

Kandidat: 5262

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

I møte med den psykisk syke pasienten: Om multippel sklerose



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

5262

05.05.2022

☒ *Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Multippel sklerose (MS) er en progredierende diagnose som rammer mange mennesker hvert år. Sykdommen følger med et komplekst samspill av psykiske og fysiske symptomer som fører til underidentifisering og utilstrekkelig behandling av pasientens psykiske behov. Symptomene påvirker funksjonalitet, særlig relatert til det aktive dagliglivet. På sikt fører dette til svekket livskvalitet.

Hensikt: Hensikten er å undersøke hvordan psykisk helse v/ MS påvirker livskvaliteten, samt belyse betydningen av psykologiske tiltak for å dekke de helhetlige behovene til pasienten.

Metode: Artikkeltutvalget mitt består av to kvantitative og to kvalitative studier. Jeg har analysert disse etter Febe Fribergs analysemodell, som går ut på å dele opp helheten i deler, for så å sammenligne resultatene, og sette dem sammen til en ny helhet.

Resultat: Studiene presenterer funn som viser betydelige endringer relatert til pasientens depresjon og angst, ved studienes avslutning. Funnene konkluderer med et sterkt behov for tverrfaglig samarbeid, for å tilby pasienten nødvendig informasjon angående sykdommen og psykisk helse, for å tilby et helhetlig behov for pleie, samt for å bidra som et støttende nettverk for pasienten. Anbefalinger om at et MS-team bør inkludere MS-sykepleiere og sykepleiere spesialisert innen psykisk helse presenteres også i studiene.

Diskusjon: Sykepleiere har behov for et bredere kunnskapsgrunnlag i forhold til behandling av MS-pasienter, særlig rettet mot psykisk helse. Det anbefales aktiv tilnærming basert på et tverrfaglig samarbeid med profesjonelle aktører i helsevesenet, medikamentell, terapeutisk og rehabiliterende behandling, i tillegg til bruk av spørreundersøkelser i identifisering av pasientens nåværende behov.

FORSIDE**SAMMENDRAG****INNHOLDSFORTEGNELSE**

1.0 INNLEDNING	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemformulering	6
1.3 Hensikt/formål med oppgaven	7
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	8
2.1 Multippel sklerose (MS)	8
<i>2.1.1 Ms-pasienter sine utfordringer i hverdagen</i>	10
2.2 Livskvalitet	10
2.3 Psykisk helse	12
3.0 METODE	13
3.1 Litteratursøk og valg av litteratur	13
3.2 Analyse	17
4.0 RESULTATER	18
4.1 Høy forekomst av psykisk lidelse hos MS-pasienter	18
<i>4.1.1 Komplekst samspill mellom somatikk og psykiatri v/ MS</i>	18
<i>4.1.2 Manglende behandling av psykiske plager</i>	19
<i>4.1.3 Depresjon svekker livskvaliteten</i>	20
4.2 Behandling for å øke livskvaliteten	21
<i>4.2.1 Behov for tverrfaglig samarbeid og tydelig rollefordeling</i>	21
<i>4.2.2 Behov for Medikamentell behandling</i>	22
<i>4.2.3 Behov for rehabilitering og terapeutisk behandling</i>	23
<i>4.2.4 Pårørende som en del av prosessen</i>	24
<i>4.2.5 Behov for undervisning innen psykisk helse</i>	24
4.3 Spørreundersøkelser som et viktig screeningsverktøy	25
<i>4.3.1 Screening for psykiske plager</i>	25
<i>4.3.2 Screening for klassiske MS-symptomer</i>	25
5.0 DISKUSJON	26
5.1 Metodediskusjon	26
5.2 Resultatdiskusjon	27
6.0 BRUK AV RESULTATETENE I PRAKSIS	30

REFERANSER 31

VEDLEGG

Vedlegg 4. Søkelogg

Antall ord: 8 292

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter praksisperioden min på medisinsk avdeling fikk jeg for meg hva tema til bacheloroppgaven skulle være: Multippel sklerose (MS). Jeg møtte flere MS-pasienter her, særlig la jeg merke til en som hadde hatt MS siden 80-tallet. Jeg fikk muligheten til å følge denne pasienten gjennom hele innleggelsen hens, og vi fikk god kontakt. Jeg tok meg god tid hos pasienten, da jeg erkjente et behov som ikke var ytret. Grunnet relasjonen mellom meg som pleier og hen som pasient, identifiserte jeg flere behov relatert til diagnosen. Disse behovene omhandlet spesielt den psykiske helsen, og svekket livskvaliteten til pasienten. Fra før hadde pasienten ytret ønsker om å dø, hen var lei av all lidelsen som diagnosen fører med seg. Etter å ha utarbeidet tiltak som dekket disse behovene, opplevde pasienten stor bedring i livskvaliteten hens. Som tilleggserfaring fant jeg ut at mange MS-pasienter ikke får nødvendig psykisk hjelp, selv når de spør om det. Da psykiske symptomer forekommer hos mer en halvparten av pasientene, ser jeg derfor et behov for å belyse problemstillingen rundt pasienter med MS og deres psykiske behov.

1.2 Problemformulering

Hvert år får 500 nye mennesker MS i Norge. Dette er en diagnose som medfører svekket livskvalitet relatert til nedsatt motorisk funksjon, vissenhet, samt fysisk og psykisk problematikk. Dette fører til betydelige belastninger og utfordringer for pasientene. Hvordan sykepleiere møter behovene til denne type pasienter, er av stor betydning. Til tross for en økning av internasjonal forskning om MS og deres belastninger, samt behov for symptomreduserende tiltak, er det flere MS-pasienter som opplever at særlig deres psykiske behov ikke blir ivarettatt. Dette selv når pasientene ytrer ønsker om slike tiltak. Jeg ser derfor et behov for økt fokus og kunnskap om betydningen av iverksettelse av tiltak som dekker slike behov under et sykehus-/sykehjemsopphold for disse pasientene. Jeg ønsker å se nærmere på virkning og effekt av tiltak rettet mot psykisk helse for MS-pasienter. Jeg ønsker også å fremvise forskning som viser at selv om MS er preget av psykisk helseproblematikk, og dette er normalt med diagnosen, er det fremdeles viktig, om ikke særdeles viktig å dekke disse behovene. Ved å undersøke dette temaet, vil en kunne få en økt forståelse for betydningen av tiltak rettet mot psykisk helse ved MS-pasienter. Dersom ikke forskningsbasert kunnskap om temaet løftes frem, har ikke sykepleiere de forutsetningen som trengs for å vurdere betydningen og behovet for tiltak angående psykiske behov hos MS-pasienter.

1.3 Hensikt/formål med oppgaven

Denne bacheloroppgaven har både en *faglig* og en *formell* hensikt. Den faglige hensikten er å belyse betydningen av psykologiske tiltak for å øke livskvaliteten til en MS-pasient, og å vise til hvordan sykepleier kan yte omsorg for å dekke behovene på en gunstig måte. Den formelle hensikten er avsluttende eksamensarbeid ved Bachelor i sykepleie på Universitetet i Stavanger.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

«Multippel sklerose (MS) er en kronisk betennelsessykdom i hjernen og ryggmargen (sentralnervesystemet). Navnet multippel sklerose skyldes at man finner flere (multiple) harde knuter (skleroser) i sentralnervesystemet.» (Faiz & Gjerstad, 2022). Sykdommen fører til at pasienten får dårligere livskvalitet, da symptomene påvirker pasienten både fysisk, psykisk og sosialt. Ettersom sykdommen er progredierende, vil pasienten gradvis få et økt behov for tilretteleggelse ift. ADL-funksjonene. Pasienten vil bli mer og mer pleietrengende, og vil få stadig økt mengde innleggelse for å stabilisere de grunnleggende behovene. Oppgavens teoretiske perspektiv tar for seg multippel sklerose som diagnose, pasientens endring i hverdagen og psykiske behov knyttet til diagnosen.

2.1 Multippel sklerose (MS)

MS, eller Multippel Sklerose, er en auto immun progredierende sykdom. At den er progredierende, betyr at sykdommen gradvis blir forverret. At tilstanden er auto immun, betyr at pasientens immunsystem reagerer mot og angriper visse molekyler i kroppens egne celler og vev (Harboe, 2020). Ordene multippel sklerose betyr «mange arr». MS er derfor en kronisk inflammatorisk sykdom i sentralnervesystemet, fordi sykdommen angriper molekyler i cellene og vevet i sentralnervesystemet. Disse inflammasjonene forårsaker at myelinet i noen av aksonene i det rammede området blir skadet. Det er lokalisasjonene av de skadde områdene som avgjør symptom bildet i attackfasen. Et attack er også kjent som et «oppblussingsanfall». Ved aksonal skade er tilstanden permanent, men dersom bare myelinet er skadd, kan skaden leges spontant ved nydannelse av myelin samt dannelse av arrvev (sklerose). I Norge har rundt 10 000 nordmenn MS, omtrent dobbelt så mange kvinner har MS som menn. Sykdommen er av ukjent årsak, men man antar at genetisk disposisjon påvirker sykdomsrisikoen. Man antar også at ytre faktorer kan bidra til utløsning av sykdommen, som ved tilfeldige infeksjoner (Espeset et al., 2020, s. 285).

Diagnosen MS stilles basert på en grundig sykehistorie, klinisk nevrologisk undersøkelse, magnetisk resonanstomografi (MR) og undersøkelse og analyser av ryggmargsvæsken (spinalpunksjon). I tillegg utfører man ofte fremkalte responser ved å stimulere syn, hørsel og sensoriske nerver. Ved avvik fra normalverdiene kan dette gi mistanke om forstyrrelser eller brudd i nervebanene. Ved utredning av MS kan man også benytte McDonalds diagnosekriterier. Dette er kriterier som stiller krav til kliniske funn, laboratoriesvar samt MR-

data for å komme frem til diagnosen. Selve utredningen av MS tar tid og krever god nevrologisk kompetanse (Espeset et al., 2020, s. 285).

MS er en sykdom med mange symptomer. Disse symptomene varierer fra person til person, samt fra attacke til attacke. Symptombildet er avhengig av hvor i sentralnervesystemet inflammasjonen er lokalisert. Vanlige symptomer er derimot; synsforstyrrelser, føleforstyrrelser, nedsatt muskelkraft i bein og armer, endret urinlating, endret tarmfunksjon, seksuelle problemer, koordinasjonsforstyrrelser, balanseforstyrrelser og svelge- og talevansker. Symptomene kan også bidra til å lokalisere inflammasjonen. Ofte har MS-pasienter også såkalte ikke-motoriske forstyrrelser. Disse blir også kalt for «usynlige symptomer». Slike symptomer omfatter; utmattelse, depresjon, smerter, angst, uforklarlig tretthet og kognitive problemer med dårlig hukommelse, manglende konsentrasjon samt redusert evne til å planlegge og løse sammensatte problemer. Spastisitet og synsforstyrrelser er også normalt for MS-pasienter. I den tidlige fasen av sykdommen vil symptomene ofte gå delvis eller helt tilbake, avhengig av mengden arrvev som dannes. Over tid vil det derimot oppstå permanent skade, følget av funksjonssvikt (Espeset et al., 2020, s. 285-286).

Per i dag finnes det ingen kurativ behandling for MS. Behandlingen foregår først og fremst for å redusere varighet og hyppighet av attackene. Man forsøker også å forebygge en progressiv utvikling av funksjonssvikten. Generelt benyttes medisinsk behandling som sykdomsmodifiserende, eller forebyggende behandling. Dette fordi det forsinket sykdomsutviklingen. Man benytter også medisinsk behandling i form av symptomatisk behandling, dette reduserer plager og øker livskvaliteten til pasienten. Man benytter glukokortikoider for å redusere oppblussing av anfall og interferoner som forsinket utviklingen av sykdommen. Ved spastisitet benyttes legemidler som Baklofen og Diazepam, cannabis og lindrende behandling i form av fysioterapi. Fysioterapeut kan også være hjelpelige med hjelpemidler som skinner for forebygging. Fysioterapi hjelper også ved utmattelse, da det blir tilrettelagt for den enkelte pasientens grenser. For å dempe smerter har vanlige smertestillende liten effekt. Man kan i disse tilfellene benytte visse typer epilepsimedikamenter, da disse har noe effekt. Lave doser trisykliske antidepressiva kan også ha effekt. Fampridine benyttes for å bedre gangfunksjonen. Ved urinlatingsproblematikk benyttes legemidler, og pasienten kan også være i behov for SIKing (Manuell tømning av blæren). Legemidler, hjelpemidler og fysioterapi kan bedre seksuell problematikk, mens ergoterapi bedrer ataksi og tremor hos de pasientene som er påvirket av dette. Ved andre psykiske plager samarbeider MS-sykepleier, sosionom, psykolog og psykiater for å bedre

plagene. Antidepressiva er førstevalget ved slik problematikk (Espeset et al., 2020, s. 287-289).

2.1.1 Ms-pasienter sine utfordringer i hverdagen

Som tidligere nevnt er MS en progredierende sykdom. Den fører til nedsatt funksjon hos pasienten både fysisk og psykisk. Tilstanden følger med et sammensatt symptombilde. Da somatisk sykdom ofte fører til psykisk sykdom, er dette en sykdom med et komplisert forløp. Som ny diagnostisert kan pasienten oppleve nedsatt selvstendighet, samt et økt behov for tilretteleggelse for å dekke de grunnleggende behovene. MS medfører store livsstilsendringer som på sikt nedsetter livskvaliteten til pasienten (Espeset et al., 2020, s. 286-287).

Sykepleierens oppgave i møte med MS-pasienten vil variere i stor grad. Først og fremst er det sykepleiers ansvar å sørge for at de grunnleggende behovene til pasienten blir møtt. Dette innebærer problematikk ved aktivitetsnivå, ernæring, eliminasjon og psykososial problematikk. Da sykdommens grad av forverring endrer symptombildet, vil det være viktig å tilrettelegge for det enkelte individets symptombilde. Dette er en diagnose som oftest rammer unge pasienter. Innen grad av forverring er blitt så stor at pasienten er i behov for pleie, vil den enkelte pasient ofte ha for seg hvordan de vil sykepleien skal utføres. Dette grunnet deres kjennskap til sykdommen, og erfaringer ved å ha hatt den så lenge (Espeset et al., 2020, s. 289-291). I møte med den pleietrengende pasienten, vil man iverksette helsefremmende tiltak rettet mot å øke velvære hos pasienten. Samtidig vil man ha fokus på lindring av pasientens plager og funksjonssvikt, samt å forebygge komplikasjoner ved tilstanden (Kristoffersen, 2017, s. 27).

For MS-pasienten er det viktig å ha et godt tverrfaglig samarbeid mellom pasient, pleier og andre aktører i helsevesenet. Sykepleier, særlig med spesialkompetanse innen MS, vil være en god støttespiller for pasienten i et slikt samarbeid. Det er sykepleiers ansvar å sørge for at samarbeidet fungerer, og at dette bidrar til å dekke det helhetlige behovet pasienten har per nå i sykdomsutviklingen. Gjennom god oppfølging skaper de ulike aktørene et bånd med pasienten, basert på tillitt. Dette båndet legger til rette for videre sykepleie, samt identifisering av behov hos pasienten (Espeset et al., 2020, s. 289-291).

2.2 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet er individuelt. Samfunnet en lever i har betydning for ens egen definisjon av livskvalitet. Ifølge WHO er livskvalitet «personens oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdssystemet de lever i, i relasjon til deres egne

mål, forventninger, normer og interesser». Ifølge Kristoffersen belyser definisjonen viktige områder ved en persons oppfatning av egen livssituasjon. Derimot tas det ikke hensyn til personens følelsesmessige opplevelse av livssituasjon. Kristoffersen refererer til Næss og hennes syn på livskvalitet som begrep. Hun deler begrepet i fire; psykisk velvære, individets indre opplevelse, nærvær av positive opplevelser og fravær av negative opplevelser samt individers positive og negative opplevelser av kognitiv og affektiv art (Kristoffersen, 2017, s. 56-57).

Livskvalitet ift. psykisk velvære knyttes til enkeltpersoner, ikke samfunnet. Samfunnets betydning for ens egen livskvalitet er derimot omdiskutert. Livskvalitet knyttet til individets indre opplevelser innebærer en person sine egne kvaliteter, og hvordan disse bidrar til å skape gode opplevelser for individet. En utadvendt og optimistisk person vil for eksempel oppleve flere positive indre opplevelser knyttet til disse kvalitetene. Livskvalitet knyttet til nærvær av positive og fravær av negative opplevelser forstås som at man ikke nødvendigvis har dårlig livskvalitet, selv om det er tilstedeværelse av negative opplevelser som angst og depresjon. En opplevelse av positive indre opplevelser som glede og trivsel bidrar også til ens livskvalitet. Til slutt trekkes det frem livskvalitet ift. individers positive og negative opplevelser av kognitiv og affektiv art. Mens det kognitive fokuserer på ens tanker, oppfatninger og vurderinger av gitte situasjoner, handler det affektive om personens følelser. Disse to begrepene inngår i hverandre og endrer forståelsen av ens livskvalitet (Kristoffersen, 2017, s. 56 og 57).

Livskvalitet og MS knyttes sterkt sammen. Det å få diagnosen MS kan virke håpløs for pasienten. Et bredt symptom-bilde med flere symptomer som endrer ADL-funksjonene og hverdagen til pasienten, har som konsekvens at pasienten må tilrettelegge hverdagen sin på en helt ny måte. Fysiske symptomer som utmattelse, nedsatt mobilitet, ataksi og redusert muskelkraft krever et mye høyere energinivå enn pasienten tidligere er vant til. Man opplever gjerne at man ikke klarer å gjennomføre de behovene eller lystene man har hatt lyst til, og klart å gjennomføre tidligere (Espeset et al., 2020, s. 286-287).

Endringene i pasientens liv medfører også endringen i pasientens psykiske status. Symptomer som sinne, angst og depresjon fører til at behov som sosialisering ikke oppleves like enkelt som før. Pasientens livsutfoldelse påvirkes i stor grad, noe som videre medfører svekket livskvalitet (Espeset et al., 2020, s. 287).

2.3 Psykisk helse

Ifølge grunnleggende sykepleie defineres sunn psykisk helse, som evnen til å utføre handlingen som kjennetegnes av konsekvensinnsikt, samt at de fungerer helsefremmende. Det vil si at handlingene en utfører er til ens egen og andres helses beste hensikt. Dette skaper også rom for å ha en god psykisk helse på tross av negativiteter som kronisk sykdom eller truende død. Kristoffersen refererer til et utsagn fra Eriksson: en person er så syk eller frisk som han selv føler seg. God psykisk helse forklares også som opplevelsen av trivsel og mening med tilværelsen (Kristoffersen, 2017, s. 51 og 63).

Psykiske lidelser omtales som vår tids nye folkesykdom. Statistikk viser at mellom 30 og 50% av den norske befolkningen, vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet. Det trekkes også frem at skillet mellom somatiske plager og psykiske problemer er uklart. Da somatiske plager kan vise seg i psykiske symptomer og omvendt, tydeliggjøres dette skillet mer som et samspill. Slik er det også ved MS (Kristoffersen, 2017, s. 63 og 64).

Nedstemthet, angst, sinne og depresjon er vanlige symptomer ved MS. En total endring i hverdagen fører også til slike symptomer, gjerne etterfulgt av frustrasjon og håpløshet. Pasienten må tilrettelegge seg en ny livsstil hvor helsen står i sentrum, og man må sette i gang et samspill mellom flere parter i helsevesenet for at pasientens livskvalitet skal bedres. Som tidligere nevnt omhandler samspillet mellom somatisk og psykisk problematikk også MS. Med det menes at reaksjonen av fysiske symptomer gjerne kan gjenspeile seg i psykisk problematikk og omvendt. Det fører til et komplisert sykdomsbilde med nye utfordringer for pasienten (Espeset et al., 2020, s. 285-289).

3.0 METODE

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2018, s. 51). Metode blir brukt i akademisk oppgaveskriving for å sette krav til at overholdelse av intellektuelle argumenter, som både er sanne, gyldige og holdbare. Metoden brukes også for å samle inn data, eller informasjon som vi trenger til undersøkelsen vår. (Dalland, 2018, s. 51-52). Vi skiller mellom kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode i den samfunnsvitenskapelige metodelæren (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2010, s. 31). Valg av metode begrunnes ved hvilken data man har behov for i undersøkelse av den aktuelle problemformuleringen. Mens den kvantitative metoden brukes når aktuell data kan tallfestes med målbare enheter, som ved gjennomsnittlig inntekt i en befolkning, benytter man kvalitative metoder for å innhente data om meninger eller opplevelser. Disse kan man verken måle eller tallfeste (Dalland, 2018, s. 52). Jeg vil benytte meg av Fribergs metode for en integrativ litteraturoversikt, da dette best bevarer problemstillingen min (Friberg, 2017, s. 150). Jeg vil hente datamateriale utelukkende fra vitenskapelige artikler, og prioriterer bruk av kvalitative studier ift. min problemstilling. Friberg forklarer prosessen som at man deler opp helheten i et artikkelutvalg, sammenligner utvalget i en litteraturoversikt, og setter sammen delene til en ny helhet. Artikkelutvalget baseres på allerede gjennomførte og publiserte forskningsartikler. Helheten skal fremstille likheter og ulikheter, samtidig som det skal vise relevans ift. problemformuleringen min. Det er også viktig at en «trekker» konklusjoner og verifiserer hvordan dataen henger sammen (Friberg, 2017, s. 150). Jeg skal derfor gjennomgå allerede publiserte artikler om gjennomførte studier som har søkelys på MS, livskvalitet og psykisk helse. Jeg sammenholder og sammenligner dataen i artiklene, for å finne frem til ny kunnskap om temaet

3.1 Litteratursøk og valg av litteratur

Utfra oppgaven min sin problemformulering og hensikten med denne har jeg funnet frem til fire egnede studier. Ved å følge Fribergs metode for integrativ litteraturoversikt, har jeg funnet problemområder som er gjennomgående i disse studiene. De passer også godt med hensikten min i denne oppgaven. I utgangspunktet har jeg valgt å bare bruke kvalitative studier for å styrke oppgaven. Da det var vanskelig å anskaffe relevant materiale for å dekke oppgavens brede formulering, har jeg valgt å supplere med to kvantitative studier. Dette for å styrke oppgavens empiriske grunnlag. Jeg anvender et systematisk litteratursøk i databasene

Cinahl, SveMed+ og Oria. Disse databasene er relevante for helsefag, og har et enkelt oppsett. Jeg benytter meg også av PICO for å lage en relevant søkestreng. PICO er et verktøy som benyttes ved litteratursøk for å gi struktur i søkestrengen (Helsebiblioteket, 2021). PICO er en forkortelse og står for:

- P – Utvalg eller problem: Hvem er innehaver av problemet? Hvem påvirkes?
- I – Intervensjon/tiltak eller interesse: Hva er det med denne populasjonen, eller dette problemet du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjoner) eller noe populasjonen blir utsatt for (eksponering)?
- Co – Context: Hvem har nytte av intervensjonene? Hvem skal benytte seg av utfallet?

Tabell 1. PICO-tabell

P= utvalg eller problem	I= intervensjon/tiltak eller interesse	Co= context
Sykeplei*	Psykisk helse	MS
	Psykisk behov	Multipel sklerose
Nurs*	Psykisk	
Nursing Care Plans		Multiple sclerosis
Nurse	Attitude to mental illness	Multiple-sclerosis
Nurses	Mental disorders	
Nursing	Mental health	
Nursing care	Mental illness	
	Mental disorder	
	Psychiatric illness	

Jeg brukte søkeordene: «(Nursing Care Plans OR Nurse OR Nurses OR Nursing OR Nursing care) AND (Attitude to mental illness OR Mental disorders OR Mental health OR Mental illness OR Mental disorder OR Psychiatric illness) AND (Multiple sclerosis OR MS OR

Multiple-sclerosis). Jeg kombinerte søkeordene både på norsk og engelsk, for å finne et bredere utvalg av artikler. Jeg fant lite norske artikler, og forsøkte flere varianter av den engelske søkestrengen. Til slutt fikk jeg et søk på 123 artikler. Ved hjelp av kritisk granskning, valgte jeg bort artikler som var uaktuelle og irrelevante. Følgene inklusjonskriterier er benyttet:

1. De er skrevet i et sykepleiefaglig perspektiv.
2. Artiklene er hentet fra peer review.
3. Artiklene skulle ikke være mer enn 10 år gamle.

Opprinnelig fant jeg fem artikler i Cinahl. Etter å ha oppdaget at to av artiklene er gjemt bak betalingsmur, besluttet jeg å søke opp en artikkel til. Dette for å opprettholde oppgavens empiriske grunnlag på et kvalitetssikkert nivå. Derfor forsøkte jeg SveMed+ og Oria med søkestrengen: «(Multiple sclerosis OR MS OR Multiple-sclerosis) AND (Mental health OR Mental illness OR mental disorder)». Jeg fikk 4 søk på SveMed+, men ingen aktuelle artikler. På Oria fikk jeg 529 872 søk. Etter å ha lest sammendraget på flere artikler, fant jeg en som kunne være aktuell. Under avsnittet har jeg brukt en systematisk oversikt over de valgte artiklene. For å styrke oppgaven har jeg benyttet faglitteratur som er relevant ift. problemformuleringen. Disse omhandler teori angående MS som diagnose, livskvalitet, psykiske behov/psykisk helse og en sammenstilling av disse.

Tabell 2. Oversikt over analyserte tekster

Artikkel	Problem/hensikt	Metode	Resultat	Søkemotor
A Framework of Care in Multiple Sclerosis, Part 2	Gruppen undersøker og evaluerer den nåværende modellen for omsorg for MS-pasienten. Målet er å oppnå høyest mulig nivå av selvstendighet, funksjon og	Kvalitativ	Forekomsten av psykiske plager hos MS-pasienter er mye høyere enn hos den generelle befolkningen. Bruk av screeningsverktøy for identifisering av mulige plager, rask behandling, tverrfaglig samarbeid og	Cinahl

	livskvalitet for mennesker med MS.		individualisering av pleie er viktige faktorer for å oppnå høyere grad av livskvalitet hos pasienten.	
A nurse-led mental health service for people with multiple sclerosis	Hensikten er å finne brukbare metoder for å identifisere og behandle psykiske plager hos MS-pasienter	Kvantitativ	HADS som brukbart screeningsverktøy. Mange MS-pasienter opplever svekket psykisk helse. En blanding av screening, saksbehandling, medisiner og terapi oppleves å være hjelpsomt for MS-pasienten.	Cinahl
Meeting the mental health needs of people with multiple sclerosis: a qualitative study of patients and professionals	Å utforske perspektivene og erfaringene til MS-pasienter og helsearbeidere ang. psykisk helse støtte for MS i England	Kvalitativ	Fire sentrale tema ble identifisert; Kandidatur for omsorg, behandlingsmuligheter, rolledefinering og gjennomtrengelighet og respons. Dette er områder hvor tjenester innen psykisk helse oppleves som for dårlig av de involverte.	Cinahl
Improving the quality of mental health	En utforskende studie, med fokus på	Kvantitativ	Det er en høy utbredelse av psykisk helseplager, og	Oria

care in multiple sclerosis	behandling ang. psykisk helse hos MS-pasienter		betydelig manglende behandling for MS-pasienter. Funn antyder økt bruk av screeningsverktøy og henvisning til profesjonelle når mulig	
-----------------------------------	--	--	---	--

3.2 Analyse

Ifølge Forsberg og Wengstrøm forklares analyse som å dele opp forskningen i mindre deler, granske dem hver for seg, og deretter sette funne sammen til en ny helhet, også kalt en syntese (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 166). Benytte meg av Febe Friberg sin metode for integrativ litteraturoversikt. Denne typen analyse kan inneholde bruk av studier ved både kvalitative og kvantitative metoder (Friberg, 2017, s. 134). Friberg forklarer prosessen ved at man skal analysere artikkelutvalget med tanke på likheter og ulikheter, for å finne frem til nye tema som underbygger problemformuleringen (Friberg, 2017, s. 150).

Jeg startet med å lese gjennom artiklene i utvalget mitt. Jeg markerer viktige avsnitt, setninger og ord som relaterer til mitt arbeid og hensikten med dette. Videre skriver jeg ned et sammendrag og en videre oppsummering av funn fra artiklene i en litteraturoversikt. Så identifiserer jeg hovedtema fra resultatene, og skaper en oversikt over disse samt aktuelle underkategorier i en egen tabell. Til slutt formulerer jeg nye beskrivelser fra temaene og underkategoriene (Friberg, 2017, s. 148-150).

4.0 RESULTATER

I analysen min delte jeg artiklene inn i tre hovedkategorier og ti underkategorier. Disse setter søkelys på hvordan sykepleiere kan tilrettelegge for MS pasienter, og sørge for at deres grunnleggende behov er dekket, da spesielt psykisk. Dette med tanke på økt livskvalitet hos en ellers utsatt gruppe mennesker. Disse vises i tabellen under, og en forklaring til tabellen i etterkant.

Tabell 3. Oversikt over kategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
<ul style="list-style-type: none"> Høy forekomst av psykisk lidelse hos MS-pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> * Komplekst samspill mellom somatikk og psykiatri v/ MS * Manglende behandling * Depresjon svekker livskvaliteten
<ul style="list-style-type: none"> Behandling for å øke livskvaliteten 	<ul style="list-style-type: none"> * Tverrfaglig samarbeid og rollefordeling * Medikamentell behandling * Rehabilitering og terapeutisk behandling * Pårørende som en del av prosessen * Undervisning innen psykisk helse
<ul style="list-style-type: none"> Spørreundersøkelser som et viktig screeningsverktøy 	<ul style="list-style-type: none"> * Screening for psykiske plager * Screening for klassiske MS-symptomer

4.1 Høy forekomst av psykisk lidelse hos MS-pasienter

4.1.1 Komplekst samspill mellom somatikk og psykiatri v/ MS

I den engelske studien til Methley, Campbell, Cheroghi-Sohi og Chew-Graham (2015) kommer det frem at leger og spesialsykepleiere ofte motstår å patologisere symptomer på lavt

stemningsleie hos MS-pasienter. Dette til fordel for andre forklaringer på utbrudd av depresjon, som for eksempel samlivsbrudd eller stigma knyttet til fysiske symptomer som inkontinens. De belyser det komplekse samspillet mellom mental helse og fysisk velvære i en diagnose som MS. Dette kan føre til at fagpersoner ikke ser på MS-pasienter som kandidater for behandling r/t psykisk helse, dersom symptomene ikke blir sett på som en egen psykisk helseplage, eller er av en slik alvorlighetsgrad som har behov for behandling (Methley, Campbell, Cheroghi-Sohi & Chew-Graham, 2015, s. 1101).

Samspillet mellom fysisk og psykisk helse kan også ses i den amerikanske studien til Newsome mfl. (2018). Det gjengis at noen av symptomene knyttet til diagnosen, kunne være ubehagelig å snakke om, både for pasientene og helsearbeiderne. Dette fører til at slike problemer blir lite anerkjent. Studien refererer til en annen studie om kommunikasjon, inklusivt barrierer for effektiv kommunikasjon. Resultatene viser at samtaler om blære/tarm og seksuell dysfunksjon var vanskelig å snakke om både for pasientene og behandlere, men særlig for behandlerne. 10% gjengir vansker med å snakke med behandleren sin, da også angående dysfunksjon r/t mobilitet, samt kognitiv problematikk (Newsome et al., 2018, s. 44).

Konsekvensene av dette ses videre i den amerikanske studien til Minden, Ding & Cleary mfl. (2013). De viser til en annen studie angående MS-pasienter og psykisk helse. Studien rapporterer at 59,6% (2 017 pasienter) av 3 384 MS-pasienter opplever problematikk innen psykisk helse. Av disse fikk mindre enn halvparten behandling, verken fra MS pleieteamet deres, fra sykepleiespesialister innen psykisk helse på MS sentre, eller fra kommunen (Minden, Ding & Cleary, 2013, s. 43).

4.1.2 Manglende behandling av psykiske plager

Minden (2013) utdyper funnene i sistnevnte studie med at det umøtte behovet for behandling av psykisk helse for MS-pasienter er betydelige. 59,6% (2 017 pasienter) rapporterer psykisk helse problematikk (for eksempel følelse av depresjon, angst, utmattelse, familieproblemer eller dopingproblematikk). 86,1% av disse hadde emosjonelle problemer, mens 13,9% hadde symptomer forenelig med alvorlig psykisk sykdom. 55,3% av pasientene med emosjonelle, og 43,6% av pasientene som hadde symptomer forenelig med alvorlig psykisk sykdom, fikk ingen behandling. De beskriver at konsekvensene for det umøtte behovet angående behandling innen psykisk helse er store. Psykisk sykdom er assosiert med høy dødelighetsrate r/t helsesykdom og selvmord, i tillegg til betydelig funksjonshemming (Minden et al., 2013, s. 44-45).

I den engelske studien til Methley (2015) kommer det frem mulige årsaker til manglende behandling av psykiske plager hos MS-pasienter. Studien viser til at noen sykepleiere velger å ikke tiltale psykiske helseplager i konsultasjon grunnet risiko. Som to av studiens deltagende spesialsykepleiere sa:

If we open that can of worms and we've got nothing to support them with, are we actually doing them a favour? Yes, it's ignoring them [Mental health problems] in one sense, because you could actually take away all their boundaries and that concerns me with the lack of back up available (Methley et al., 2015, s. 1101).

We've got a few patients with mental health issues which can often overshadow the physical symptoms. I'm absolutely rubbish at mental illness. I just haven't got enough knowledge or insight, so I'm really out of my comfort zone and completely out of my depth, so I find that quite traumatizing actually (Methley et al., 2015, s. 1101).

Studien viser også til dårlig tilgang på psykisk helsehjelp. Lange ventelister fører til at behandlere må balansere kvalitet på tilbudet og ventetiden. En mangel på tjenestetilbud lokalt i kommunen og vansker grunnet MS-symptomer som isolasjon, eller alvorlighetsgrad av andre klassiske MS-symptomer, fører til at MS-pasienter ofte ikke får den helsehjelpen de har behov for. Noen behandlere viser derimot til gode erfaringer i møte med tjenester innen psykisk helsevern. De gode erfaringene grunnes med; god kunnskap angående lokale tjenester med sterke faglige relasjoner og samlokalisering av tjenester. En av deltagerne i studien forteller at praksisen deres har en egen rådgiver som kommer innom en gang i uken, og har fire til seks avtaler som pasientene kan bookes inn i (Methley et al., 2015, s. 1102-1103).

4.1.3 Depresjon svekker livskvaliteten

I artikkelen til Newsome mfl. (2018) forklares det at multippel sklerose kan resultere i utallige symptomer. Dette kan være overveldende for både pasienten og helsearbeidere. Symptomene kan påvirke forhold med andre mennesker, ansettelsesforhold og selvstendighet. Verst av alt kan komplikasjoner fra utilstrekkelig behandlede symptomer – som urosepsis og selvmordsrisiko – være fatalt. Videre vises det til at selvmordstanker og selvmordsforsøk forekommer ca. dobbelt så ofte hos MS-pasienter enn den generelle befolkningen. Risikofaktorene angis som; depresjon, samt alvorlighetsgraden av den, det å være en ung mann, sosial isolasjon, alkoholmisbruk, lav inntekt, progressiv sykdom, økt funksjonshemming (angående mobilitet, tarm og blære) og å være tidlig eller sent i sykdommen (Newsome et al., 2018, s. 54-55).

I studien til Askey-Jones, Silber, Shaw, Grey og David (2012) rapporteres det at mange MS-pasienter opplever problematikk med psykisk helse, som kognitiv svekkelse og stemningslidelser. De gjengir også at depresjon og angst forekommer hos cirka 50% av

pasientene i løpet av livet (Askey-Jones et al., 2012, s. 463). I både studien til Askey-Jones og i studien til Newsome mfl. (2012; 2018) rapporteres det at det er viktig å identifisere og behandle depresjon og andre psykiske plager. Dette fordi disse problemene i verste tilfelle kan føre til videre funksjonssvikt eller død. Depresjon anses også som en avgjørende faktor angående livskvalitet hos MS-pasienter (Askey-Jones, Silber, Shaw, Grey & David, 2012, s. 463; Newsome et al., 2018, s. 53).

På tross av høy forekomst av disse tilstandene, er depresjon underdiagnostisert og utilstrekkelig behandlet. I studien til Methley belyses en av årsakene til dette. Studien angir at MS-diagnosen gjør det vanskelig å skille mellom om depresjon forekommer av å ha blitt diagnostisert med MS, som en konsekvens av den medikamentelle behandlingen, eller av sykdommen selv. En av deltagerne utdyper:

A lot of them [MS patients] get very low in mood and we don't know whether that's because they've been diagnosed with a long term condition or whether it's something in the brain, specifically with MS or one of the medications they're on (Methley et al., 2015, s. 1101).

4.2 Behandling for å øke livskvaliteten

4.2.1 Behov for tverrfaglig samarbeid og tydelig rollefordeling

Newsome mfl. vektlegger behovet for tilgjengelig psykisk helsehjelp for pasienter, og det å henvise til erfarne spesialister når dette er mulig. Artikkelen angir behandlingsmuligheter; farmakologiske tiltak, psykososial støtte, psykoterapi, rådgivningstimer, kognitiv-atferds terapi og kognitiv rehabilitering. Målet for studien er å øke livskvaliteten for MS-pasienter (Newsome et al., 2018, s. 55). Risikoen for selvmordstanker og selvmordsforsøk angis å være ca. dobbelt så høy hos MS-pasienter enn den generelle befolkningen. Det belyses at vurdering og henvisning til behandling er avgjørende for å forhindre denne mulig håndterbare årsaken til sykkelighet og dødelighet hos pasienter med MS (Newsome et al., 2018, s. 54).

Newsome og Minden (2018; 2013) trekker også frem behovet for inkludering av sykepleiere spesialisert innen psykiske helse på et MS-team. Dette grunnes med viktigheten av å henvise fort til profesjonelle angående psykisk helse (Newsome et al., 2018, s. 54; Minden et al., 2013, s. 42). Som en MS-sykepleier sa i studien til Methley (2015):

The patients come to us and expect us to have the knowledge, because we deal with a lot of depression, low mood, as you would with any long term condition but it's really just out of our depth (Methley et al., 2015, s. 1102).

En integrert plattform for omsorg ses også på som viktig for å dekke behovet for psykisk helsehjelp, også i kommunen (Newsome et al., 2018, s. 54; Minden et al., 2013, s. 42).

Dersom tilgangen til psykolog eller psykiater er dårlig, anbefales det å medisinere, samt observere effekt til pasienten får muligheten til å treffe profesjonelle innen psykisk helsebehandling (Newsome et al., 2018, s. 53).

Sosionomer kan også være viktige støttespillere for pasienter med MS. Newsome mfl. (2018) viser til samtalerterapi med sosionomer. De kan hjelpe pasienten med samtaler om: emosjonell problematikk, finansielle ressurser, problemer innen livskvalitet, lokalisering av undervisningsmuligheter, program i kommunen med mer (Newsome et al., 2018, s. 54).

Minden (2013) angir at psykisk helsespesialister hadde større sannsynlighet for ikke å vite om MS generelt, enn andre omsorgsgivere (Minden et al., 2013, s. 45). Som Methley (2015) angir, er det sykepleiers oppgave å være der for MS-pasienten og psykisk helsespesialist. Slik kan sykepleier bidra med viktig informasjon angående pasientens tilstand og tiltak for omsorg (Methley et al., 2015, s. 1102).

Minden (2013) samlet inn en rekke positive erfaringer ved mottak av psykisk helsebehandling på MS senter, samt fra spesialister innen psykisk helse. Resultatene antyder en modell hvor behandling ved psykiske plager tilbys samme sted som nevrologisk behandling for pasientene, da dette øker livskvaliteten. Årsakene til dette er bekvemmelighet, samt enklere og bedre behandlingskoordinering (Minden et al., 2013, s. 45). Newsome mfl. (2018) mener også at en bør individualisere pasient-fokuserte behandlingsplaner, som aktivt involverer medlemmer i det medisinske teamet, og pasienten selv. (Newsome et al., 2018, s. 54). Dette for å sørge for mest mulig selvbestemmelse og et variert tilbud. Til slutt nevner Methley (2015) viktigheten med en personorientert tilnærming – å bli kjent med pasienten. Dette fordi pasienten ofte føler seg tryggere på behandleren, og valg av behandling. Særlig når preferansene til pasienten tas til rette av behandleren (Methley et al., 2015, s. 1101).

4.2.2 Behov for Medikamentell behandling

I studien til Newsome mfl. (2018) trekkes det frem anbefalinger og praktiske strategier for symptomatisk behandling ved MS. Studien belyser at det å forstå og kunne definere symptomer er et kritisk første steg. Bruken av farmakologisk terapi for symptomatisk behandling understrekes, men viktigheten av å vurdere bruk av ikke-farmakologiske tiltak fremkommer også (Newsome et al., 2018, s. 55). I studien til Methley (2015) rapporteres det også at helsearbeidere anbefaler medikamentell behandling, spesifikt med antidepressiva, for å behandle symptomene på lavt stemningsleie, og i visse tilfeller også angst (Methley et al., 2015, s. 1101).

Behovet for medikamentell behandling belyses med statistikk fra studien til Askey-Jones mfl. (2012). Det kommer frem i studien at av 127 kandidater, hadde 5 pasienter behov for en kort samtale angående medikamentelle endringer. Ellers ble behandlende medisin anbefalt eller fortsatt hos 31stk, 5stk av slo medisin. 10stk hadde behov for økt dose antidepressiva, 8stk bytte medisin grunnet mangel på respons, 15stk fortsatte med samme dose. Resultatet på studien konkluderer med en betydelig nedgang av symptomer på depresjon og angst hos kandidatene. (Askey-Jones et al., 2012, s. 464).

4.2.3 Behov for rehabilitering og terapeutisk behandling

Newsome mfl. (2018) viser til anbefalinger og strategier for symptomatisk behandling ved MS. Selv om bruk av farmakologiske tiltak understrekes, belyser de også viktigheten av bruk av ikke-farmakologiske tiltak, da terapeutisk behandling kan bidra til å forbedre pasientens funksjonsevne. Artikkelen viser også til at det senere i sykdommen, er viktig å henvise til rehabiliteringssenter så mye som mulig når fokus i behandlingen er rehabilitering. Dette for å oppnå flere målrettede tiltak. Dette inkluderer tilstedeværelsen av psykiatere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, språkterapeuter, yrkesrådgivere og rekreasjonsterapeuter (Newsome et al., 2018, s. 54).

Ifølge Methley (2015) anbefaler helsearbeidere samtaleterapi i behandling av lavt stemningsleie, og i noen tilfeller også angst. De viser til at sosial støtte og et sosialt nettverk er viktig for MS-pasienter, for å identifisere og håndtere mulige lave stemningsnivå. Uten dette kan pasienten oppleve et behov for støttende lytting fra en andrepart. Sykepleiere kan bidra til å være nyttige støttespillere for slikt arbeid (Methley et al., 2015, s. 1101-1102). Som en av kandidatene i studien sier:

I wouldn't ask for any help with my mood at the moment because I think I've got a really good circle of friends that are really supportive ... I feel like they're my counsellors? (Methley et al., 2015, s. 1102).

Resultatet av studien til Askey-Jones mfl. (2012) var en reduksjon i nivået av angst og depresjon hos kandidatene, som også tidligere nevnt. Statistikken studien bidrar med, grunngir behovet for terapeutisk og rehabiliterende behandling hos MS-pasienter. Av 127 kandidater i studien, fikk 27 kandidater en enkel vurdering og anbefaling til primæromsorgen. MS-spesialister ble også sørget for. 38 av kandidatene fikk saken sin behandlet, 47 kandidater virket passende for kognitiv atferdsbehandling fra sykepleier eller andre kilder. 19 kandidater fikk tilbud om en tilnærming gjeldende både saksbehandling og kognitiv atferdsterapi. Av de 47 som virket passende for kognitiv atferdsterapi, av slo 13 kandidater behandling, 6 stykk ble henvist til en selvstendig klinisk utprøving, mens 1 kandidat søkte behandling et annet sted.

Av de 29 som startet med kognitiv atferdsbehandling, fullførte 22 terapien og 7 stykk droppet ut underveis. Grunner for dette inkluderer reiseproblematikk, flytting ut fra området og MS tilbakefall. Pasientene som fullførte kognitiv atferdsbehandling viste betydelig reduksjon av nivået med angst og depresjon, enn de 6 månedene før studiet ble gjennomført (Askey-Jones et al., 2012, s. 464).

4.2.4 Pårørende som en del av prosessen

I både studien til Newsome (2018) og i studien til Minden (2013) understrekes det at pasienten har større utbytte av at jevne undersøkelser, samt tiltak bør inkludere pårørende eller familiemedlemmer når mulig. Dette grunngis med diagnosens komplekse symptombilde med fysisk, psykisk, sosial og kognitiv svekkelse. Å ha pårørende inkludert som en del av prosessen, sørger for at også familien kan få råd i møte med sykdommens økende endrede symptombilde og alvorlighetsgrad (Newsome et al., 2018, s. 54; Minden et al., 2013, s. 45).

Newsome mfl. (2018) viser også til at pasient og pårørende kan benytte sosionom som viktige bidragsyttere. Sosionomen kan bidra med kommunikasjon og støtte når familien til MS-pasienten og pasienten selv møter på endrede konsekvenser og ansvar relatert til sykdommen (Newsome et al., 2018, s. 54).

4.2.5 Behov for undervisning innen psykisk helse

Studien til Minden (2013) viser at MS-pasienter ofte foretrekker spesialister innen psykisk helse ovenfor andre omsorgsgivere. Pasientene utdyper dette med at spesialistene bidrar med informasjon angående bivirkninger av medikamentene og at de underviser pasientene i hvordan de kan håndtere diagnosen sine psykiske symptomer. Videre forklares det med at spesialistene generelt forklarer informasjonen på en god måte, og bruker tilstrekkelig med tid. Pasientene angir at de følte seg tryggere og mer involvert i behandlingen (Minden et al., 2013, s. 44).

Behovet for undervisning innen psykisk helse reflekteres også i studien til Askey-Jones (2012). 31 av kandidatene ble anbefalt en medikamentell tilnærming. 5 av kandidatene avslo. Negative trosoppfatninger var fremtredende hos de som avslo. Som en av kandidatene sier: «It would be a sign that I've given up». Da medikamentell behandling er en viktig faktor for å dekke det helhetlige behovet til en MS-pasient, er det også viktig at pasientene er klar over dette selv også (Askey-Jones et al., 2012, s. 464).

4.3 Spørreundersøkelser som et viktig screeningsverktøy

4.3.1 Screening for psykiske plager

Funn i både studien til Newsome mfl. (2018) og Askey-Jones (2012) antyder at MS-behandlere bør vurdere bruk av spørreundersøkelser for psykiske helseplager, særlig spørreundersøkelser relatert til depresjon på time hos fastlege, samt på avdelinger (Newsome et al., 2018, s. 53; Askey-Jones et al., 2012, s. 463). Newsome (2018) begrunner dette med at depresjon er en avgjørende faktor angående livskvalitet hos MS-pasienter. Dette fordi effekten av depresjon bare er litt mindre enn ved fysisk funksjonssvikt. De anbefaler bruk av the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), the Beck Depression Inventory fast screen (BDI), og the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESDS) (Newsome et al., 2018, s. 53).

Askey-Jones mfl. (2012) gjorde et forsøk gjennom studien sin. MS-sykepleiere fikk opplæring angående evaluering og behandling av depresjon og angst. Videre ble de oppfordret til å bruke Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) som screeningsverktøy. De skulle henvise pasienter som scoret over 8. Spørreundersøkelsen ble gjentatt etter studien, hvor ulike tiltak hadde blitt initiert. Spørreundersøkelsen tydeliggjorde forbedringene pasientene opplevde etter å ha fått behandling for de psykiske plagene (Askey-Jones et al., 2012, s. 463-464).

4.3.2 Screening for klassiske MS-symptomer

I artikkelen til Newsome (2018) sies det at som en del av rehabiliteringen, burde alle MS-pasienter bli evaluert for kjente MS-symptomer, og behandlingen bruder iverksettes så tidlig som mulig (Newsome et al., 2018, s. 54). Askey-Jones mfl. (2012) anbefaler bruken av CAHPS for å overvåke kvaliteten på behandlingen, Hauser Ambulation Index (HAI) for å vurdere uførhet, Fatigue Severity Scale (FSS) angående utmattelsessymptomer, samt the Multiple Sclerosis Neurological Questionnaire (MSNQ) for å evaluere generelle klassiske symptomer ved MS (Askey-Jones et al., 2012, s. 463).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

For å finne relevant litteratur i sammenheng med problemformuleringen min, benyttet jeg verktøyet PICO for å skape oversikt over søkestrengen. Jeg brukte flere synonymer for å få et bredere søk slik at jeg kan redusere risikoen av å utelate andre relevante studier. Jeg forsøkte å bruke flere søkemotorer og databaser, i tillegg til å søke både på engelsk og norsk. I utgangspunktet ønsket jeg resultater av kvalitative studier. Dette for å få et bredere og mer erfaringsbasert resultat i henhold til problemformuleringen min. Da flere av studiene var gjemt bak betalingsmur, valgte jeg å benytte kvantitative studier i tillegg. Studiene jeg har valgt består av to kvalitative studier, og to kvantitative studier. I etterkant har jeg konkludert med at en kombinasjon av statistikk og personlige erfaringer, både angående og fra omsorgsgiver, samt pasientens perspektiv, kan bidra med å øke oppgavens reliabilitet og validitet. Jeg mener også at dette kan føre til en mer helhetlig vurdering.

Inklusjonskriteriene mine er skrevet i henhold til oppgavens retningslinjer; de skal ikke være eldre enn 10 år, studiene skal være skrevet i henhold til et sykepleiefaglig perspektiv, samt studiene skal være peer review. Studiene mine er publisert i anerkjente vitenskapelige publikasjoner, de anses å være av god faglig kvalitet. Studienes tema omhandler MS-pasienter og psykisk velvære, samt at noen av studiene også relaterer dette til livskvalitet. Dette samsvarer godt med problemformuleringen min. Jeg ønsket i utgangspunktet å finne studier innenfor Norden, og om mulig Norge. Grunnen min for dette var å finne resultater i en kultur som likner eller er lik den i Norge. Resultatet endte opp med to engelske artikler, samt to amerikanske. Da den engelske kulturen kan sammenlignes med nordisk kultur, i tillegg til at resultatene mellom de amerikanske og de engelske studiene samsvarer, kan dette antyde at problemstillingen er generelt relevant. Ettersom alle studiene er engelske, har jeg måttet bruke google oversetter i noen tilfeller. For å unngå feiltolkninger har jeg også sjekket betydningen av ord jeg ikke kunne. Jeg sammenlignet dette så med konteksten i avsnittet i studiene.

I analysen av oppgaven benyttet jeg meg av Febe Friberg sin analysemodell. Som tidligere nevnt omhandler modellen å dele opp helheten i deler, sortere dataene i grupper, og til slutt komme frem til en ny helhet. For å analysere studiene har jeg «plukket» ut informasjon som jeg mener er relevant for oppgaven min. Videre har jeg sammenlignet informasjonen med det jeg fant i de andre studiene. Resultatene som gikk mest igjen ble satt i delkapittel 1 (jfr.

Resultat kapittel 4.1.1), mens resterende resultater ble fordelt i andre underkategorier. Hovedkategoriene ble lagd ut fra samsvarende nøkkelord i de tilhørende underkapitlene. Grunnet metodens innhold, ville det muligens vært vanskelig for andre å komme frem til de samme kategoriene og underkategoriene som jeg gjorde. Som Johannesen mfl. (2010) sier, så blir informasjonen vi bearbeider tolket ved å tillegge meninger skapt ut fra forhåndsoppfatninger og det vi vektlegger i teksten (Johannessen et al., 2010, s. 39).

Avslutningsvis vil jeg vise til bakgrunnen min for valg av tema (jfr. Kapittel 1.1). Selv om problemformuleringen min er basert på mitt møte med en MS-pasient, har jeg forsøkt å forholde meg objektiv og distansert fra temaet. Dette for at resultatet mitt ikke skal påvirkes av mine subjektive opplevelser og meninger angående problemformuleringen og temaet generelt.

5.2 Resultatdiskusjon

Artikkelutvalget mitt består av en engelsk og en amerikansk kvantitativ studie, samt en engelsk og en amerikansk kvalitativ studie. Selv på bakgrunn av ulike kulturer, angir studiene samsvarende resultater. Dette kan antyde at funnene har en ekstern validitet. Ekstern validitet blir av Johannessen (2010) beskrevet som når informasjon eller resultater kan generaliseres fra et utvalg til hele befolkningen (Johannessen, 2010, s. 230-231). Dersom studiene har ekstern validitet, betyr det at resultatene som presenteres, både i studiene og i oppgaven min, kan benyttes som nyttig informasjon til MS-pasienter, sykepleiere, fastleger og andre som møter MS-pasienten. Da kandidatgruppen også består av et variert utvalg mennesker; MS-pasienter, sykepleiere, sykepleiespesialister innen MS og/eller psykisk helse, samt fastleger; forsterker dette studienes eksterne validitet. På den andre siden ville et bredere mangfold av kandidater bidra til å gi et større helhetlig bilde av MS-pasienten og deres behov for å øke livskvaliteten. Det ville for eksempel vært interessant å se resultater angående problemstillingen, i fysioterapeuten eller psykiaterens perspektiv.

Som det kommer frem i studien til Methley (2015), så kommer ofte MS-pasientene til fastlegene for hjelp angående både deres fysiske og psykiske helse. Studien siterer en av fastlegene som sier at når det kommer til psykisk helsehjelp, er det ute av hens felt. Fastlegen kan derfor ikke bistå med en best mulig utredning eller behandling (Methley et al., 2015, s. 1102). Behovet for tverrfaglig behandling kan derfor anses som essensielt i møte med MS-pasienten, dette for å kunne yte helhetlig helsehjelp. Som vist til i delkapittelet mitt om *MS-pasienter sin utfordring i hverdagen* (jfr. Kapittel 2.1) er MS en sykdom som medfører et

komplekst samspill mellom psykiske og fysiske symptomer, likeså psykisk og fysisk velvære. Dette resulterer også i et komplisert sykdomsforløp (Espeset et al., 2020, s. 286-287). Espeset mfl. (2020) viser også til MS-pasienten sitt behov for tverrfaglig samarbeid. De angir samarbeidet å være mellom pasient, pleier og andre aktører i helsevesenet. Det forklares som sykepleiers oppgave å sørge for at dette samarbeidet virker, i tillegg til at det skal virke helsefremmende, samt dekke pasientens helhetlige behov (Espeset et al., 2020, s. 289-291).

Det komplekse samspillet mellom psyke og fysikk, samt mange MS-pasienter sin forforståelse om at diagnosen medfører å bli «lenket fast til rullestolen» grunnet en usikker fremtid, forklarer muligens utsagnet fra en kandidat i studien til Methley (2015). Utsagnets innhold omhandler fastleger sine utfordringer ved å identifisere årsaken til psykisk helseproblematikk hos MS-pasienter (Methley et al., 2015, s. 1102).

For å unngå utelatelse av relevante pasienterfaringer relatert til problemstillingen min, valgte jeg å ikke ekskludere pasienter basert på alder, progresjon i sykdommen, sivilstatus, yrkesstatus, kjønn osv. Mangfoldet i kandidatgruppen bidrar til et resultat som kan knyttes tett opp mot problemstillingen min. Mangfoldet av kandidater kan derimot svekke oppgavens reliabilitet, og det ville gjerne vært mer gunstig å basere pasientutvalget på progresjon i sykdom. Grunnlaget for å øke mangfoldet stammer i pasientenes ulike erfaringer med diagnosen. Ny diagnosterte kan antas å ha høyere livskvalitet på et generelt grunnlag, enn en pasient som har hatt diagnosen i 20 år, hvor diagnosen har endret alle de hverdagslige rutinene.

Jeg har valgt å bruke sitater i oppgaven min som gjengir personlige erfaringer i møte med psykisk helsevern. Dette har jeg valgt å gjøre da jeg mener man ikke kan oppnå et resultat av høyere validitet for oppgaven, uten en blanding av personlige oppfatninger, samt erfaringer og statistikk og fakta som underbygger disse «påstandene». Det kan også tenke seg at MS-pasientene som kandidater, kan øke oppgavens innflytelse på leseren, med slike sitater. Dette fordi det oppleves mye mer personlig enn resultater som presenteres i form av tall. Subjektive utsagn slik de presenteres i studiene, har derimot mange risikofaktorer som bedømmer resultatenes reliabilitet. Eksempelvis mangelen på støttende pensumlitteratur eller fagstoff og manglende informasjon angående spørsmålenes form. Åpne spørsmål vil for eksempel legge til rette for pasientens egen tolkning av spørsmålet. Forforståelse, egne meninger og tanker spiller inn i svaret til pasienten. Et lukket spørsmål vil derimot virke ledende. Et lukket spørsmål kan forklares som at motparten ikke kan gi det svaret de selv ønsker.

Oppgavens utvalg av kvantitative studier refererer til mange spørreskjema. Både Askey-Jones (2012) og Newsome mfl. (2018) viser til en rekke spørreskjema som pasientene og omsorgsgiverne i studiene skulle svare på. Man kan stille spørsmål til studienes reliabilitet og validitet når spesielt pasienter med en kronisk sykdom, hvor utmattelse er et av hoved symptomene v/ psykisk helse, skal svare på 7 spørreskjema angående sin egen helse. Man kan ikke vite sikkert om svarene som er gitt er overfladiske, eller utdypende. Det kan diskuteres om bruken av en standardisert spørreundersøkelse rettet mot MS-pasienters klassiske symptomer, samt psykisk velvære, hadde vært mer gunstig. En kan også i god tro inkludere spørsmål angående sosiallivet og den kognitive helsen til pasienten. Dette bidrar til en mer helhetlig identifisering av pasientens nåværende behov.

Alle studiene; Newsome mfl. (2018), Askey-Jones (2012), Minden (2013) og Methley (2012), presenterer resultater i lys av MS-pasienter og deres utfordringer i møte med helsevesenet og diagnosen psykiske helseproblematikk. Alle studiene har stort fokus på depresjon og angst som mulige årsaker til svekket livskvalitet. Dette selv om utmattelse anses å være et fremtredende psykisk symptom hos MS-pasienter, og det på lik linje med depresjon og angst. Utmattelse nevnes i to av artiklene, hvor en av dem presenterer funn angående utmattelse også. Inkludering av utmattelse som en faktor i påvirkning av livskvalitet hos MS-pasienter, kunne ha styrket oppgavens eksterne validitet, da det gir et bredere faggrunnlag. En oppgave hvor man skulle nevnt alle faktorene som spiller en rolle for livskvaliteten til en MS-pasient, ville jeg nok trengt en større oppgave, enn det bacheloroppgavens tekniske krav tillater.

Avslutningsvis hadde det vært interessant å analysere studier fra andre land og verdensdeler ift. gjeldende problemformulering. Det hadde gitt mulighet til å oppnå et enda bredere faglig grunnlag i oppgaven, i tillegg til å kunne sammenstille resultatene med land som har tilnærmet lik kultur som for eksempel Norge. Viser resultatene seg å være samsvarende, kan dette også gi nok rom for at resultatene er eksternt valide, kan resultatene ha stor betydning for behandling av MS-pasienter. Det hadde også vært interessant å observere behandlingsprosessen, for å finne likheter og ulikheter ift. nordiske land.

6.0 BRUK AV RESULTATETENE I PRAKSIS

Det anses som sykepleiers oppgave å bistå i pasientens behandling. Sykepleiers ansvarsområder omhandler informasjon til pasienten angående sykdommen, medisinsk behandling, rehabiliteringsopplegg, terapeutisk behandling, aktivisering og sosial krets. Det er også sykepleiers ansvar å danne et behjelpelig nettverk rundt pasienten. Nettverket bør baseres på et tverrfaglig samarbeid mellom spesialister i helsevesenet; MS-sykepleier, psykisk helse sykepleier, fastlege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, psykiater, pasienten selv, samt deres pårørende. Det er også viktig at rollefordelingen er tydelig, slik at den som har relevant erfaring, kan ta seg av de behovene.

Resultatene i studiene presenterer en behandlingsform gjeldende medikamentell, rehabiliterende og terapeutisk behandling, tilstedeværelsen av et tverrfaglig samarbeidsteam og behovet for informasjon angående psykisk helse som avgjørende faktor for økt livskvalitet hos MS-pasienter.

Hensikten min med oppgaven, er et håp om at resultatene i oppgaven min kan bidra til at sykepleiere, og andre profesjonsyrker i helsevesenet, kan utvide kunnskapene sine relatert til tema. Resultatene, dersom de benyttes i aktiv sykepleie, viser til gode tips og anbefalinger i behandling av MS-pasienten. Omsorgsgivere kan basere tilnærmingen sin til pasienten på bakgrunn av noen av funnene i artikkelutvalget, og øke tilliten mellom behandler og pasient. Resultatene viser også til at det komplekse samspillet mellom psykisk og fysisk helse ved MS ofte fører til en sammenstilling av disse symptomene. Derfor er det i mitt ønske at oppgaven min kan bidra til et økt fokus på psykisk helse og velvære hos MS-pasienten, for at pasientens helhetlige behov skal dekkes, og for at livskvaliteten skal øke. Spørreundersøkelser anbefales som et gunstig verktøy i identifisering av behov hos MS-pasienten.

Økt fokus på psykisk helse ved MS, samt deres behov for undervisning innen psykisk helse, kan også bidra til økt forståelse for pasientene selv, og økt fokus for sykepleiers forståelse av pasientens behov for informasjon, undervisning og veiledning. Slik kan pasientene enklere vite når de bør søke nødvendig helsehjelp, og enklere for behandleren å vite når det er behov for å henvise videre. Avslutningsvis, kan det påpekes at dette er et tema man trenger flere studier ved. Psykisk helse hos MS-pasienter er underdiagnostisert og underbehandlet. Det er derfor viktig å belyse denne problemstillingen, øke fokuset, og videre utvikle den tilgjengelige behandlingen for MS-pasienter, for å øke livskvaliteten deres.

REFERANSER

- Askey-Jones, S., Silber, E., Shaw, P., Gray, R., & David, A. S. (2012). A nurse-led mental health service for people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(6), 463–465. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.01.020>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Espeset, K., Rektorli, L., Kristiansen, A. G., Solli, E. M., Mastad, V. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved nevrologiske sykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 2, s. 269-302). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg., s. 31). Abstrakt.
- Kristoffersen, N. J. (2017). Helse og sykdom: utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 29-88). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Faiz, K. W. & Gjerstad, L. (2022, 18. januar). *MS (Multippel sklerose)*. Store norske leksikon. https://snl.sml.no/MS_-_multippel_sklerose den 20.04.2022
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering analys och present* (3. Utg.). Natur & Kultur.
- Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg., s. 129-140). Elanders Poland.
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg., s. 141-152). Elanders Poland.
- Harboe, M. (2020, 16. Januar). *Autoimmunitet*. Store norske leksikon. <https://snl.sml.no/autoimmunitet> den 26.04.2022

Helsebiblioteket. (2021, 3. Juni). *PICO*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/Pico>
den 19.04.2022

Methley, A., Campbell, S., Cheraghi-Sohi, S., & Chew-Graham, C. (2017). Meeting the mental health needs of people with multiple sclerosis: A qualitative study of patients and professionals. *Disability and Rehabilitation*, 39(11), 1097–1105.

<https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1180547>

Minden, S. L., Ding, L., Cleary, P. D., Frankel, D., Glanz, B. I., Healy, B. C., & Rintell, D. J.

(2013). Improving the quality of mental health care in Multiple Sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 335(1–2), 42–47.

<https://doi.org/10.1016/j.jns.2013.08.021>

Newsome, S. D., Aliotta, P. J., Bainbridge, J., Bennett, S. E., Cutter, G., Fenton, K., Lublin, F.,

Northrop, D., Rintell, D., Walker, B. D., Weigel, M., Zackowski, K., & Jones, D. E.

(2017). A Framework of Care in Multiple Sclerosis, Part 2. *International Journal of MS*

Care, 19(1), 42–56. <https://doi.org/10.7224/1537-2073.2016-062>

VEDLEGG*Vedlegg 4. Søkelogg*

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
15.03.22	Cinahl	(Nursing Care Plans OR Nurse OR nurses OR nursing OR nursing care) AND (Attitude to mental illness OR Mental Disorders OR mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness) AND (multiple sclerosis OR MS OR multiple sclerosis)	2011-2022	41	8	0	5(-2)
28.04.22	Oria	(Multiple sclerosis OR MS OR Multiple-sclerosis) AND (Mental health	2011-2022	529 872	12	0	1

		OR Mental illness OR mental disorder)»					
28.04.2	SveMed +	(Multiple sclerosis OR MS OR Multiple-sclerosis) AND (Mental health OR Mental illness OR mental disorder)»	2011-2022	4	1	0	0