



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-04-2018 12:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	<b>Studiepoeng:</b>	12
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 310

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Somatiske sjukdommars innverknad på liuskvalitet - Hos personar med schizofreni

**Antall ord \*:** 8894

**Tro- og loverklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert oppgavetittelen**  
**på norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**uitnemålet mitt \*:**

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Somatiske sjukdommars innverknad på livskvalitet

– Hos pasientar med schizofreni

Somatic diseases impact on quality of life

– In patients with schizophrenia

**Kandidatnummer: 310**

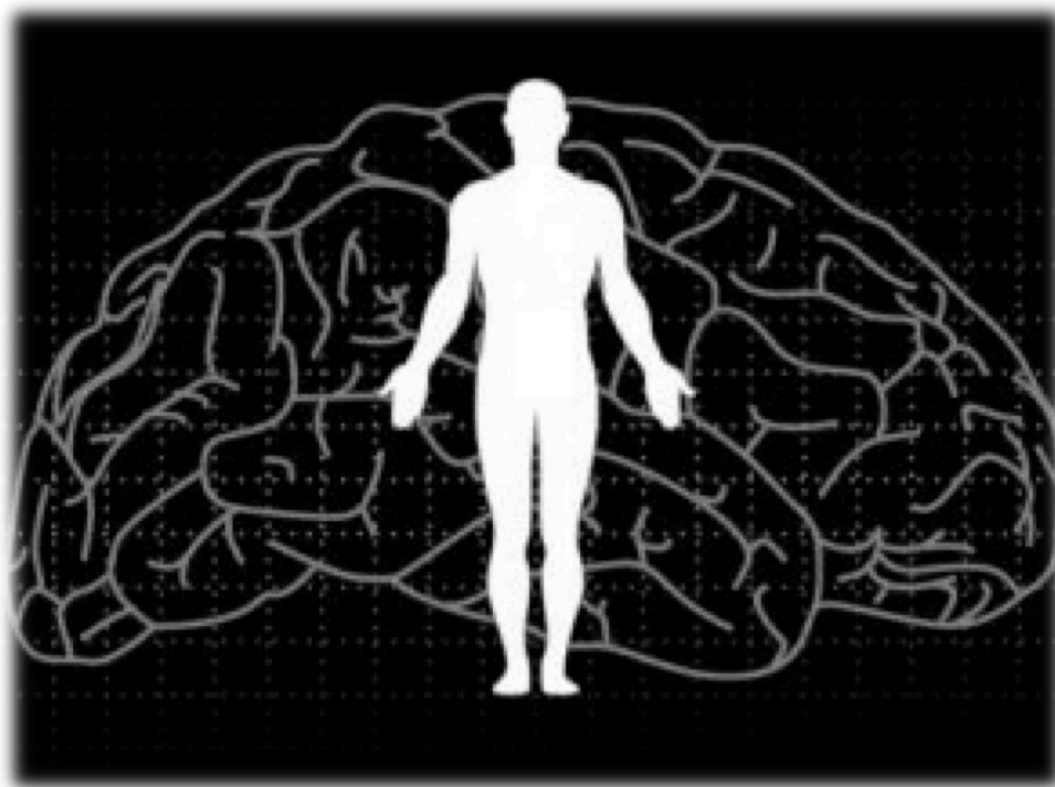
Bachelor i sjukepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitskap

Rettleiar: Astrid Elisabeth Solheim

Innleveringsdato: 25.04.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.



(Henta 02.03.19 frå ImageQuest)

# **SOMATISKE SJUKDOMMARS INNVERKNAD PÅ LIVSKVALITET**

## **- Hos pasientar med schizofreni**

Bacheloroppgåve i sjukepleie  
Høgskulen på Vestlandet, Stord, Kull 2016

Innleveringsdato: 25.04.19

Antall sider: 42

Antall ord: 8894

# SAMANDRAG

**Tittel:** Somatiske sjukdommars innverknad på livskvalitet – Hos pasientar med schizofreni

**Bakgrunn for val av tema:** Då eg var i praksis i psykisk helsevern la eg merke til at sjukepleiarane tilsynelatande hadde manglande kompetanse knytt til somatisk sjukdom. Fleire av pasientane med schizofreni såg ut til å ha somatiske plager som påverka dei i kvardagen. Dette fekk meg til å tenkje på om dei somatiske plagene pasientane opplevde, var med på å redusere deira oppleving av livskvalitet. Det fekk meg og til å tenkje på kva betydning av sjukepleiaranes kompetanse har for desse pasientane.

**Problemstilling:** Kva betydning har sjukepleiarars kompetanse om somatiske sjukdommar for å fremme livskvalitet hos pasientar med schizofreni?

**Hensikt:** Å belyse viktigheita av at alle sjukepleiarar har kompetanse knytt til heile mennesket.

**Metode:** Metoden som er nytta i denne oppgåva er eit litteraturstudie. Eigne erfaringar, relevant litteratur og vitenskaplege artiklar med både kvantitativ og kvalitativ metode er nytta for å svare på problemstillinga

**Funn:** Somatiske sjukdommar førekommer hyppig hos pasientar med schizofreni. Sjukepleiarar har for lite kunnskap og kompetanse, til å engasjere seg i forhold til dette i praksis. Dei somatiske sjukdommane påverkvar pasientane i kvardagen, og er med på å redusere deira oppleving av livskvalitet.

**Konklusjon:** Sjukepleiarars kompetanse knytt til somatisk sjukdom ser ut til å ha ei betydning for å fremme livskvalitet hos pasientar med schizofreni. Auka kompetanse kan vere med på å auke pasientanes oppleving av livskvalitet.

**Nøkkelord:** Schizofreni, kompetanse, somatisk sjukdom, livskvalitet

## **ABSTRACT**

**Title:** Somatic diseases impact on quality of life – In patients with schizophrenia

**Background:** When I was in practice in mental health care, I noticed that the nurses apparently had a lack of competence related to somatic illness. Several of the patients with schizophrenia seemed to have somatic ailments that affected them in everyday life. It made me think about whether the somatic ailments the patients experienced, helped to reduce their quality of life experience. It also got me thinking about the significance of nurses' competence for these patients.

**Research question:** What is the significance of nurses' competence on somatic diseases to promote quality of life in patients with schizophrenia?

**Aim:** To illustrate the importance that all nurses have competence related to the whole person.

**Method:** The method used in this assignment is a literature study. Own experiences, relevant literature and scientific articles with both quantitative and qualitative methods have been used to answer the research question.

**Results:** Somatic diseases occur frequently in patients with schizophrenia. Nurses have to little knowledge and competence, to engage in this in practice. The somatic diseases affect the patients in everyday life, and help to reduce their quality of life.

**Conclusion:** Nurses expertise related to somatic diseases appear to have an impact on promoting quality of life in patients with schizophrenia. Increased competence can contribute to increasing the patients' experience of quality of life.

**Keywords:** Schizophrenia, competence, somatic disease, quality of life

## Innholdsliste

<b>1</b>	<b>INNLEIING .....</b>	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA .....	1
1.2	PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.3	AVGRENSING OG PRESISERING .....	2
1.4	SENTRALE OMGREP .....	3
<b>2</b>	<b>TEORI .....</b>	<b>4</b>
2.1	SJUKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV .....	4
2.2	SCHIZOFRENI .....	5
2.3	LIVSKVALITET.....	5
2.4	KOMORBIDITET.....	6
2.5	DET KLINISKE BLIKKET .....	7
2.6	KOMPETANSE .....	8
2.7	ROLLA SOM SJUKEPLEIAR .....	9
2.8	LOVER OG RETNINGSLINJER .....	10
<b>3</b>	<b>METODE.....</b>	<b>11</b>
3.1	METODEOMGREPET .....	11
3.2	LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	11
3.3	FRAMGANGSMÅTE.....	12
3.3.1	<i>Søkjemotorar</i> .....	12
3.3.2	<i>Søkjeord</i> .....	12
3.3.3	<i>Søkjeprosessen</i> .....	13
3.3.4	<i>Tabell 1 – MEDLINE</i> .....	13
3.4	METODEKRITIKK .....	15
3.4.1	<i>Vurdering av eiga oppgåve</i> .....	15
3.4.2	<i>Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur</i> .....	16
3.4.3	<i>Etikk i oppgåveskriving</i> .....	17
<b>4</b>	<b>RESULTAT.....</b>	<b>18</b>
4.1	SAMANDRAG AV ARTIKLAR.....	18
4.2	ANALYSE AV RESULTATA .....	21
<b>5</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>22</b>
5.1	FØREKOMST AV SOMATISK SJKDOM .....	22
5.2	SJUKEPLEIARARS KOMPETANSE KNYTT TIL SOMATISK SJKDOM.....	23
5.3	KLINISK BLIKK FOR Å OPPDAGE SOMATISK SJKDOM.....	25
5.4	SOMATISK HELSES BETYDNING FOR LIVSKVALITET .....	26
<b>6</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>30</b>
	<b>VEDLEGG: RESULTATTABELLAR.....</b>	<b>33</b>
	VEDLEGG 1.....	33
	VEDLEGG 2.....	34
	VEDLEGG 3.....	35
	VEDLEGG 4.....	36
	VEDLEGG 5.....	37

# 1 INNLEIING

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

I ein rapport frå Folkehelseinstituttet (2018) kjem det fram at i løpet av ein tidsperiode på eitt år vil i gjennomsnitt 16-22% av den vaksne folkesetnaden i Noreg oppleve ei eller anna form for psykisk lidning. Psykiske lidningar er forbundet med auka risiko for fysisk sjukdom og tidleg død. Det kan nok delvis forklarast av samanhengen mellom psykiske lidningar og auka bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthald, overvekt og lite fysisk aktivitet. Desse er alle risikofaktorar for utvikling av hjarte-karsjukdommar, kreft, diabetes og kroniske lungesjukdommar (Folkehelseinstituttet, 2018, s.20-50). Det er likevel registrert manglande kunnskap og interesse for den somatiske eller kroppslege dimensjon for desse pasientane i helsevesenet, inkludert i psykisk helsevern. Mange pasientar risikerer å gjennomgå undersøking og behandling for deira psykiske lidning utan at det vert inkludert ei utdjupande somatisk undersøking og behandling. Dette kan føre til alvorlege somatiske konsekvensar, som ikkje vert oppdaga (Jørgensen, 2011, s.7-9).

I Noreg er det til ei kvar tid mellom 12 000 og 16 000 menneske med diagnosen schizofreni. Livstidsførekomsten av schizofreni er 1%. Lidninga er sjeldan, men har store konsekvensar for den som er ramma. Livsstil og symptomar påverknad i kvardagen kan blant anna føre til ei oppleving av redusert livskvalitet. Forventa levealder for personar med schizofreni er og 10-20 år kortare en hos den generelle folkesetnaden. (Folkehelseinstituttet, 2018, s.28-50). Dette er blant anna på bakgrunn av at lidninga er forbundet med ei svært auka førekomst av somatiske sjukdommar, og dermed dødelegheit. Stort sett alle former for somatisk sjukdom er overrepresentert. Overdødelegheita kan difor ikkje berre forbindast med sjølv mord, som og er ein risiko ved diagnosen (Jørgensen, 2011, s.57).

Bakgrunnen for val av tema er at då eg var i praksis innan psykisk helsevern opplevde eg at sjukepleiarane tilsynelatande hadde manglande kompetanse og kunnskap om somatiske sjukdommar, og at pasientane dermed ikkje fekk oppfølging for desse. Eg observerte at dei somatiske plagene pasientane opplevde, såg ut til å påverke dei i kvardagen. Fleire pasientar med schizofreni opplevde redusert livskvalitet på bakgrunn symptom på lidninga, men eg byrja då å tenke på om dei somatiske plagene og kunne påverke livskvaliteten til desse pasientane. Vidare tenkte eg på betydinga kompetansen til sjukepleirane som møter desse pasientane har.

Hensikta med oppgåva er at eg ynskjer å belyse viktigheita av at alle sjukepleiarar har kompetanse knytt til heile mennesket. Denne oppgåva er aktuell å gjennomføre då eg vil undersøke om somatisk sjukdom kan resultere i ei oppleving av ytterligare redusert livskvalitet hos pasientar med schizofreni. Eg ynskjer og å gå nærare inn på kva betydning sjukepleiarars kompetanse om somatisk sjukdom har for desse pasientane.

I følge Dahl og Grov (2014) er komorbiditet mellom psykiatriske lidningar og somatiske sjukdommar vanleg (Dahl & Grov, 2014, s.11). Eg ynskjer difor å skrive ei oppgåve med hensikt om å belyse aktualiteten av temaet, og belyse viktigheita av at sjukepleiarar tileignar seg relevant kunnskap og kompetanse. Målet med denne oppgåva er å vise kva eg har lært gjennom studiet, og i praksis innan dette området. Eg ynskjer å vise kva kunnskap eg har opparbeida meg, som eg vil ta med meg vidare inn i mitt framtidige yrke som sjukepleiar. Arbeidet vil og gje meg djupare kunnskap, erfaring og innsikt i problemstillinga eg har valt, og innan sjukepleiefaget. Oppgåva er eit litteraturstudie, som vil ta utgangspunkt i omsorgsteoretikaren Ida Jean Orlandos sjukepleieteori.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

*Kva betydning har sjukepleiarars kompetanse om somatiske sjukdommar for å fremme livskvalitet hos pasientar med schizofreni?*

## **1.3 Avgrensing og presisering**

Oppgåva vil avgrensast til pasientar over 18 år, på DPS. Diagnosen er valt på bakgrunn av at det kan vere ei langvarig lidning, som pasienten risikerer å leve med heile livet. Diagnosens negative symptom kan i seg sjølv påvirke livskvaliteten til pasienten, og sjukepleiarar bør difor vektlegge tiltak for å motverke ytterlegare redusert livskvalitet. Omgrepet livskvalitet er eit vidt omgrep. I denne oppgåva vil det bli nytta i forhold til fysisk helse. Oppgåva vil fokusere på sjukepleiarar i psykisk helsevern sin kompetanse knytt til somatisk sjukdom, og korleis auka kompetanse kan påvirke livskvaliteten til pasientar med schizofreni. Omgrepa somatisk sjukdom og fysisk sjukdom vil verte nytta om ein annan, med same betydning. Eg vel å avgrense oppgåva til når somatisk sjukdom allereie er oppstått.



## 1.4 Sentrale omgrep

**Somatisk sjukdom:** Somatisk sjukdom er ei nemning på tilstandar som vert kjenneteikna med forstyrningar i kroppens normale funksjon. Målet med behandling er å styrke organas funksjon og å oppattrette balansen (Hofmann, 2016, s.28-30).

**Psykisk lidning:** Psykisk lidning eller sinnsliding er ei fellesnemning på dei sjelelige lidningane som ein ser på som sjukelege eller behandlingstrengande. Desse omhandlar avvikande følelsar, tankar og handlingar (Snoek & Engedal, 2017, s.19).

**Kompetanse:** Kompetanse inneber at ein er kvalifisert til å ta avgjersler og til å handle innanfor eit bestemt funksjons- eller myndigheitsområde. Kompetanse vert synleggjort ved å nyttegjere seg av og omsette kunnskapar, ferdigheiter og verdiar i eit arbeid (Kristoffersen, 2016, s.140). Kompetanse kan bli definert som summen av ein person sine ferdigheiter og kunnskapar. (Førland, 2014, s.226)

**Livskvalitet:** Livskvalitet er eit omgrep alle menneske har eit forhold til. Livskvalitet er knytt opp i mot ein persons eigen oppfatning av sin livssituasjon, og består av subjektive aspekt. For dei fleste vil god livskvalitet sei å ha det godt, og å ha eit godt liv. Å ha det godt vil sei at ein har gode følelsar og positive vurderingar av sitt eige liv. Ein persons livskvalitet er høg i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevingar er positive, og lav i den grad desse er negative (Kristoffersen, 2016, s.55-56).

## 2 TEORI

### 2.1 Sjukepleieteoretisk perspektiv

Teoretisk forankring i denne oppgåva vil bygge på sjukepleieteorien til Ida Jean Orlando (2010). I hennar sjukepleieteori er sjukepleiarens kunnskap og kompetanse heilt sentral. Ho meiner at sjukepleiarar som har eller aktivt tileignar seg kunnskapar innanfor praktiske og teoretiske felt, er ein større ressurs. Dei har og difor betre moglegheit til å hjelpe pasientane dei møter. Samtidig seier Orlando at ein som sjukepleiar ikkje kan vete alt i alle situasjonar, men at det er sentralt at ein veit kor ein kan tileigne seg dei kunnskapane som manglar. Ein må då og vete kven ein kan rådføre seg med, eller kvar ein kan henvise pasientane vidare (Orlando, 2010, s. 21-22).

Orlando (2010) legg vidare vekt på samspelet mellom sjukepleiar og pasient. I hennar teori er det grunnleggjande at sjukepleie har som hensikt å tilfredsstille og hjelpe pasienten med sine noverande pleiebehov, og å lindre sjukdommar som er relatert til dårleg helse. Eit element som er viktig er at alle pasientar er ulike, og dei kan difor gje ulikt uttrykk for sine behov. Sjukepleiarens ansvar er å yte den hjelpa ein pasient har bruk for, slik at han får dekkja sine behov. Ein er difor nøyd å fokusere på å sikre pasientar fysisk og psykisk velvære (Orlando, 2010, s.23-24)

Ida Jean Orlando (2010) meiner at observasjonar av ein pasient er ein viktig del av ei datasamling, og forklarar det på denne måten ”observationer omfatter alle de opplysninger vedrørende en patient, som sygeplejersken får kendskab til, mens hun er på arbejde” (Orlando, 2010, s.25). Informasjonen og opplysningane ein sjukepleiar tileignar seg om ein pasient er sentrale for pasientens vidare forløp. Korleis sjukepleiaren brukar opplysningane om pasienten og hans tilstand er avhengig av vedkommandes kunnskap og kompetanse. I situasjonar der pasienten ikkje kan gje uttrykk for sine behov, er det spesielt viktig at sjukepleiaren har evne til å utforske dei observasjonane som vert utført (Orlando, 2010, s.42).

## 2.2 Schizofreni

Schizofreni er den vanlegaste forma for psykose. I eit livslangt perspektiv vert om lag 1% av folkesetnaden ramma. Det var tidlegare antatt at førekomsten var lik hos kvinner og menn, men nyare studiar tydar på at menn oftare vert ramma av lidinga. Dei fleste nyleg sjuke er mellom 18 og 28 år, men schizofreni kan og ramme menneske i 40-50 årsalderen for fyste gong (Snoek & Engedal, 2017, s.82-83).

Den diagnostiske forståinga ved schizofreni kjem av ei kombinasjon av symptom, saman med symptomat varigheit og innverknad på personens funksjon. Grunnsymptoma ved schizofreni er assosiasjonsforstyrningar, autisme, affektavflating og ambivalens. Ei overvekt av negative symptom, saman med forholdsvis få positive symptom er typisk for diagnosen (Snoek & Engedal, 2017, s.83-86).

Schizofreni er ei alvorleg lidning, med stor fare for langvarig forløp med fleire tilbakefall. Difor bør behandlingstiltak ikkje berre hjelpe symptomat her og no, men og medverke til å redusere tilbakefall og framskynde tilfriskning. Lidinga rammar ofte unge menneske som framleis er under utdanning, og eit langvarig forløp får alvorlege konsekvensar for pasientens vidare liv (Snoek & Engedal, 2017, s.87).

## 2.3 Livskvalitet

Høg livskvalitet har samanheng med både betre fysisk helse og med færre psykiske plager og lidingar. Livskvalitet er knytt opp i mot enkeltmenneskets indre oppleving, og vert sett på som psykisk velvære. Livskvalitet forstått som psykisk velvære omfattar menneskets subjektive oppleving av ulike sider ved livssituasjonen. Omgrepet vert sett på som ein opplevingskvalitet, der følelsar og vurderingar glir over kvarandre og påverkar kvarandre (Kristoffersen, 2016, s.55-56).

Pasientar med schizofreni opplever ofte nedsett livskvalitet som følge av livsstil og dei negative symptomat påverknad i kvardagen (Folkehelseinstituttet, 2018, s.30). Opplevd livskvalitet styrkar motstandskrafta i møte med belastande livshendingar. Livskvalitet handlar om at ein opplever glede, mening, vitalitet, tilfredsheit, trygghet og tilhørdom. Det handlar og å nytte seg av personlege styrker, interesser, meistring og engasjement. Livskvalitet er difor ein viktig verdi i seg sjølv. I tillegg har omgrepet ein samanheng med helserelevante

gevinstar som betre fysisk og psykisk helse og sunnare livsstilsval. Opplevd livskvalitet er difor viktig for den enkelte person, og kan bidra til gode familierelasjonar, oppvekstkår og betre helse til folkesetnaden. Fokus på livskvalitet er heilt sentralt i det moderne folkehelsearbeidet (Folkehelseinstituttet, 2017).

Det at livskvalitet har samanheng med betre fysisk helse og færre psykiske lidingar skuldast blant anna at nokre av faktorane som bidrar til livskvalitet, og ser ut til å betre psykiske vanskar. Høg livskvalitet kan sjåast på som ein viktig vernefaktor mot, snarare en motpolen til psykiske lidingar. (Folkehelseinstituttet, 2017). Kristoffersen (2016) hevdar at livskvalitet er blitt eit velkjend omgrep i forhold til pasientbehandling dei siste åra, og eit sentralt omgrep innan sjukepleie (Kristoffersen, 2016, s.55).

## **2.4 Komorbiditet**

I følge Dahl og Grov (2014) handlar komorbiditet om at ein person har fleire sjukdommar samstundes. Frå gammalt av er sjukdommar delt inn i to hovudgrupper; somatikk og psykiatri. Omgrepet komorbiditet vert nytta om både somatisk og psykiatrisk komorbiditet. Noko som ikkje er like mykje omtalt er når grensa vert kryssa, og vi får ei tredje gruppe, der somatisk og psykiatrisk komorbiditet førekommer saman (Dahl & Grov, 2014, s.11-12).

Den høge førekomsten av komorbiditet fører til at helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetenesta må vere kjend med omgrepet. Utbreiinga av komorbiditet aukar i takt med at folkesetnaden har høgare levealder, og høgare førekomst av livsstilssjukdommar. Komorbiditet representerer dermed ei stadig større utfordring for helsevesenet (Dahl & Grov, 2014, s.14).

Diagnosen schizofreni er forbundet med svært høg førekomst av somatiske sjukdommar, og dermed og auka dødelegheit. Mange pasientar med schizofreni er fysisk inaktive, overvektige og har eit auka forbruk av tobakk og narkotiske stoffer. Dette er risikofaktorar for utvikling av hjarte- og karsjukdommar, og for livsstilssjukdommar som diabetes type 2. Dei har ofte eit usunt levevis, eller er fysisk inaktive på bakgrunn av karakteristika ved lidinga. Pasientane vert ofte behandla antipsykotikum, noko som og kan auke risikoen for overvekt, og dermed og somatiske sjukdommar (Jørgensen, 2011, s.57-64).

Hjarte- og karsjukdom er den vanlegaste årsaka til tidleg død hos personar med schizofreni. Det skuldast forhold som både direkte og indirekte kan relaterast til lidinga og behandlinga. Som utgangspunkt kan pasientane ha ulik disposisjon for hjarte- og karsjukdommar, på lik linje med andre som ikkje har ei psykisk lidning. Mangelen på erkjenning av ein behandlingsskrevjande sjukdom, og pasientens sviktande motivasjon til å gjennomføre behandlinga, gjer at det vert vanskeleg å behandle desse pasientane (Jørgensen, 2011, s.66).

## **2.5 Det kliniske blikket**

Å observere ein pasient vil sei at ein brukar sansane til å innhente data om pasientens tilstand, og endringar i denne. Slike ferdigheiter vert og kalla for eit klinisk blikk. Dei viktigaste sansane i observasjon av ein pasient er syn, hørsel, lukt og berøring. Dersom ein skal ha evna til å klinisk observere ein pasient er det fire fundamentale føresetnadar som må vere til stades. Sjukepleiaren må kunne ha evna til å sanse og oppfatte, vilje til aktsemd og varsemd, ha teoretiske kunnskapar om aktuelle fenomen og ha reflektert over eigne erfaringar. Observasjonar av ein pasient er heilt nødvendig for å fremme pasientens liv og helse (Kristoffersen, 2016, s.154-156).

Ved observasjon av ein pasient må ein og vere i stand til å tolke og forstå dei teikna som sansane gjev informasjon om. Det som gjer at det vert meining og innhald i observasjonane er den teoretiske kunnskapen og dei erfaringane ein har som sjukepleiar. I lys av teoretisk eller erfaringsbasert kunnskap får observasjonane meining og betyding for pleia som vert gitt til pasienten. Denne kunnskapsforma vert kalla sanseleg forståing. Samtidig som ein registrerar ved hjelp av sansane, forstår ein og pasientens situasjon i ein større samanheng (Kristoffersen, 2016, s.157).

## 2.6 Kompetanse

Sjukepleiarutdanninga har som mål å utdanne sjølvstendige og ansvarsbevisste yrkesutøvarar, med ei bevisst og reflektert haldning ved utøving av sjukepleie. Utdanninga kvalifiserer for eit yrke og ein yrkespraksis som er i stadig utvikling og endring. Læring må difor sjåast på i eit livslangt perspektiv, der den enkelte har ansvar for å tileigne seg ny kunnskap og å vidareutvikle sin yrkeskompetanse (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s.15).

Som sjukepleiar har ein fleire funksjons- og ansvarsområder. Mellom anna for helsefremming, førebygging, behandling, lindring og rehabilitering. Desse er blant dei områda som er retta mot pasient og pårørande. Ein har og eit ansvar for utvikling av sjukepleiefaget. I rammeplanen står det beskrive at ein som sjukepleiar har ansvar for fagutvikling, kvalitetssikring og forskning. Det er forventa at ein held seg fagleg oppdatert, og at ein kan anvende forskingsresultat i praksis. Vidare skal ein kunne dokumentere, kvalitetssikre og evaluere eigen sjukepleieutøving, og ein skal kunne kjenne grenser for sin eigen kompetanse. Det er og forventa at sjukepleiaren etterspør og deltek i opplæring på arbeidsstaden, for å kunne utøve fagleg forsvarleg sjukepleie (Kristoffersen et al., 2016, s.17-19).

Kristoffersen og Nortvedt (2016) påpeikar at fagkunnskap er ein nødvendig del av sjukepleiarens kompetanse. Som sjukepleiar må ein og ha kunnskap om behandling, og ein må sjølv kunne setje til verk tiltak. Vidare legg dei vekt på pasientkunnskap. Det vil sei at ein som sjukepleiar må ha kunnskap om ulike pasientgruppers situasjonar, reaksjonar og behov for sjukepleie. Å ha desse kunnskapane gjer at ein som sjukepleiar er i stand til å sørgje for at pasienten vert behandla på ein omsorgsfull, kyndig og forsvarleg måte (Kristoffersen & Nortvedt, 2016, s.93).

## 2.7 Rolla som sjukepleiar

Ei rolle er summen av normer og forventningar om kva ein skal gjere og korleis ein skal oppføre seg, når ein er i ein bestemt sosial posisjon. Eit døme på ei rolle, er rolla som sjukepleiar, eller som pasient. Normene og forventningane regulerer rolleåtferda. Likevel har ein ei viss form for fridom til utforminga av rolla, og ulike personar kan difor fylle si rolle på forskjellige måtar. Til dømes så kan to sjukepleiarar som arbeidar på same stad, opptre ulikt (Ingstad, 2013, s.136).

Som sjukepleiar har ein ei rolle med makt. Makt må ikkje nødvendigvis utøvast for å vere til stades i ein relasjon mellom menneske. I ein sjukepleiar-pasient-relasjon kan dette oppstå fordi pasienten er klar over at sjukepleiaren har kontroll over tenester vedkommande har behov for. Makt vert tildelt gjennom dei rollene, posisjonane, kunnskapen og kompetansen ein har. Som pasient kan ein oppleve avmakt i ein sjukepleiar-pasient-relasjon. Det vil sei at pasienten opplev redusert handlefridom, og at vedkommande ikkje har dei ressursane og midlane som trengs for å realisera sine interesser. Det er difor sentralt at ein som sjukepleiar hugsar på at rolla som pasient er tildelt, og ikkje noko som er valt av pasienten sjølv (Ingstad, 2013, 150-169).

Kunnskap vert sett på som makt fordi det er ein ressurs som nokon kontrollerer, og som andre har behov for. Den som sit inne med viktig kunnskap har makt. I relasjonen mellom sjukepleiar og pasient vert ofte sjukepleiaren sett på som eksperten. Som sjukepleiar tilbringar ein mykje tid saman med pasientane. Ein er ofte den som koordinerer tenester, og fungerer som eit bindeledd mellom lege, fysioterapeut, ergoterapeut og andre instansar. Dersom pasienten er dårleg, er han difor heilt avhengig av at sjukepleiaren tek dette opp med legen under visitten, slik at han kan få nødvendig behandling (Ingstad, 2013, s.159-160).

## 2.8 Lover og retningslinjer

Samfunnet har krav og forventingar til utøvinga av sjukepleie, som er nedfelt i lovverk og forskrifter. Som sjukepleiar er ein sjølv ansvarleg for at sjukepleia som vert utført er i tråd med gjeldande lovverk, forskrifter og retningslinjer. På denne måten sikrar ein fagleg forsvarleg sjukepleie, pasientsikkerhet, og god kvalitet på helse- og omsorgstenestene. (Kristoffersen, 2016, s.139).

Lov om helsepersonell (1999) stiller krav til alle helsepersonell i forhold til forsvarleg utøving, og det vert understreka at den enkelte har eit ansvar for å vurdere sin eigen kompetanse ut i frå arbeidsoppgåvene. Vidare står det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar, og skal skaffe bistand eller henvise pasientar vidare der det er nødvendig og mogleg (Helsepersonellova, 1999, §4). Som pasient har du i følge lov om pasient- og brukarrettslova (1999) rett på nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesta (Pasient- og brukarrettslova, 1999, §2-1b).

Norsk sjukepleiarforbund (2016) har utarbeida yrkesetiske retningslinjer som presiserer at ein som sjukepleiar har ansvar for å halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innanfor sitt fagområde. Ein må og sørgje for at ny kunnskap vert innarbeida og anvendt i praksis. Vidare vert det presisert at alle sjukepleiarar har eit ansvar for ein sjukepleiepraksis som fremmar helse, og førebyggjer sjukdom. Sjukepleiarar skal ivareta den enkelte pasients behov for heilskapleg omsorg, yte omsorgsfull hjelp og lindre lidning (Yrkesetiske retningslinjer, 2016).



## 3 METODE

### 3.1 Metodeomgrepet

I følge Dalland (2012) er metoden reiskapen i ei undersøking, og vert nytta for å finne fram til ny kunnskap og/eller å løyse eit problem. Kva for ein metode ein vel å bruke er heilt avhengig av kva for data ein er interessert i å finne, og kva for ein metode ein meiner vil tene formålet på best mogleg måte. Metoden vil altså vere instrumentet ein brukar for å samle inn data, for å finne svar på eit problem, og/eller for å tileigne seg ny kunnskap. Den kan og beskrivast som å følge ein bestemt veg mot eit mål. Metode vert delt inn i kvantitativ og kvalitativ metode. Dei kvantitative metodane gjer data i form av målbare einingar, medan dei kvalitative metodane har som mål å fange opp ei meining og oppleving som ikkje kan talfestast eller målast. Kva ein meiner vil gje gode data og framheve den aktuelle problemstillinga, vil bestemme kva for ein metode som skal nyttast (Dalland, 2012, s.111-114).

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgåva er eit litteraturstudie. Eit litteraturstudie er ein studie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Den baserar seg på eksisterande kunnskap, og på anna aktuell faglitteratur. Hensikta er å gje lesaren ei god forståing av kunnskapen på det området problemstillinga etterspør, og å vise korleis ein er kome fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2015, s.79-80). Når ein legg fram litteraturen så skal ein seie noko om framgangsmåten som er nytta, om eventuelle avgrensingar, kva data som er nytta i oppgåva, og kva kriterar som er brukt ved utveljinga. Deretter skal ein drøfte studiane som er presentert i oppgåva. Ein skal vidare sjå på kva funna i studiane fortel om problemstillinga. I drøftinga skal ulike kjelder setjast opp i mot kvarandre, og i mot problemstillinga. Gjennom oppgåva vert det arbeida fram ein konklusjon som kjem til sist, og som skal fungere som eit svar på problemstillinga (Dalland, 2012, s.228-231).

## 3.3 Framgangsmåte

### 3.3.1 Søkjemotorar

I denne oppgåva vil eg nytte relevant pensumlitteratur, faglitteratur og forskingsartiklar for å belyse problemstillinga. Ved val av relevante databasar har eg nytta biblioteket på HVL sine nettsider. Eg har valt ut søkjemotorane CINAHL, Pubmed, MEDLINE og SveMed+. Ved at eg brukar desse databasane får eg gjort søk med både norske og engelske søkjeord. Eg får og tilgang til både nordisk og internasjonal litteratur som innan sjukepleiefaget. Etterkvart som eg har kome fram til relevante artiklar, har eg brukt manuelt søk i form av artiklane si referanseliste. Her har eg sett etter interessante og relevante primærstudiar.

Inklusjonskriterar for litteratursøket vil vere både kvalitative og kvantitative studiar, på enten norsk eller engelsk. Artiklane må vere fagfellevurdert, og følge IMRaD-strukturen. Det vil sei at artikkelen skal innehalde introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, s.68). Studiar som inkluderer personar over 18 år vil verte inkludert. Eksklusjonskriterar for litteratursøket er artiklar eldre en 2009, og studiar som ikkje er tilgjengelege i fulltekst. Studiar som ikkje kan overførast til norske forhold vil og verte ekskludert.

### 3.3.2 Søkjeord

Søkjeorda har eg valt ut i frå problemstillinga og avgrensinga. Dei vart valt ut ved hjelp av PICO. PICO er eit godt reiskap for å operasjonalisere problemstillinga slik at den vert søkjebar (Thidemann, 2015, s.86). Før eg kom fram til søkjeord som gav resultat prøvde eg med ulike ord på både norsk og engelsk. Søkjeorda som er lista nedanfor er dei som var mest relevante ut i frå problemstillinga, og som gav relevante treff.

**Norske søkjeord:** Schizofreni, psykiatrisk sykepleier, sykepleier, kunnskap, komorbiditet, somatisk sykdom, fysisk sykdom, psykisk sykdom, livskvalitet

**Engelske søkjeord:** Schizophrenia, mental health nurses, psychiatric nurse, nurse, knowledge, comorbidity, somatic illness, physical illness, physical disease, mental illness, quality of life

### 3.3.3 Søkjeprosessen

Då eg gjennomførte litteratursøket var det eit tilfelle der søket gav svært få treff. Dette var S7 i MEDLINE. Artiklane i dette søket var ikkje relevante fordi dei anten ikkje svarte på problemstillinga, eller ikkje kunne overførast til norske forhold. Eit søk gav treff i ei større mengde artiklar, der det ikkje var mogleg å avgrense ytterligare utan å miste relevante artiklar. Dette var S13. Eg brukte då tid på å lese gjennom titlane på alle artiklane. Vidare ekskluderte eg dei artiklane som ikkje kunne overførast til norske forhold, eller som ikkje var relevante for problemstillinga. Dei artiklane som hadde ein relevant tittelen, las eg samandraget på. Dersom samandraget var interessant opp i mot problemstillinga, las eg artikkelen i fulltekst. S1, S2, S3, S9 og S12 var for vie treff til å gå i gjennom alle artiklane. Eg prøvde difor å avgrense søkja ytterligare. Eg sat til slutt att med ti artiklar. Desse las eg fleire gonger, før eg til slutt valte ut dei fem artiklane med størst sjukepleiefagleg relevans, sett opp i mot oppgåvas problemstilling.

### 3.3.4 Tabell 1 – MEDLINE

<b>Søk Dato: 03.03.19</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Mengde treff</b>
S1	Schizophrenia	135 723
S2	Mental health nurses	3 903
S3	Mental health nurses AND knowledge	702
S4	S1 AND S3	44
S5	Psychiatric nurse AND comorbidity	59
S6	Schizophrenia AND somatic illness	65

S7	Psychiatric nurse AND somatic illness	3
S8	Nurse AND knowledge AND physical illness	53

<b>Søk Dato: 05.04.19</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Mengde treff</b>
S9	Schizophrenia AND quality of life		3 899
S10	Schizophrenia AND quality of life AND physical illness		32
S11	Schizophrenia AND quality of life AND physical disease		17
S12	Mental illness AND quality of life AND comorbidity		187
S13	S12	Publisert: 20090101- 20191231	129

Søk nr.5 fekk treff på artikkelen *Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study* (Eskelinen, Sailas, Joutsenniemi, Holi, Koskela & Suvisaari, 2017).

Søk nr.8 gav treff på artikkelen *The opinions of Turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study* (Ince, Günüşen & Serçe, 2018). Søk nr.8 gav og treff på artikkelen *What is the impact og targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? An integrated literatur review* (Hennessy & Cocoman, 2018).

Søk nr. 11 gav treff på artikkelen *Schizophrenia and physical health problems* (Von Hausswolff-Juhlin, Bjartveit, Lindström & Jones, 2009).

Søk nr.13 gav treff på artikkelen *Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness* (Barnes, Murphy, Fowler & Rempfer, 2012). Artiklane som vart funne ved søk i databasen MEDLINE, vart valt ut på bakgrunn av at dei er relevante og hensiktsmessige for oppgåvas problemstilling.

### 3.4 Metodekritikk

#### 3.4.1 Vurdering av eiga oppgåve

I denne oppgåva har eg valt å nytte ein kombinasjon av kvantitative og kvalitative artiklar. Dette på bakgrunn av at artiklane er relevante opp i mot problemstillinga, sjølv om dei har ulik tilnærming. Ved at eg inkluderer vitenskaplege artiklar med ulike metodar får eg belyst både pasient og sjukepleiars perspektiv, på ein måte eg meiner er hensiktsmessig for oppgåvas problemstilling. Likevel må det takast høgde for at ei samanstilling av desse kan vere problematisk, då dei to forskingsmetodane presenterer resultatata på ulik måte (Thidemann, 2015, s.97).

Ved litteratursøk tok det tid å finne fram til relevant litteratur, spesielt knytt opp i mot kva påverknad somatiske sjukdommar har på livskvaliteten til pasientar med schizofreni. Eg brukte og tid på å prøve å finne forskingsartiklar i frå Noreg, noko eg diverre ikkje fann. Difor er fire av artiklane som er inkludert i denne oppgåva, frå Europa. Ein er i frå USA. Eg har vurdert artiklane til å kunne overførast til norske forhold. Eg har gjort søk i fire ulike databasar, der søka i MEDLINE gav treff på dei artiklane som var mest relevante. Vidare må det takast høgde for mine kunnskapar innan engelsk, og at eg har oversett artiklane til norsk. For å finne fram til dei artiklane eg synes var dei beste, såg eg på gyldigheit, haldbarheit, og relevans for mi problemstilling. Nokre av artiklane er utgitt i tidsskrifter innanfor fagfeltet psykiatri. Eg er klar over at det er å føretrekke at ein vel artiklar frå sjukepleiefaglege tidsskrifter. Desse artiklane har eg likevel valt å inkludere i oppgåva, då eg vurderer dei som aktuelle i forhold til sjukepleiefaget og oppgåvas problemstilling.

### 3.4.2 Kritisk vurdering av forskingsartiklar og litteratur

For å kritisk vurdere forskingsartiklanes kvalitet og aktualitet har eg nytta meg av sjekklister. Desse er henta frå helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Eg har ikkje direkte fylt ut sjekklista, men tatt utgangspunkt i dei krava sjekklista stiller for å vurdere artiklanes relevans og faglege kvalitet. Alle artiklane som er inkludert i oppgåva er fagfellevurderte, inneheld informasjon av relativt ny dato, og er publisert i anerkjende tidsskrifter.

Studien *The opinions of turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study* (Ince et al., 2018) har eg etter kritisk vurdering kome fram til at held god kvalitet. Resultata kjem godt fram dersom ein les det sjukepleiarane har ytra i resultatdelen, men eg vurderer dei som noko vanskelege å få eit raskt blikk over. Artikkelen tek etiske omsyn til deltakarane, og sjukepleiaranes personvern vert sikra. Studien nemnar og relevante avgrensingar som bør takast omsyn til under tolkinga. Blant anna at resultata ikkje kan generalisert til alle sjukepleiarar, fordi studien er kvalitativ. Den er likevel eit godt middel for å forstå sjukepleiarar i psykisk helseverns perspektiv på fysisk helse, og deira praksis rundt dette. Til slutt vert det nemnt at dei nytta lydopptak for å dokumentere sjukepleiaranes meiningar, noko som kan ha ført til at dei ikkje ytra alt dei tenkte på.

Studien av Hennessy & Cocoman (2018) vurderer eg som god. Dei har utført eit studie med tittelen *What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? Integrated literature review* (Hennessy & Cocoman, 2018). Til tross for at studien gjennomgår forskning som allereie er utarbeida, så går forskerane systematisk til verks for å finne ut om sjukepleiarar har nytte av målretta opplæring. Ved å nytte ei kvalitativ tilnærming får ein eit innblikk i kva sjukepleiarane tenker er deira rolle knytt til det somatiske aspektet ved ein pasient. Artikkelen er sentral for å belyse problemstillinga i oppgåva, då den legg vekt på mangel på kunnskap og verknaden målretta opplæring i fysiske helsetenester kan ha for sjukepleiarar.

Etter kritisk vurdering av studien *Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study* (Eskelinen et al., 2017) har eg kome fram til at den er god, og er av god kvalitet. Studien inviterte 409 pasientar til å delta i studien, der 275 av desse deltok. Forskarane fekk ikkje informasjon om årsakene til ikkje-deltaking. I studien står både styrker og svakheiter ved studien beskrive. Ein styrke var talet på deltakarar.

På den andre sida var mangelen på ei samanlikningsgruppe ein svakhet, då det er sannsynleg at personar frå den generelle folkesetnaden og har eit behov for vurdering av fysisk helse.

Studien *Schizophrenia and physical health problems* (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2009) har eg kritisk vurdert, og kome fram til at held god kvalitet. Studien er selektiv, og ikkje systematisk. Eg vurderer den likevel som god, då det allereie er kjend i forskning at den fysiske helse hos personar med schizofreni er dårleg. Metodedelen i studien kunne vert satt opp meir systematisk, men ein får likevel den informasjonen ein har behov for når ein les studien. Studien nemnar at ein må ta omsyn til at ulikheiter i helsevesenet ved tolking av resultatata. Studien er i frå Sverige, og eg vurderer difor at resultatata kan overførast til norske forhold.

Etter å ha kritisk vurdert studien *Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness* (Barnes et al., 2012) har eg kome fram til at den er god, og held god kvalitet. Studien er strukturert, og gjev ei detaljert oversikt over relevante funn. Den tek etiske omsyn, og alle deltakarane har gitt samtykke til deltaking. Deltakarane i studien vart kartlagd for diagnose. Ein av deltakarane fullførte ikkje dette, men diagnosen var bekrefta av behandlingspersonalet. Kjønnfordelinga i studien er jamn, der deltakarane bestod av 25 menn, og 23 kvinner. Studien hadde fleire utelukkingskriteriar. Desse inkluderte blant anna utviklingshemming og rusmisbruk dei siste 30 dagane. Studien er i frå USA, men eg har likevel vurdert den til å kunna overførast til norske forhold.

### 3.4.3 Etikk i oppgåveskriving

Forskingsetikk omhandlar det området av etikken som seier noko om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning. Vidare handlar det om å ivareta personvern, og å sikre at forskingsresultata er truverdige. Forskingas mål om å belyse ny kunnskap og innsikt kan ikkje gå føre seg på kostnad av enkeltpersonars velferd og integritet (Dalland, 2012, s.96). Oppgåva vil innehalde anonymitet i forhold til eigne erfaringar frå praksis. Oppgåva vil ikkje innehalde plagiat, og føl APA-standarden ved referanse av kjelder. Vidare har eg kontrollert at forskingsartiklar som vert nytta i denne oppgåva er etisk godkjende.

## 4 RESULTAT

### 4.1 Samandrag av artiklar

Ince et al. (2018) har utført eit kvalitativt studie som har tittelen *The opinions of turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study* (Ince et al., 2018). Bakgrunnen for studien er at personar med psykisk lidning har betydeleg høgare grad av dødelegheit og sjukelegheit samanlikna med generelle folkesetnaden. Dette på grunn av fysiske sjukdommar. Det er lite kjend frå tidlegare studiar kva holdningar, åtferd og tankar sjukepleiarar har om å utføre fysiske helsetenester til pasientar med psykiske lidningar. Hensikta med studien er å fastslå sjukepleiarars meiningar om utøving av fysiske helsetenester for personar med psykisk lidning. Metoden som vart nytta var djupneintervju av 12 psykiatriske sjukepleiarar. Ei tematisk analyse vart nytta til å evaluere intervjuet. Resultatet var at fire hovudtema vart identifisert. Desse var; Barrierar for fysisk helseteneste til personar med psykisk lidning, fysisk helsepraksis, motivasjon, og behov for betre fysisk helsetenester til pasientar med psykisk lidning. Konklusjonen med studien var at sjukepleiarar meiner at dei fysiske helsetenestene som vert tilbode personar med psykiske lidningar, ikkje er tilstrekkelege. Sjukepleiarane hadde og utilstrekkeleg opplæring i forhold til fysiske helsetenester. Sjukepleiarar bør integrere fysiske helsetenester i praksis og i rutineverksemd. I tillegg bør dei forbetre sine kunnskapar og ferdigheiter kring fysiske sjukdommar. Det er viktig å skaffe tilstrekkeleg med kunnskap om fysiske sjukdommar for å gje betre fysiske helsetenester innan psykisk helsevern (Ince et al., 2018).

Hennessy & Cocoman (2018) har utført eit kvalitativt studie med tittelen *What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? Integrated literature review* (Hennessy & Cocoman, 2018). Bakgrunnen for studien var at sjukepleiarar som arbeidar i psykisk helsevern er blitt identifisert som dei som står i best posisjon for å forbetre den fysiske helsa til personar med psykiske lidningar. Det er blitt identifisert ein mangel på sjukepleiekunnskapar knytt til fysisk sjukdom, som fører til at pasientar ikkje får nødvendig fysisk helsehjelp. Hensikta med studien var å identifisere verknaden av målretta utdanning for å forbetre kunnskapen til sjukepleiarar i psykisk helsevern i forhold til fysisk sjukdom. Metoden som vart nytta var å kritisk vurdere ni studiar, og samle inn funna frå desse forskingsstudiane. Resultatet var at det vart funne bevis for forbetring av sjukepleiarar kunnskap etter målretta opplæringsøkter. Konklusjonen av



gjennomgangen var at dårleg fysisk helse og tidleg død hos personar med psykisk lidning er av vaksande bekymring. Studien konkluderte og med at målretta opplæring av sjukepleiarar gjev ei statistisk auking i kunnskap. Det vart oppdaga at sjukepleiarar ikkje har regelmessig opplæring i forhold til fysiske sjukdommar, noko som igjen har ført til at dei ikkje hatt tilstrekkeleg med kunnskap om fysiske helsetenester til å engasjere seg i dette i praksis (Hennessy & Cococman, 2018)

Eskelinen et al. (2017) har utført eit studie med kvantitativ metode, som vart kalla *Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study*. (Eskelinen et al., 2017). Bakgrunnen for studien var at det til tross for omfattande litteratur om fysisk komorbiditet, sjeldan har vorte undersøkt heile spekteret av samtidige somatiske helsetenestebehov hos pasientar med schizofreni. Hensikta med studien var å vurdere dei somatiske symptoma, og behovet for fysisk helseintervensjon hos personar med schizofreni. Metoden som vart nytta var ei strukturert og omfattande helseundersøking av 275 personar med schizofreni. Resultatet var at totalt 44,9% av pasientane rapporterte om somatiske plager som påverka kvardagen. 87,6% av pasientane hadde behov for spesifikke intervensjonar for ein somatisk sjukdom eller tilstand. Det var ofte snakk om endra glukose-homeostase, tannhelse eller kardiovaskulære, dermatologiske, ophthalmologiske og gastrointestinale forhold. Konklusjonen var at pasientar med schizofreni har mange fysiske helsetenestebehov. Helseundersøkingar av pasientar med schizofreni bør innehalde eit medisinsk historieopptak og ei fysisk undersøking. I tillegg bør det takast grunnleggjande målingar og laboratorietestar av alle pasientar, elles kan ei stor mengde fysiske helsebehov bli verande udiagnostiserte (Eskelinen et al., 2017).

Von Hausswolff-Juhlin et al. (2009) har utført eit kvantitativt studie der hensikta var å vurdere førekomsten av fysiske helseproblem hos pasientar med schizofreni, og innverknaden dette har på dødelegheita og livskvaliteten hos desse pasientane. Studien vart kalla *Schizophrenia and physical health problems* (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2009). Bakgrunnen for studien var at det er kjent at personar med schizofreni har redusert forventet levetid, der 60% av tilfella kjem av naturlege årsakar. Metoden som vart nytta var ein selektiv gjennomgang av kliniske artiklar knytt til fysisk helse, kardiovaskulær sjukdom, metabolsk syndrom og livskvalitet. I tillegg vart gjeldande retningslinjer og anbefalingar for overvaking av fysisk helse hos pasientar med schizofreni gjennomgått. Resultata viste at den hyppigaste årsaken til overdødelegheit hos personar med schizofreni var kardiovaskulære sjukdommar.

Andre faktorar som spelte inn var overvekt, metabolske abnormalitetar, røyking, alkohol, mangel på fysisk aktivitet og dårleg kosthald. Konklusjonen med studien var at fysiske helseproblem hos pasientar med schizofreni er vanlege, og bidrar til å auke overdødelegheita, samt å redusere livskvaliteten til pasientane. Det er tydeleg at pasientar med schizofreni har behov for sjukepleie som er retta mot både psykiske og fysiske behov (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2009).

Barnes et al. (2012) har utført eit studie med tittelen *Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness* (Barnes et al., 2012). Studien har ei kvantitativ tilnærming. Hensikta med studien var undersøkje om det er forskjell i fysisk og psykisk helse-relatert livskvalitet, hos personar med alvorleg psykisk lidning. Bakgrunnen for studien var at livskvalitet hos personar med schizofreni og andre alvorlege psykisk lidningar ofte er redusert på bakgrunn av psykiske symptom. Spesielt pasientar med schizofreni opplevde ei betydeleg høgare grad av medisinsk komorbiditet og tidleg dødelegheit, samanlikna med folkesetnaden generelt. Men det er enda ikkje blitt gjennomført studiar som inkluderer å undersøkje sjukdomsrelaterte eller helsemessige faktorar innverknad på livskvaliteten hos denne pasientgruppa. Metoden som vart nytta var at 48 deltakarar med alvorleg psykisk lidning vart rekruttert. Det vart utført strukturerte kliniske intervju av desse deltakarane. Av alle deltakarane hadde 23 av dei diagnosen schizofreni. Resultata indikerte at deltakarane opplevde liknande nivå av fysisk og mental helse-relatert livskvalitet. Dei viste og at deltakarane opplevde redusert livskvalitet når dei hadde somatiske komorbiditetar, og når dei opplevde negative og depressive symptom. Auka levetilfredshet var forbundet med færre psykiatriske symptom og mindre grad av somatisk komorbiditet. Konklusjonen med studien var at det er nødvendig å fokusere på både fysiske og mentale helsefaktorar for at pasientar med alvorleg psykisk lidning skal oppleve auka velvære og livskvalitet. Det bør og intergrerast fleire fysiske helsetenester for denne pasientgruppa, då dei har komplekse helsebehov. Vidare bør sjukepleiarar fokusere på både psykisk og mental helse, som ein del av ei heilskapleg tilnærming til velvære og livskvalitet (Barnes et al., 2012).

## 4.2 Analyse av resultata

Studiane som er inkludert i denne oppgåva har til felles at dei legg vekt på at pasientar med schizofreni har behov for å forbetre den fysiske helsa si. Ein anna fellesnemnar er at det vert trekt fram at somatiske sjukdommar er underdiagnostisert hos pasientar med psykiske lidingar, der i blant pasientar med schizofreni. Sjølv om dei har ulik hensikt, så er det den hyppige førekomsten av somatisk komorbiditet og tidleg død som ligg til grunn for utføringa av studiane. Ved å sjå på dei ulike studiane vert tre hovudfunn identifisert; Hyppig førekomst av behandlingstrengande fysisk sjukdom, sjukepleiarars i psykisk helseverns manglande kompetanse knytt til somatisk sjukdom, og somatiske sjukdommars negative innverknad på livskvalitet hos personar med schizofreni.

## 5 DRØFTING

På bakgrunn av funn frå forskning, relevant litteratur og egne erfaringar skal eg drøfte oppgåvas problemstilling: *Kva betydning har sjukepleiarars kompetanse om somatiske sjukdommar for å fremme livskvalitet hos pasientar med schizofreni?*

### 5.1 Førekost av somatisk sjukdom

Dei psykiske symptoma ved diagnosen schizofreni kan ha store konsekvensar for den som er ramma (Folkehelseinstituttet, 2018, s.50). På bakgrunn av karakteristika ved lidinga, har personar med schizofreni ofte eit usunt levevis, eller er fysisk inaktive. Sjukepleie retta til pasientar med schizofreni har ofte eit fokus på å dempe dei plagsame symptoma på lidinga (Jørgensen, 2011, s.61-62). Noko det tilsynelatande ikkje er like stort fokus på, er dei somatiske plagene. Dette var noko eg oppdaga, då eg var i praksis i psykisk helsevern.

Somatiske sjukdommar førekommer svært hyppig hos pasientar med schizofreni. Fleire pasientar rapporterer difor om fysiske helseproblem som påverkar dei i kvardagen. Det viste seg at fleira av pasientane som opplevde desse problema, hadde behov for behandling (Eskelinen et al., 2017). I ein studie utført av Crawford, Jayakumar, Lemmey, Zalewska, Patel, Cooper & Shiers (2014) kjem det fram at vurderingar og behandling av fysiske helseproblem hos pasientar med schizofreni, er langt under akseptable standardar. Det viste seg at berre om lag halvparten av dei med forhøgja blodglukose, fekk hensiktsmessig behandling for dette. Av dei med dyslipidemi var det enda færre (Crawford et al., 2014).

Den høge førekoststen av somatiske sjukdommar hos pasientar med schizofreni fører og til ein auka risiko for dødelegheit (Jørgensen, 2011, s.57). Hjarte- og karsjukdom er den vanlegaste årsaka til tidleg død hos personar med schizofreni (Jørgensen, 2011, s.64-66). I praksis oppdaga eg at mange pasientar hadde dårleg eigenomsorg, kosthald og var fysisk inaktive. Dette er risikofaktorar for utvikling av hjarte- og karsjukdommar, og for livsstilssjukdommar som diabetes type 2 (Jørgensen, 2011, s.60-64).

I praksis opplevde eg eit tilfelle som verkeleg gjorde inntrykk på meg. Ein pasient med schizofreni utvikla seinkomplikasjonar av diabetes, og ynskte ikkje å ta i mot behandling på bakgrunn av sine psykiske symptom. Dessverre førte dette til at vedkommande ikkje overlevde. I ein studie utført av Crump, Winkleby, Sundquist & Sundquist (2013) kjem det fram at det er ein tydeleg samanheng mellom schizofreni, komorbiditet og dødelegheit. Resultata frå studien viste at konsekvensane av somatisk komorbiditet er svært alvorlege. Dei kom fram til at menn med schizofreni i gjennomsnitt døyr 15 år tidlegare, og kvinner 12 år tidlegare en resten av folkesetnaden (Crump et al., 2013).

Ut i frå det eg har observert i praksis, har pasientar med schizofreni behov for oppfølging for sine fysiske helseproblem. Dersom pasientane får oppfølging for desse, kan dei unngå alvorlege somatiske konsekvensar. Å kartlegge helseproblem, med vekt på å avklare komorbiditet og behovet for oppfølging, er heilt nødvendige tiltak i møte med pasientar med schizofreni. Dette kan vere med på å redusere helseproblema, varigheita og ha ein innverknad på overlevingsutsikta. Det kan og sørgje for at pasientane vert buande lengre i eigen heim (Dahl & Grov, 2014, s.15). For å kunne følge opp dei fysiske helseproblema meiner eg at vi som sjukepleiarar har behov for relevant kunnskap og kompetanse.

## **5.2 Sjukepleiarars kompetanse knytt til somatisk sjukdom**

Det er blitt identifisert ein generell mangel på sjukepleiekunnskapar knytt til fysisk sjukdom, hos sjukepleiarar i psykisk helsevern. Dette fører til at pasientane ikkje får nødvendig fysisk helsehjelp når dei har behov for det. Sjukepleiarane er blitt identifisert til dei som står i best posisjon til å forbetre den fysiske helsa til denne pasientgruppa (Hennessy & Cocoman, 2018). Fleire sjukepleiarar meiner at dei fysiske helsetenestene som vert tilbode til personar med psykiske lidingar, ikkje er tilstrekkelege. Sjukepleiarar bør difor forbetre sine kunnskapar og ferdigheiter knytt til somatisk sjukdom. Dette er nødvendig for å kunne utføre betre fysiske helsetenester til desse pasientane (Ince et al., 2018).

I praksis møtte eg sjukepleiarar med god kompetanse, gode kunnskapar og ferdigheiter knytt til psykiske lidingar og behandlinga av desse. Det derimot fleire av sjukepleiarane sa, var at dei hadde for lite kunnskapar om somatiske sjukdommar. Mange meinte at dette var noko dei burde bli betre på, medan andre hadde ei holdning som tilsa at dette området var nokon andre sitt ansvar. Som sjukepleiar har i følge Kristoffersen et al. (2016) kvar enkelt eit ansvar for å tileigne seg ny kunnskap, og å vidareutvikle sin yrkeskompetanse (Kristoffersen et al., 2016, s.15).

Sjukepleieutdanninga kvalifiserer for eit yrke som er under stadig utvikling og endring. Ein må difor sjå på læring som ein livslang prosess (Kristoffersen et al., 2016, s.15). Eg meiner det er heilt nødvendig at sjukepleiarar tilegnar seg tilstrekkeleg med kunnskap om somatiske sjukdommar til å kunne ivareta dei fysiske helseproblema til pasientar med schizofreni. I følge Kristoffersen & Nordtvedt (2016) er ein nødvendig del av sjukepleiarens kompetanse, fagkunnskap. Dersom ein skal vere i stand til å sørge for at pasienten vert behandla på ein omsorgsfull, kyndig og forsvarleg måte, er ein heilt avhengig av å ha relevant kunnskap (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s.93).

Frå gammalt av er sjukdommar delt inn i to hovudgrupper; somatikk og psykiatri (Dahl & Grov, 2014, s.11-12). Mi oppleving er at mange sjukepleiarar deler pasienten inn på denne måten, og at dei sjeldan har tilstrekkeleg med kunnskap om begge hovudgruppene. Orlando (2010) meiner at sjukepleiarens kunnskap og kompetanse er heilt sentral. Ho meiner at ein sjukepleiar med eit breitt spekter av kunnskapar er ein større ressurs, og har større moglegheit til å hjelpe pasientane sine. Orlando legg vekt på at ein som om sjukepleiar ikkje kan vete alt i alle situasjonar, men det er heilt sentralt at ein veit korleis ein kan tileigne seg dei kunnskapane ein manglar. Det er og viktig at ein veit kven ein kan rådføre seg med, eller kvar ein kan henvise pasienten vidare, slik at pasienten får den helsehjelpa vedkommande har behov for. (Orlando, 2010, s.21-22). Dette vert underbygga av lov om helsepersonell (1999) som stiller krav til alle helsepersonell i forhold til fagleg forsvarleg utøving, og understreker at ein skal innrette seg etter sine faglege kvalifikasjonar. Dei har og eit ansvar for å skaffe bistand og henvise pasienten vidare der det er nødvendig og mogleg (Helsepersonellova, 1999, §4).

I studien til Hennessy & Cocoman (2018) kjem det fram at målretta opplæring av sjukepleiarar ser ut til å gje ei statistisk auke i kunnskap. Det vart og oppdaga at det er mangelen på regelmessig opplæring av sjukepleiarar i forhold til fysiske sjukdommar, som har ført til at dei ikkje har hatt tilstrekkeleg med kunnskapar til å engasjere seg i praksis (Hennessy & Cocoman, 2018). Det er forventa at ein som sjukepleiar både etterspør og deltek i opplæring på arbeidsstaden, slik at ein kan utøve fagleg forsvarleg sjukepleie (Kristoffersen et al., 2016, s.19).

Dei yrkesetiske retningslinjene (2016) presiserer at ein som sjukepleiar sjølv har ansvar for å halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innanfor sitt fagområde. Ein har og eit ansvar for å sørge for at ny kunnskap vert innarbeida og anvendt i praksis (Yrkesetiske retningslinjer, 2016). Eg meiner difor at det er heilt sentralt at sjukepleiarar tek ansvar for dette sjølv, og at arbeidsplassen legg til rette for at sjukepleiarane får tid og moglegheit til dette.

### **5.3 Klinisk blikk for å oppdage somatisk sjukdom**

For å kunne oppdage somatiske sjukdommar hos pasientar med schizofreni må ein observere pasienten, og bruke det kliniske blikket. Fire fundamentale føresetnader vere til stades for at ein skal ha evna til å klinisk observere. Ein av desse er teoretiske kunnskapar. Teoretiske kunnskapar og erfaring er heilt nødvendige for å vere i stand til å tolke og forstå dei teikna som sansane gjev informasjon om. Det er dei som gjer at det vert mening og innhald i observasjonane. Desse observasjonane har stor betydning for pleia som vert gitt til pasienten (Kristoffersen, 2016, s.156-157).

Ida Jean Orlando (2010) meiner at å observere ein pasient er ei viktig del av datasamlinga. Den informasjonen og dei opplysningane ein sjukepleiar tileignar seg gjennom observasjonar er heilt sentrale for pasientens vidare forløp. Korleis sjukepleiaren nyttar opplysningane om pasienten og hans tilstand, er avhengig av kunnskapen vedkommande har. I situasjonar der pasienten sjølv ikkje er i stand til å gje uttrykk for sine behov, er det spesielt viktig at ein som sjukepleiar har evne til å utforske dei observasjonane som vert utført (Orlando, 2010, s.42). Dette kan setjast i samanheng med pasientar med schizofreni, som kan ha svekka eigenomsorg, og som på bakgrunn av karakteristika ved lidinga ikkje alltid er i stand til å gje uttrykk for sine behov.

I praksis opplevde eg at fleire pasientar ikkje vart trudd dersom dei anga symptom på somatisk sjukdom. Som sjukepleiar tenker eg at ein må bygge og oppretthalde ein god relasjon med pasienten, slik at pasienten klarar å vere open om sine behov og utfordringar. Sjukepleiarens evne til å lytte, og å vise at han/ho ynskjer å hjelpe pasienten, er heilt sentral. I følge Ingstad (2013) er det sjukepleiaren som har makt i ein sjukepleiar-pasient-relasjon. Den kunnskapen vedkommande har, vert og sett på som makt. Som sjukepleiar tilbringar ein mykje tid saman med pasientane. Dersom pasienten er dårleg, er han difor heilt avhengig av at sjukepleiaren tek dette opp med legen, slik at han kan få nødvendig behandling (Ingstad, 2013, s.150-169). Eg tenker at det er avgjerande at sjukepleiarar observerer og lyttar til pasientane når dei oppgjer somatiske plager, slik at pasienten får nødvendig helsehjelp.

Kunnskap er makt (Ingstad, 2013, s. 159). Men kan det og tenkjast at det å ikkje ha kunnskap, og er makt? Som sjukepleiar tilbringar ein mykje tid saman med pasientane, der ein observerer pasientane ved hjelp av ulike sansar. For å kunne tolke og forstå desse observasjonane, treng ein kunnskap (Kristoffersen, 2016, s.157). Dersom ein ikkje har kunnskap om somatisk sjukdom i møte med pasientar med psykiske lidningar, kan ein gå glipp av relevant data om pasientens tilstand og endringar i denne. Dette skjer fordi ein ikkje er i stand til å tolke og forstå dei teikna som sansane gjev informasjon om. Observasjonar av ein pasient heilt nødvendig for å fremme pasientens liv og helse (Kristoffersen, 2016, s.156).

#### **5.4 Somatisk helses betydning for livskvalitet**

Det gjorde sterkt inntrykk på meg å sjå korleis diagnosen schizofreni kan påverke livet til ein person. Personar med lidinga opplever ofte negative symptom, som kan påverke kvardagen deira i stor grad (Snoek & Engedal, 2017, s.87). Då eg først møtte ein person med schizofreni, hadde eg lite kunnskap om lidinga. Etterkvart som eg tileigna meg meir kunnskap, og observerte kva innverknad lidinga hadde på personane som er ramma, såg eg og korleis livskvaliteten til desse personane vart påverka. Eg byrja då å tenkje på korleis det er å leve slik, og korleis desse personane kan oppretthalde ein livskvalitet dei sjølv meiner er god.



Schizofreni rammar ofte unge menneske som framleis er under utdanning. Diagnosen har stor fare for eit langvarig forløp, med fleire tilbakefall. Det kan ha alvorlege konsekvensar for personens vidare liv (Snoek & Engedal, 2017, s.87). Personar med denne diagnosen opplev ofte redusert livskvalitet som følge av dei negative symptomane påverka i kvardagen (Folkehelseinstituttet, 2018, s.30). Ein persons oppfatning av livskvalitet omfattar vedkommande si subjektive oppleving av ulike sider ved livssituasjonen (Kristoffersen, 2016, s.55). Noko det ikkje vert lagt like mykje vekt på er at den høge førekomsten av fysiske helseproblem, og har ein innverknad på livskvaliteten til denne pasientgruppa (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2009).

Pasientar med schizofreni har behov for sjukepleie retta mot både psykiske og fysiske behov (Von Hausswolff-Juhlin et al., 2009). Studien til Barnes et al. (2012) viste at pasientar med alvorleg psykisk lidning, deriblant schizofreni, opplevde redusert livskvalitet når dei hadde somatiske komorbiditetar. Dei opplevde og redusert livskvalitet når dei hadde negative og depressive symptom. Auka livstilfredshet var forbundet med ei oppleving av færre psykiske symptom, og mindre somatiske plager. Det er nødvendig å fokusere på både fysiske og mentale helsefaktorar for å auke pasientanes oppleving av velvære og livskvalitet (Barnes et al., 2012).

I praksis møtte eg fleire pasientar med schizofreni, med ulik alvorsgrad, og som takla si lidning på ulikt. Nokre av dei sa sjølv at dei hadde somatiske plager som påverka kvardagen deira, og som dei ønskte behandling for. Likevel møtte eg og pasientar med schizofreni som hadde behov for behandling, men som ikkje erkjente dette. Personar med schizofreni kan ha sviktande motivasjon til å gjennomføre behandling for somatisk sjukdom. Dei kan og ha og ha manglande erkjenning av ein behandlingsskjevande sjukdom, noko som gjer at det vert vanskeleg å behandle desse personane (Jørgensen, 2011, s.66).

På ein DPS er sjukepleiarane heile tida i nærleiken av pasientane, og har difor gode moglegheiter til å påverke livskvaliteten deira. Som sjukepleiar kan ein då stå i posisjon til å utføre ulike sjukepleieintervensjonar, retta mot dei fysiske sjukdommane pasientane opplever. Dette er avhengig av at ein har relevant kunnskap og kompetanse. Det er grunnleggjande at sjukepleie har som hensikt å lindre sjukdommar relatert til dårleg helse. Ein må likevel hugse på at alle pasientar er ulike, og at dei kan gje ulikt uttrykk for sine behov. Som sjukepleiar har ein eit ansvar for å yte den hjelpa pasienten har bruk for, og sikre alle pasientar både psykisk

og fysisk velvære (Orlando, 2010, s.23-24). I følge Ince et al. (2018) bør det integrerast fysiske helsetenester til alle personar med alvorleg psykisk liding, både i praksis og rutineverksemd (Ince et al., 2018). Eg meiner at sjukepleiarar på bør ha ei heilskapleg tilnærming til livskvalitet hos personar med schizofreni. På denne måten kan pasientane få nødvendig helsehjelp for sine fysiske helseproblem, og oppleve auka livskvalitet. Dei yrkesetiske retningslinjene (2016) presiserer at alle sjukepleiarar skal ivareta den enkelte pasients behov for heilskapleg omsorg, yte omsorgsfull hjelp og lindre liding (Yrkesetiske retningslinjer, 2016).

## 6 AVSLUTNING

I denne oppgåva har eg fokusert på kva betyding sjukepleiarars kompetanse om somatiske sjukdommar har for å fremme livskvalitet hos pasientar med schizofreni. Ved å nytte meg av funn frå forskning, relevant litteratur og egne erfaringar har eg kome fram til at sjukepleiarars kompetanse ser ut til å ha ei betyding for å fremme livskvaliteten til pasientar med schizofreni. På bakgrunn av pasientanes hyppige førekomst av somatiske sjukdommar, ser det ut til å vere behov for at sjukepleiarar som møter desse pasientane har relevant kunnskap og kompetanse. Forsking har og vist at det ser ut til å vere ein samanheng mellom pasientanes oppleving av somatisk komorbiditet, og redusert livskvalitet (Barnes et al., 2012). Ved at sjukepleiarar som arbeidar i psykisk helsevern aukar kompetansen sin knytt til fysiske sjukdommar, kan dei og vere med på å bidra til auka velvære og livskvalitet hos pasientar med schizofreni. Pasientane kan få ein betre kvardag, og overlevingsutsiktene kan verte forbetra. For ein person som allereie kan opplevde svært redusert livskvalitet på bakgrunn av symptoma ved lidinga, kan dette ha stor betyding. Gjennom mine erfaringar i praksis, og arbeidet med denne oppgåva har eg opparbeida meg kunnskap, som eg vil ta med meg inn i mitt framtidige yrke som sjukepleiar. Arbeidet har fått meg til å tenkje på kva for ein sjukepleiar det er eg har lyst til å bli. Noko av det eg vil ta med meg er å vere bevisst over egne haldningar, og å fokusere på ei heilskapleg tilnærming til alle pasientar. Eg har lært at min kompetanse kan ha stor betyding for ein pasient, og at både det å ha kunnskap og det å ikkje ha kunnskap er makt. Som sjukepleiar trur eg det er viktig å hugse på at mange pasientar ”fell mellom to stolar”, og at det difor alltid er pasienten, og pasienten individuelle behov som bør vere i fokus ved utøving av sjukepleie.

## REFERANSELISTE

- Barnes, A. M., Murphy, M. E., Fowler, C. A. & Rempfer, M. V. (2012). Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness. *Schizophrenia Research and Treatment*. <https://doi.org/10.1155/2012/245103>
- Crawford, M. J., Jayakumar, S., Lemmey S. J., Zalewska, K., Patel, M. X., Cooper, S. J. & Shiers, D. (2014). Assessment and treatment of physical health problems among people with schizophrenia: national cross-sectional study. *The British Journal of Psychiatry*. 205(6), 473-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.142521>
- Crump, C., Winkleby, M. A., Sundquist K. & Sundquist J. (2013). Comorbidity and mortality in persons with schizophrenia: A Swedish cohort study. *The American journal of psychiatry*. 170(3), 324-33. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12050599>
- Dahl, A. & Grov E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri – forsøelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen damm.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eskelinen, S., Sailas, E., Joutsenniemi, K., Holi, M., Koskela, T. H. & Suvisaari J. (2017). Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(6), 448-454. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1319497>
- Folkehelseinstituttet. (2017, 21.Mars). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Henta frå <https://fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Henta frå [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)

Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse-og omsorgstjenester. I G. Haugan & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. (s. 225-240). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016, 03.Juni). Sjekklistor. Henta frå <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsepersonellova (1999). Krav til helsepersonells yrkesutøvelse. (LOV-1999-07-02-64). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hennessy, S. & Cocoman, A. M. (2018). What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? Integrated literature review. *Issues in Mental Health Nursing*. 39(8), 700-706. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1429509>

Hoffman, B. (2016). Sykdomslærens forutsetninger. I S. Ørn & E. B. Gansmo (Red.) *Sykdom og behandling*. (2.utg, s.27-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ince S. C., Günüşen, N. P. & Serçe, Ö. (2018). The opinions of turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*. 25(4), 245-257. <https://doi.org/10.1111/jpm.12456>

Jørgensen, P. (2011). Skizofreni. I P. Jørgensen (Red.), *Psykiske sykdomme og kroppen*. (1.utg, s.57-70). København: Munksgaard.

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (3.utg, s.29-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (3.utg, s.139-192). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunleggende sykepleie, bind 1*. (3.utg, s.89-138). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? . . I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunleggende sykepleie, bind 1*. (3.utg, s.15-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orlando, I. J (2010). *Det dynamiske forhold mellom sygeplejerske og patient*. (2.utg). København: Munksgaard.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetjenesten. (LOV-1999-07-02-63). Henta frå <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse-og sosialfagutdanningene*. (4.utg). Oslo: Cappelen damm akademisk.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Von Hausswolff-Juhlin, Y., Bjartveit, M., Lindström, E. & Jones P. (2009). Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(438), 15-21. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01309.x>

# VEDLEGG: Resultattabellar

## Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
<p><i>”The opinions of turkish mental health nurses on physical health care for individuals with mental illness: A qualitative study”</i> (Ince et al., 2018).</p>	<p>Å fastslå sjukepleiarars meiningar om utøving av fysiske helsetenester til personar med psykisk lidning.</p>	<p>- Kvalitativt studie - Djupneintervju ved hjelp av eit halvstrukturert intervjuformat - Tematisk analyse av intervjua</p>	<p>- 12 sjukepleiarar deltok - Desse arbeida på psykiatriske klinikkar for vaksne - Måtte ha arbeida minst 6 månadar med pasientar med psykiske lidningar</p>	<p>Fire hovudtema vart identifisert. - Barrierar for fysisk helseteneste til personar med psykisk lidning - Fysisk helsepraksis - Motivasjon - Behov for betre fysisk helsetenester til pasientar med psykisk lidning</p>	<p>Fleire sjukepleiarar meiner at dei fysiske helsetenestene som vert tilbode pasienta med psykiske lidningar ikkje er tilstrekkelege. Det vart og oppdaga at dei hadde utilstrekkeleg opplæring i forhold til dette. Sjukepleiarars kunnskapar og ferdigheiter kring somatisk sjukdom bør forbeistrast, slik a dei kan tilby betre fysiske helsetenester til desse pasientane. Desse bør integreras i praksis og rutineverksemd.</p>

## Vedlegg 2

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
<p><b><i>”What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? Integrated literature review”</i></b> (Hennessy &amp; Cocoman, 2018).</p>	<p>Å identifisere verknaden av målretta utdanning for å forbetre kunnskapen til sjukepleiarar i psykisk helsevern i forhold til fysisk sjukdom.</p>	<p>- Kvalitativt studie - Ei integrert litteraturvurdering av litteratur publisert frå 2012-2017</p>	<p>- Litteraturen måtte vere på engelsk - Måtte utforske utdanning/opplæring av studentar og sjukepleiarar med tilknytning til fysisk helsetenester</p>	<p>- Sjukepleiarars kunnskapar om somatisk sjukdom vart forbetra ved hjelp av målretta opplæringsøukter.</p>	<p>Dårleg fysisk helse og tidleg død hos personar med alvorleg psykisk lidning er av voksande bekymring. Studien viste at målretta opplæring gjev ei statistisk auking i kunnskap. Sjukepleiarar i psykisk helsevern manglar kunnskap og regelmessig opplæring i forhold til fysiske sjukdommar, noko som har ført til at dei ikkje engasjerer seg i forhold til dette i praksis.</p>



### Vedlegg 3

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
<p><b><i>”Multiple physical healthcare needs among outpatients with schizophrenia: findings from a health examination study”</i></b> (Eskelinen et al., 2017).</p>	<p>Å vurdere dei somatiske symptoma, og behovet for fysisk helseintervensjon hos personar med schizofreni</p>	<p>- Kvantitativt studie - Strukturert og omfattande helseundersøking og spørjeskjema</p>	<p>- 275 deltakarar med diagnosen schizofreni - Gjennomsnittsalder på 44,9 år.</p>	<p>- 44,9% av pasientane rapporterte om somatiske plager som påverka kvardagen - 87,6% av pasientane hadde behov for spesifikke intervensjonar for ein somatisk sjukdom eller tilstand.</p>	<p>Helseundersøkinga viste at personar med schizofreni har mange fysiske helsetenestebehov. Det bør difor prioriterast helseundersøkingar av desse pasientane, elles kan ei stor mengd fysiske helsebehov bli verande udiagnosert.</p>

## Vedlegg 4

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
<p><b><i>”Schizophrenia and physical health problems”</i></b> (Von Hauswolff-Juhlin et al., 2009).</p>	<p>Å vurdere forekomsten av fysiske helseproblem hos pasientar med schizofreni, og korleis dei påverkar dødelegheit og livskvalitet.</p>	<p>- Kvantitativt studie - Selektiv gjennomgang av relevant litteratur</p>	<p>- Artiklar som omhandla fysisk helse, kardiovaskulær sjukdom, metabolsk syndrom og livskvalitet vart inkludert. - Retningslinjer og anbefalingar for overvaking av fysisk helse hos pasientar med schizofreni vart og inkludert.</p>	<p>Den hyppigaste årsaka til overdødelegheit hos personar med schizofreni var kardiovaskulære sjukdommar. Andre faktorar som spelte inn var overvekt, metabolske abnormalitetar, røyking, alkohol, mangel på fysisk aktivitet og dårleg kosthald.</p>	<p>Det er vanleg med fysiske helseproblem hos pasientar med schizofreni. Dei bidrar til auke overdødelegheita, samt å redusere livskvaliteten til pasientane. Det er tydeleg at pasientar med schizofreni har behov for sjukepleie som er retta mot både psykiske og fysiske behov.</p>

## Vedlegg 5

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat	Konklusjon
<p><b><i>”Health-related quality of life and overall life satisfaction in people with serious mental illness”</i></b> (Barnes et al.,2012).</p>	<p>Å undersøkje om det er forskjell i fysisk og psykisk helse-relatert livskvalitet, hos personar med alvorleg psykisk lidning</p>	<p>- Kvantitativt studie - Strukturerte kliniske intervju</p>	<p>- 48 deltakarar - 25 menn - 23 kvinner - 23 av deltakarane hadde diagnosen schizofreni</p>	<p>Deltakarane opplevde liknande nivå av fysisk og mental helse-relatert livskvalitet. Deltakarane opplevde redusert livskvalitet når dei hadde somatiske komorbiditetar, og når dei opplevde negative og depressive symptom. Auka levetilfredshet var forbundet med færre psykiatriske symptom og mindre grad av somatisk komorbiditet.</p>	<p>Det er nødvendig å fokusere på både fysiske og mentale helsefaktorar for at pasientar med alvorleg psykisk lidning skal oppleve auka velvære og livskvalitet. Det bør og intergrerast fleire fysiske helsetenester for denne pasientgruppa, då dei har komplekse helsebehov. Sjukepleiarar bør fokusere på både psykisk og mental helse, som ein del av ei heilskapleg tilnærming til velvære og livskvalitet.</p>