.2013 på: <http://www.helsedirektoratet.no/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsearbeid/eldre/eldre-og-depresjon/Sider/default.aspx>).

Helsedirektoratet. (2011). *Grønn resept*. Lokalisert 13.05.13 på: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/gronn-resept/Sider/default.aspx>.

Helsedirektoratet, (2012). *Magasinet God helse, gode liv* 01/12, 1-15.

Hendriksen C. & Vass. M. (2000). Geriatrik utredning i et forebyggelsesperspektiv. Avlund, K., Dyrholm, I. L., Holstein, B. & Ingerslev, J. (2000). *Forebyggelse i alderdommen*. (s.239-258). Fredrikshavn: Dafolo AS.

Hesselbo, B. & Maaløe, L. (2006). Immobilitet. Tuntland, H. (Red.). *Sykdommer hos eldre*. (s. 69-101). København: V. Damm & Søn

Hummelvoll, J., K. (1995). *Psykiatrisk sykepleie i et folkehelseperspektiv. En studie av hvordan en holistisk-eksistensiell psykiatrisk sykepleiemodell bidrar til folkehelsearbeid*. Gøteborg: Nordiska helsovårdshøgskolan.

Hummelvoll J., K. (2008). Kvalitativ innholdsanalyse av spørreskjema (Utdelt i forelesning 2011). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J., K. (2010). Praksisnær forskningsetikk. Lyberg A. (Red.). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Illich, I. (1996). *Medisinsk Nemesis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Iversen, T. (2007). *Kognitiv terapi. Stress og traumer*. København: Hans Reitzels forlag.

Karlsson B., & Solheim L., T. (2009). Kognitiv gruppeterapi ved angstlidelser. *Tidsskriftet Psykisk* 3(9), 204-214.

Kogstad, R. (2011). Selvkritisk og selvmotsigende, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 8(4), s. 371-374.

Kolstad, A. & Kogstad, R. (Red.). (2011). *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser*. Haugesund: Alpha Forlag.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Laake, K. (2002). *Søvnvansker hos eldre*. Lokalisert 09.02.2013 på: http://www.sinnetshelse.no/artikler/sovnvansker_eldre.htm.

Laake, K. (2003). *Geriatrici i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langer, J. W. (2004). *Alternativ behandling. Metoder og virkninger*. Oslo: J. W. Cappelens forlag AS.

Legemiddelforbruk. (2012). *Legemiddelforbruket i Norge 2007-2011*. Lokalisert 08.02.2013 på: (<http://www.legemiddelforbruk.no/forsiden.html>).

Lemvik, B. (2006). *Å skape gode livsvilkår. Psykisk helsearbeid i kommunen*. Oslo: Kommuneforlaget AS.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (Red.), Nessa J., Stensland, P., & Thesen (2006). *Legekunst i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Medisin mot piller. (2012). Lokalisert 08.02.13 på: http://www.medisinmotpiller.no/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=14&Itemid=27).

Mjell, J. Natvig, B., Thorsen O. & Winge O. (1994). Risiko og motivasjon. Den forebyggende helsesamtalen. S. 1-62. Oslo: Tano Aschehoug.

Moncrieff, J. (2009). *Psykiatriske legemidler*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Moxnes, P. (2009). *Hva er angst?* Oslo: Universitetsforlaget.

Mæland, J., G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Nielsen, T., Rosenberg, R. & Hougaard, E. (2002). *Angst og angstbehandling*. København: Hans Reitzels forlag.

Olsson, H. & Sørensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Paris, J. (2008). *Medisinering av psyken*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Pitkala, K. H., Routasalo, P., Kautlainen, H., Sintonen, H. & Tilvis R. S. (2011). *Effects of socially stimulating group intervention on lonely older's people cognition: a randomized controlled trial. The American Journal of Geriatr. Psychiatry 2011 July 19(7) s. 654-63.* Lokalisert 19.02.13 på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21709611>.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schibbye, A., L., L. (1996). Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol. 33, nr. 6, 530-537.

Schibbye, A., L., L. (1998). Å bli kjent med seg selv og den andre: om selvrefleksivitet og undring i en dialektisk relasjonsteori. W., J., A. Andersen & B. Karlsson (Red.). *Psykiatri i endring*. (s.164-183). Oslo: Ad Nortam Gyldendal AS.

Schibbye, A., L., L. (2004). *En dialektisk relasjonsforståelse. I psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, A., L., L. (2006). *Livsbevissthet. Om å være til stede i eget liv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schmidbauer, W. (2006). *Angst. Alle opplever det. Ingen ønsker det. Hva kan vi gjøre med vår angst?* Oslo: Andersen & Butenschøn AS.

Seikkola, J. (2005). *Åpne Samtaler*. Oslo: Tano Aschehoug

Solheim, M. (2001). *Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Theophilakis, M. (2000). Fra vitenskap til visdom. Erikson, E. *Barndommen og samfunnet*. (2. utg., s. 10-21). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Thornqvist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ulvestad, J. (2003). Folkeopplysning som dialog – utopi eller mulighet? Hauge, H. A., & Mittelmark, M. B. (Red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (s. 101-122). Bergen: Fagbokforlaget.

Van manen, M. (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an action sensitive pedagogy*. Albany, N.Y.: State University of New York Press.

Vevatne, T., Schanche Selbekk, A. & Sand, R. (2010) Fastlegers forskrivning av B-preparater. *Tidsskriftet for den norske legeforening*. 19(10). Lokalisert 08.02.13 på: <http://tidsskriftet.no/article/2020867>.

Vedlegg 1

Høgskolen i Hedmark

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I ET FORSKNINGSOPPLEGG

Mitt navn er Grete Karin Sætervik. Jeg arbeider som spesialsykepleier i Skien kommune, Hjemmetjenesten Sandtakveien i Skien. Jeg arbeider med en masteroppgave ved Høgskolen i Hedmark, avd. for Folkehelsefag, Elverum. Jeg ønsker i den forbindelse å intervju fastleger om ulike tilnærminger til angst, depresjon og søvnvansker hos eldre. Konkret vil jeg stille 6 kvalitative spørsmål og intervjuet vil vare i ca en time. Jeg tenker å gjennomføre intervjuene i løpet av april 2012. Jeg er fleksibel i forhold til når intervjuet skal foregå. Forespørselen sendes til fastlegene i Skien kommune.

Hovedhensikten med min undersøkelse er å få innblikk i refleksjoner rundt behandling av søvnvansker, angst og depresjon, og i hvilken grad fastleger vurderer å ta i bruk alternativer til medikamentell behandling.

På grunn av utsagnsjekk, ønsker jeg at intervjuene blir tatt opp på bånd. I den ferdige oppgaven vil det derimot ikke være mulig å gjenkjenne deg som enkeltperson, eller lokalisere hvor du arbeider. Det vil kun være jeg som har tilgang til råmaterialet og det vil bli oppbevart utilgjengelig for utenforstående. Deltakelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg ut fra studien uten å gi noen begrunnelse. Dette gjelder frem til oppgaven er ferdig skrevet og levert i august 2012.

Synest du dette høres interessant ut og kunne tenke deg å være med å bidra til kunnskap på dette viktige området, svar til min email: gkaris@hotmail.com eller mitt mobilnr: 97173388, så gjør vi nærmere intervjuavtale. Svarfrist: Mandag 26. mars 2012.

Ta også gjerne kontakt om du ønsker å vite mer før du eventuelt bestemmer deg for å være med.

Du kan også ta kontakt med min veileder ved Høgskolen i Hedmark, sosiolog og dr. philos Ragnfrid Kogstad. E-mail: ragnfrid.kogstad@hihm.no.

Elverum, 7. Mars 2012

Med vennlig hilsen

Grete Karin Sætervik

Ragnfrid Kogstad

S A M T Y K K E E R K L Æ R I N G (leveres under intervjuet)

Jeg bekrefter å ha lest eller blitt forklart informasjonen om undersøkelsen og samtykker i å delta i prosjektet slik det er beskrevet.

Navnet ditt

Alder

Sted og dato Underskrift.....

Vedlegg 2Høgskolen i **Hedmark****Intervjuguide til fastlege**

1. Hvilke tanker har du gjort deg om utbredelsen av søvnvansker, angst og depresjon som lidelser blant eldre over 65 år?
2. Kan dette være et diskusjonstema med ulike synspunkt når legene møtes?
3. Hvilke tanker har du gjort deg om de nasjonale retningslinjene i forhold til utdeling av vanedannende medikamenter (B-preparater) mot søvnvansker, angst og depresjon? (Helsedirektoratet, 2009).
4. Hvilke tanker gjør du deg ved en situasjon der en pasient trenger tid til en lengre samtale med deg og du har flere pasienter på venterommet?
5. Hvilke alternative tilbud kjenner du til i kommunen? (Noen eksempler: forebyggende arbeid, samtale, hjelp til assistert selvhjelp ved bruk av bøker, brosjyrer og internettbaserte programmer), terapi, fysisk aktivitet (Grønt kort), kostholdsveiledning og/eller nettverkstilbud) ?
6. Har du noen tanker om hvordan behandlingen av søvnvansker, angst og depresjon kan bli i fremtiden?

Takk!

Grete Karin Sætervik

Vedlegg 3



Høgskolen i Hedmark

Intervjuguide

1. Hvilke tanker har du gjort deg om utbredelsen av søvnvansker, angst og depresjon som lidelser blant eldre over 65 år? **Støttespørsmål:** Hva er din oppfatning av årsaker til lidelsene?
2. Kan dette være et diskusjonstema med ulike synspunkt når legene møtes?
3. Hvilke tanker har du gjort deg om de nasjonale retningslinjene i forhold til utdeling av vanedannende medikamenter (B-preparater) mot søvnvansker, angst og depresjon? (Helsedirektoratet, 2009). **Støttespørsmål:** Er reglene relevante og realistiske? Hvordan får man tatt nok hensyn til reglene?
4. Hvilke tanker gjør du deg ved en situasjon der en pasient trenger tid til en lengre samtale med deg og du har flere pasienter på venterommet? **Støttespørsmål:** Har du forslag på hvordan det kan løses på best mulig måte?
5. Hvilke alternative tilbud kjenner du til i kommunen? (Noen eksempler: forebyggende arbeid, samtale, hjelp til assistert selvhjelp ved bruk av bøker, brosjyrer og internettbaserte programmer), terapi, fysisk aktivitet (Grønt kort), kostholdsveiledning og/eller nettverkstilbud)? **Støttespørsmål:** Hva tenker du om kommunens tilbud for eldre? Er d noen tilbud du savner?
6. Har du noen tanker om hvordan behandlingen av søvnvansker, angst og depresjon kan bli i fremtiden?

