



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	25-02-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Slutt dato:</b>	25-04-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 3

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Når diagnosen påvirker ivaretagelsen

**Antall ord \*:** 8890

**Engelsk tittel \*:** When the diagnosis affects the care

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen Nei**  
**konfidensiell materiale?:**

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Når diagnosen påvirker ivaretakelsen

When the diagnosis affects the care

**Kandidatnummer: 3**

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskolen på Vestlandet, avd. Haugesund

**Innleveringsdato: 25.04.19**

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Når diagnosen påvirker ivaretakelsen.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier ved somatisk sykehusavdeling ivareta pasienter med schizofreni?

**Bakgrunn:** Mine erfaringer er at pasienter med psykiske lidelser oppfattes som en utfordrende pasientgruppe på en somatisk sykehusavdeling. Dette har ført til at den optimale ivaretakelsen blir vanskelig å utøve. Det er dermed viktig å utforske dette ytterligere, med fokus på hva sykepleier kan gjøre for at pasientene blir ivaretatt likt.

**Introduksjon:** Sykepleiere ved somatisk sykehusavdeling vil til en hver tid kunne møte på pasienter med schizofreni og andre psykiske lidelser. Som pasient innlagt i sykehus er det alltid behov for god ivaretakelse og et trygt miljø. Flere sykepleiere uttrykker utfordringer i møte med pasientgruppen. Ivaretakelsen og sykepleien kan påvirkes av mangelfull kunnskap og negative holdninger hos sykepleiere.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å bidra til kunnskapsutvikling i hvordan sykepleier kan ivareta pasienter med schizofreni på en somatisk sykehusavdeling.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på fem forskningsartikler funnet i databaser for helsefag og teori fra fag- og pensumlitteratur.

**Resultat:** Det er avstand mellom den forventningsfulle ivaretakelsen og hvordan det foregår i praksis. Det ble sett sammenheng mellom mangelfull kunnskap, negative holdninger og ferdigheter. Dette bidro på mange områder til negativ påvirkning på ivaretakelsen pasientene mottok. Flere sykepleiere uttrykte et økt behov for opplæring og kunnskapsutvikling.

**Konklusjon:** For å ivareta pasienter med schizofreni på en somatisk sykehusavdeling er det nødvendig med kunnskapsutvikling og en holdningsendring. Sykepleiere som arbeider her får lite opplæring om ivaretakelse av pasienter med psykiske lidelser. Det er derfor nødvendig med økt bevissthet og kunnskap om dette temaet. Sykepleier må kunne møte hele mennesket og se bort i fra fortolkninger og egne fordommer. Både relasjonsbygging og refleksjon ble sett på som nødvendig for å bedre sykepleien som gis til pasienter med schizofreni.

## Abstract

**Title:** When the diagnosis affects the care.

**Question:** How can nurses at the somatic hospital ward care for patients with schizophrenia?

**Background:** My experiences is that patients with mental disorders are being perceived as a challenging patient group in a somatic hospital ward. This has led to the optimum care being difficult to execute. It is therefore important to explore this further, focusing on what the nurse can do to ensure that the patients are treated equally.

**Introduction:** Nurses working in a somatic hospital ward will at all times be able to meet patients with schizophrenia. Being hospitalized there is always a need for good care and a safe environment. Several nurses express challenges in meeting this patient group. The care and nursing provided can be influenced by inadequate knowledge and negative attitudes among nurses.

**Aim:** The aim of this thesis is to gain knowledge about how nurses working in a somatic hospital ward can take care for patients with schizophrenia.

**Method:** This is a literature study based on literature from five research articles that are found through databases for health subjects and theory from the curriculum and other literature relevant to this theme.

**Result:** There is a distance between the ideal care and how it is done in practice. There was seen a connection between inadequate knowledge, negative attitudes and skills. In many areas this contributed to negative impact on the care the patients received. Several nurses expressed an increased need for training and knowledge development.

**Conclusion:** In order to care for patients with schizophrenia in a somatic ward, knowledge development and a change of attitude is necessary. Nurses working here receive little training on the care of patients with mental disorders. It is therefore necessary to increase awareness and knowledge on this topic. Nurses must be able to meet the whole person and ignore interpretations and prejudices. Both relationship building and reflection were seen as necessary to improve the nursing care given to patients with schizophrenia.

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	2
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.3 AVGRENSING OG PRESISERING AV OPPGAVEN .....	3
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	3
<b>2. TEORETISK GRUNNLAG</b> .....	<b>3</b>
2.1 SCHIZOFRENI.....	4
2.1.1 <i>Symptomer</i> .....	4
2.1.2 <i>Schizofreni - dårligere helse</i> .....	4
2.2 SYKEPLEIERTEORETISK TILNÆRMING – JOYCE TRAVELBEE .....	5
2.3 SYKEPLEIERNES KUNNSKAP OG HOLDNINGER .....	6
2.4 OM Å MØTE PASIENTER MED SCHIZOFRENI .....	7
2.4.1 <i>Kommunikasjon</i> .....	8
2.4.2 <i>Profesjonell relasjon</i> .....	8
2.5 LOVVERK OG ETIKK .....	9
<b>3. METODE</b> .....	<b>10</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	10
3.2 LITTERATURSØK .....	11
3.3 KILDEKRITIKK .....	12
3.4 METODEKRITIKK.....	13
3.5 ETISKE HENSYN.....	13
<b>4. PRESENTASJON AV FORSKNINGSFUNN</b> .....	<b>13</b>
4.1 ARTIKKEL 1 .....	13
4.2 ARTIKKEL 2 .....	14
4.3 ARTIKKEL 3 .....	15
4.4 ARTIKKEL 4 .....	16
4.5 ARTIKKEL 5 .....	16
4.7 HOVEDFUNN .....	17
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>17</b>
5.1 RELASJON OG HOLDNINGER .....	17
5.2 BETYDNINGEN AV SYKEPLEIERS KUNNSKAPSNIVÅ.....	19
5.3 SYKEPLEIERS MØTE MED PASIENTER MED SCHIZOFRENI.....	21
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>23</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>25</b>
VEDLEGG 1 – SØKEDOKUMENTASJON .....	28

## 1. Innledning

Mennesker med diagnosen schizofreni utfordres i dag på flere fronter, og er blant annet utsatt for å bli oppfattet som både «farlige» og «sinnssyke» (Ingeberg, Tallaksen & Eide, 2015, s. 22). Sykepleierens fokus omhandler det å ha en spesiell kompetanse til å ivareta pasientene og de områder de retter oppmerksomheten mot (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Det skaper likevel et dilemma i møte med mennesker med schizofreni ettersom sykepleiere innenfor somatikken har vanskeligheter med å ivareta denne pasientgruppen. Sykepleierne føler de mangler både kompetanse og ressurser for å kunne yte god pleie, noe som spesielt er en stor utfordring i møte med pasienter med denne diagnosen (Brunero, Ramjan, Salomonson & Nicholls, 2018; Zolnierėk, 2011). Personer med schizofreni klarer på tross av forstyrrelsen på selvet å beholde sine personlige særtrekk og sin evne til å handle som sosial aktør, og handle både selvbevisst og målbevisst - noe som ofte undervurderes (Elstad & Norvoll, 2016, s. 129).

Personer med alvorlige psykiske lidelser møter støtt og stadig på utfordringer gjennom stereotypier og fordommer som er oppstått gjennom manglende forståelse om psykisk sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 41). I tillegg skisseres mennesker med psykiske lidelser i media på en måte som skaper fordommer og utfordrer holdningene våre som hinder for positive endringer. Slike negative holdninger kan bidra til uheldige forløp hos disse menneskene (Elstad & Norvoll, 2016, s. 120). Personer med psykiske lidelser har høyere forekomst av somatiske sykdommer og lever kortere enn andre. En viktig årsak til dette er dårlig oppfølging av somatiske sykdommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 41).

Til tross for at de historiske perspektivene på psykiske lidelser er utdatert, henger fortsatt gamle holdninger igjen med lang vei å gå før psykisk lidelse blir betraktet på samme måte som somatisk lidelse (Ingeberg et al., 2015, s 15-17). Sykepleiere anses som frontfigurer i omsorgsarbeidet som skal sikre god ivaretagelse og pleie av pasienter uavhengig av hvilken diagnose pasientene har. De har i tillegg et etisk ansvar som innebærer det å kunne rette sine holdninger og oppfatninger til det beste for pasienten og ikke krenke pasientenes rettigheter (Alexander, Ellis & Barrett, 2016). I Norge har Norsk Sykepleierforbund utarbeidet yrkesetiske retningslinjer til sykepleiere som sier at sykepleie skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2016). Punkt 2 slår fast at sykepleieren skal ivareta hver enkelt pasients verdighet og integritet, med rett til faglig forsvarlig og

omsorgsfull hjelp, og retten til å ikke bli krenket. Retningslinjene presiserer også at en skal ivareta hver enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2016). Sykepleiere som jobber innenfor somatikk, har en tendens til å se pasienter med psykiske lidelser som et forstyrrende element. Det er derfor viktig med en viss basiskunnskap om psykiske lidelser i alt arbeid med menneskers helse (Strand, 2018, s. 91-92). På bakgrunn av dette er det nødvendig å undersøke hva som må til for å kunne ivareta pasienter med schizofreni på en somatisk avdeling.

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere er ikke immune mot negative stereotypier i samfunnet angående pasienter med schizofreni. Jeg ønsker å skrive om dette tema ettersom man som sykepleier er pliktet til å sikre god pleie uavhengig av pasienters diagnose. I løpet av mine praksisperioder på somatisk avdeling har jeg observert sykepleiere med det jeg oppfattet som negative holdninger og mangelfull kunnskap om psykiske lidelser. Dette bidro til usikkerhet blant personalet, noe som skapte utfordringer med å ivareta pasientene. Jeg la merke til at personalet kunne kvie seg for å gå inn til pasientene og at de var redde for å si noe feil som kunne resultere i utfordrende adferd. Dette har påvirket valget av temaet i denne oppgaven. I tillegg har jeg erfart at dette har vært et tema som ofte blir diskutert blant sykepleiere i praksis og blant medstudenter, men at lite blir gjort for å endre praksis. Min forståelse er at det er spesielt store utfordringer når det gjelder ivaretagelse av pasienter som har schizofreni grunnet frykt og lite kunnskap om diagnosen.

Jeg ønsker å fordype meg for å bidra til mer oppmerksomhet og økt kunnskap innenfor området. I tillegg er det viktig at alle pasienter som innlegges på sykehus opplever god ivaretagelse. Negative holdninger til pasienter med alvorlig psykiske lidelser hindrer god ivaretagelse, og sykepleiere kan bidra til en endring av dette problemet (Alexander et al., 2017). Videre har jeg stor interesse for området psykiatri og det ble derfor naturlig å velge dette temaet for min bacheloroppgave.

## 1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen for denne oppgaven er:

*Hvordan kan sykepleier ved somatisk sykehusavdeling ivareta pasienter med schizofreni?*

### 1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven

I denne oppgaven fokuserer jeg på voksne personer med schizofreni. Fokuset er rettet mot ivaretagelsen av denne pasientgruppen på somatisk sykehusavdeling. Likevel inkluderes litteratur som omhandler psykiatrisk avdeling da jeg oppfatter dette som relevant for å belyse tematikken. Fokuset rettes mot pasientens psykiske velvære på somatisk avdeling og hva sykepleier kan bidra med for at pasienten føler seg ivaretatt. Jeg velger dermed å ikke inkludere litteratur som fokuserer spesifikt på somatiske sykdommer og medisinske tiltak. Litteratur som omhandler alvorlige psykiske lidelser inkluderes, ettersom diagnosen schizofreni tilhører denne gruppen (Ingeberg et al., 2015, s. 97). Med betegnelsen ivaretagelse henspilles det å behandle mennesker likeverdig og som unike.

Betegnelsen *sykepleier* vil i denne oppgaven benyttes om pleiepersonellet ved somatisk sykehusavdeling. Betegnelsen sykepleier benyttes til tross for at det også kan dreie seg om andre helsefag utdannede. Somatisk sykehus er en del av spesialisthelsetjenesten, og har som formål å oppnå gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det (Kristoffersen, 2016, s. 215-216). Formålet med oppgaven er å bidra til at sykepleiere kan bli mer bevisste og i større grad bidra til at pasienter med tilleggsdiagnosen schizofreni føler seg trygg og ivaretatt. Med denne oppgaven ønsker jeg også å bidra til økt kunnskap om hvordan sykepleier kan møte denne pasientgruppen.

### 1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i seks kapitler med flere underkapitler. I første kapittel har jeg presentert det valgte temaet og redegjort for problemstillingen. Videre i kapittel to presenteres et utvalg av relevant teori for å belyse tematikken. I oppgavens tredje kapittel gjøres det rede for min metodiske tilgang og søket etter relevant forskning. I kapittel fire presenteres forskningsfunnene, før jeg i kapittel fem drøfter funnene ved hjelp av teori og tidligere forskning for å søke å besvare problemstillingen. Til slutt følger en kort konklusjon.

## 2. Teoretisk grunnlag

I teoridelen presenterer og redegjør jeg for relevant teori som skal bidra til å belyse problemstillingen i denne litteraturstudien.



## 2.1 Schizofreni

Schizofreni regnes som den mest kjente og omfattende psykoselidelsen og grupperes sammen med schizotypi, paranoide lidelser og schizoaffektive lidelser i diagnosesystemet ICD-10. I Norge er det til en hver tid omlag 20 000 personer med schizofreni (Strand, 2018, s. 93). En psykotisk utvikling skjer over tid, med en gradvis utvikling der personens sosiale og følelsesmessige situasjon gradvis blir vanskeligere (Håkonsen, 2009, s. 345). Diagnosen kan komme til uttrykk gjennom positive og negative symptomer.

### 2.1.1 Symptomer

Schizofreni blir i dag mer omtalt som en nevrokognitiv sykdom ettersom de kognitive forstyrrelsene er det mest sentrale trekket ved lidelsen (Strand, 2018, s. 93). Positive symptomer er de mest fremtredende som tydelige og synlige for omgivelsene. Blant disse symptomene finner man hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, usammenhengende tale og forstyrret atferd (Strand, 2018, s.93). Negative symptomer er også fremtredende hos personer med schizofreni og innebærer følelsesmessig tilbaketrekking og affektmatthet, passivitet eller apati, mangel på spontanitet m.m. Det er kombinasjonen av symptomer i tillegg til varigheten og innvirkningen på personens fungering som baseres på den diagnostiske forståelsen (Snoek & Engedal, 2017, s. 83-85). Disse symptomene kan by på utfordringer i interaksjonen mellom sykepleier og pasient.

### 2.1.2 Schizofreni - dårligere helse

Sykepleiere i somatiske avdelinger vil ofte kunne møte på pasienter med schizofreni når personer med diagnosen undersøkes eller legges inn på sykehus for behandling. Pasientgruppen har dobbelt så høy forekomst av kardiovaskulære risikofaktorer som ellers i befolkningen, og er blant annet utsatt for sykdommer som diabetes, overvekt, lungesykdom og hjerte- og karsykdom (Aarre, 2014, s. 181). Dette kan være grunnet helseskadelig atferd som røyking, dårlig kosthold, lite fysisk aktivitet og mangel på personlig hygiene som ofte kan sees hos denne pasientgruppen (Ververda, Kornkåsa, Bjørntvedt & Egrem, 2013). Personer med alvorlige psykiske lidelser er blant gruppen som har størst behov for behandling, og trenger like gode helsetjenester som andre uten psykisk lidelse (Aarre, 2014, s. 181).

## 2.2 Sykepleierteoretisk tilnærming – Joyce Travelbee

I denne litteraturstudien benytter jeg meg av sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee og hennes menneske-til-menneske forhold teori.

Travelbee (1999, s. 41) hevder at sykepleieres mål og hensikt oppnås gjennom etablering av et menneske-til-menneske-forhold. Dette er av stor betydning for at pasientenes sykepleiebehov blir ivaretatt. Sykepleieren må kunne oppfatte mennesket i pasienten og ikke kategorisere han eller henne, noe som er vesentlig for kvaliteten og kvantiteten på den sykepleien hun yter til syke mennesker. Til grunn for begrepet menneske-til-menneske forhold ligger det at både sykepleier og den syke forholder seg til hverandre som unike, menneskelige individer. Behovene til pasienten blir ivaretatt av sykepleiere som benytter intellektuell tilnæringsmåte og har evnen til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999, s. 41).

Pasientbegrepet innebærer en person som er under behandling og pleie av lege eller helsepersonell, men ifølge Travelbee (1999, s. 61-67) finnes det ingen pasienter, kun enkeltmennesker som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker. For sykepleier kan ordet pasient føre til stereotype kategoriseringer. En konsekvens av dette er at man reagerer på kategorien fremfor individet, slik at man generaliserer alle pasienter som fører til at en ser bort i fra de unike forskjellene hos hver og enkelt (Travelbee, 1999, s. 61). Travelbee mener derfor at det er viktig at begge parter raskt går videre for å bli kjent med hverandre som mennesker (Slettebø, 2013, s. 71). Egne fordommer skal ikke stå i veien for hvordan man dømmer pasienten, og verdien som tilskrives hvert enkelt individ er det som påvirker holdningene hennes. På tross av egne fordommer, må sykepleieren være oppmerksomme på disse for å unngå at det innvirker på omsorgen som gis til pasienten (Travelbee, 1999, s. 198).

Sykepleiere er som alle andre mennesker, men innehar spesialiserte kunnskaper som anvendes med hensikten å hjelpe andre mennesker. Sykepleierens oppgaver innebærer å oppfatte og respondere på mennesket som er pasient, og være seg bevisst på hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det unike og individuelle med det andre mennesket (Travelbee, 1999, s. 192). Hennes mål og hensikt oppnås når en er i stand til å samhandle og kommunisere for å lære den syke å kjenne og ivareta pasientens sykepleiebehov (Travelbee, 1999, s. 150). Både sympati og empati kan bidra til en forståelse av andres plager. Likevel er det ikke nok at sykepleier ønsker å hjelpe vedkommende, hun må

vite hva hun skal gjøre og kunne innhente kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig for ivaretagelsen av pasienten (Travelbee, 1999, s. 200-210).

Relasjonsbygging, menneske-til-menneske-forhold og reelle erfaringer kan hindres av forestillinger basert på kunnskap man har lest eller fått gjennom andre kilder (Travelbee, 1999, s. 187). Vi kommuniserer gjennom utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester. En profesjonell sykepleier må kunne bruke seg selv terapeutisk og ha en åpen holdning uten å være kunnskapsløs. Dette innebærer at sykepleieren gjør seg bevisst på bruken av egen personlighet og egen kunnskap med mål om å innvirke forandring hos den syke (Travelbee, 1999, s. 43-44).

### 2.3 Sykepleiernes kunnskap og holdninger

I løpet av oppveksten utvikles våre holdninger gjennom ulike påvirkningskilder. Holdningene våre blir stadig utfordret fra direkte og aktive forsøk, men også indirekte og passive påvirkninger (Renolen, 2015, s. 231). Raaheim definerer holdninger ut i fra handlingsdisposisjon; «En underliggende tendens til å tenke, føle og handle på bestemte måter overfor et bestemt fenomen, en bestemt hendelse eller bestemte objekter» (Raaheim referert til i Renolen, 2015, s. 231). Personer med schizofreni blir ofte utsatt for fordommer og stigmatisering. Fordommer og redsel hos sykepleiere kan være synlig og gir en negativ påvirkning ved at det kan forverre den psykiske tilstanden. Handlingsmåten preges av holdninger, og i gitte situasjoner blir også holdningen som vises, i seg selv en handling (Asheim, 1997, s. 253-255). Sykepleiere bør derfor være bevisst på egne holdninger og skaffe seg kunnskap om pasientgruppen (Stand, 2018, s. 97). Personens egen opplevelse av sin sykdom kan påvirkes av samspillet mellom individets lidelse og omgivelsenes reaksjoner for forløpet ved psykiske lidelser. Dermed vil det være vesentlig å skape bedre muligheter for et positivt selvbilde ved psykisk lidelse innenfor helsetjenestene og ellers i samfunnet (Elstad & Norvoll, 2016, s. 125).

Flere faktorer påvirker holdningene våre, både kunnskapsnivå, ferdigheter, utdanningsnivå, profesjonell og personlig erfaring, arbeidsmengde, støtte, personlighet, alder og kjønn, etnisitet og religion (van der Kluit & Gosseens, 2011). For å bevare sunne holdninger er det nødvendig å koble inn vår bevisste kontroll og reflektere over valgmuligheter (Helgesen, 2017, s. 336). Som sosialt ansvarlige har vi en moralsk forpliktelse til stadig å bevisstgjøre oss om våre holdninger og verdier. I følge Helgesen (2017, s. 336) er det beste rådet for å skape en holdningsendring hos seg selv eller andre at en begynner å gjøre noe og ikke venter på at

motivasjonen skal dukke opp av seg selv. Forenklete tankestrategier kan være ladet av negative følelser og skaper avstand mellom mennesker (Helgesen, 2017, s. 36).

Holdninger baseres ofte på kunnskap. Ververda et al., (2013) mener å se en sammenheng mellom økt kunnskap og positive holdninger. En viktig del av å ha tittelen som sykepleier er å opptre profesjonelt, som innebærer at en har nødvendig kunnskap for å utføre oppgavene (Lingås & Herheim, 2008, s. 73). Begrepet kunnskap kan omtales på ulike måter; kyndighet, ekspertise, erfaring, erkjennelse, ferdighet, kunnen, innblikk og innsikt (Karlsson & Borg, 2013, s. 177). Det forventes at sykepleiere har kunnskap om psykiske lidelser i somatikken, slik at pasienter med psykiske lidelser får like god behandling for sin somatiske sykdom som en annen pasient med samme sykdom (Strand, 2018, s. 91). Sykepleiers kunnskap om diagnosen og en god kartlegging av den enkeltes pasients problematikk gir et bedre utgangspunkt og kan bidra til faglig trygghet hos sykepleier (Strand, 2018, s. 89).

## 2.4 Om å møte pasienter med schizofreni

Personer med schizofrene lidelser er ikke like. Det er heller ikke plagene hver enkelt person har (Ingeberg et al., 2015, s. 94). Å møte pasienten som person er nødvendig for å ivareta pasientens verdighet, som handler om å bekrefte og respektere pasienten som en unik person (Kristoffersen et al., 2016, s. 23).

Når en møter andre mennesker gjelder vanlig folkeskikk. Etter dette vil møte være preget av hvilke roller en har, bakgrunnen for pasientens hjelpebehov og ønsker og forventninger pasienten har til sykepleieren (Lingås & Herheim, 2008, s. 78). Sykepleiere som arbeider på somatisk avdeling utfører sykepleie til pasienter som er akutt og kritisk syke og skal blant annet fremme opplevelsen av velvære, bedre helse eller bidra til en fredfull død (Kristoffersen, 2016, s. 216-217). Selv om man som sykepleier på en somatisk sykehusavdeling ikke har valgt å jobbe med personer med psykiske lidelser, kan en likevel møte denne pasientgruppen på vakt. Til tross for at mennesker skal behandles som unike basert på deres individuelle behov, finnes det likevel generelle måter å forholde seg til personer med schizofrene lidelser (Ingeberg et al., 2015, s. 94).

#### 2.4.1 Kommunikasjon

For å yte god ivaretagelse og omsorg er kommunikasjonskompetanse nødvendig (Strand, 2018, s. 89). Kommunikasjon handler om utveksling av budskap mellom to eller flere aktører. Schramm har utviklet en modell som illustrerer hvordan kommunikasjonen utspiller seg i virkeligheten, hvor det også vises hvordan det kan oppstå svikt flere steder i prosessen (Schramm referert til i Heyn, 2018, s. 14-15). Det å kommunisere med pasienter som har schizofreni kan være utfordrende. Det er som tidligere nevnt derfor viktig at sykepleier har kunnskaper om sykdommen, ettersom både de positive og negative symptomene kan bli mistolket av personellet. Det er her viktig at sykepleieren er lyttende og åpen for hva pasienten uttrykker, og gir klar og tydelig informasjon. Personer med schizofreni lar seg blant annet lett distrahere i kommunikasjon med andre, og påvirkes ofte av kroppsspråk, tonefall og utsagn (Strand, 2018, s. 96-97). Strand (2018, s. 96) påpeker også at dersom sykepleiere mangler kunnskap om både positive og negative symptomer hos pasienter med schizofreni, kan det føre til at sykepleieren trekker seg unna og blir usikker. Dette kan påvirke relasjonen negativt og skape mer utrygghet.

#### 2.4.2 Profesjonell relasjon

Enhver pasient er unik, og det er derfor viktig som sykepleier å tilpasse seg hver enkelt pasient og bruker tid på alliansebygging. Ved å la seg berøre og bevisstgjøre opplevelser som andre forløser i oss, kan vi gjenkjenne allmennmenneskelige trekk ved en psykisk lidelse (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2015, s. 334). Relasjoner handler om forholdet mellom personer, og hvordan de er knyttet sammen og oppfatter hverandre (Lingås & Herheim, 2008, s. 68).

Det å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig i møte med pasienter med psykiske lidelser. Dette kan i midlertidig være en utfordring dersom personens synlige eller observerbare atferd gjør det vanskeligere å bruke kjente og trygge relasjonsbyggende evner og ferdigheter som en tidligere har lært (Haugsgjerd et al., 2015, s. 333). Holdninger kan også bidra til å påvirke relasjonen, og det er derfor viktig at man ikke går inn i en relasjon med forventinger om hvordan møtet blir. Det er vesentlig at sykepleiere er tilstede, er tillitsvekkende og tilgjengelig for pasienten. Empati er viktig i alt relasjonsarbeid, og er av særdeles stor betydning i forhold til personer med schizofreni (Ingeberg et al., 2015, s. 95).

Et sykepleie-pasient-fellesskap bygger på helhetlig og humanistisk tenkning. En utfordring hos sykepleiere kan være å nullstille seg, med hensikt å øke evnen til mottakelighet ved å

bevisstgjøre egne fordommer og egen forståelse. Det trengs derfor tid og rom for å kunne bli kjent med pasienten. Dette kan gjøres gjennom fasene i sykepleier-pasient-fellesskapet (Hummelvoll, 2012, s. 431-433):

*Forberedelsesfasen;* dette er fasen før sykepleier og pasient har møtt hverandre. I denne fasen kan det allerede skapes en oppfatning om pasienten, og både erfarne og uerfarne trenger forberedelse. Dette kan gjøres i form av selvanalysering, hvor man stiller spørsmål ved vår egen oppfatning av psykiske lidelser og menneskene bak dem (Hummelvoll, 2012, s. 434).

*Orienteringsfasen;* her skjer det første møtet der samtalen er avgjørende for videre samarbeid. Dersom sykepleieren møter pasienten med en åpen og aksepterende holdning vil det være stor mulighet for at han selv er åpen. Fokuset innebærer å bli kjent med pasientens tanker, følelser og atferdsmønstre (Hummelvoll, 2012, s. 435).

*Arbeidsfasen;* Hovedarbeidet skjer i denne fasen med fokus på å møte pasienten som et helt menneske (Hummelvoll, 2012, s. 436).

*Avslutningsfasen;* her undersøker sykepleier og pasient hva som er oppnådd, og hvor pasienten står i forhold til målene i de tidligere fasene (Hummelvoll, 2012, s. 435).

## 2.5 Lovverk og etikk

I dagens samfunn må man som menneske forholde seg til visse rammer. I møte med helsepersonell kan personer med schizofreni oppleve en manglende empatisk holdning. Sykepleiere skal forholde seg til lover og følge yrkesetiske retningslinjer i utøvelsen. Jeg vil her trekke frem pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og etiske hensyn. Formålet med pasient- og brukerrettighetsloven § 1 (1999) er å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Lovens bestemmelser skal bidra til å ivareta respekten for hver enkelt pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd. I tillegg har vi tidligere sett på de yrkesetiske retningslinjene, som blant annet fokuserer på å ivareta pasienters verdighet og integritet og sikre helhetlig omsorg (NSF, 2016).

Sykepleieetikken handler i dag i stor grad om gode biomedisinske og helsefaglige kunnskaper, kunnskaper om helserett og tolkning av lovverk, samfunnsvitenskapelig kunnskap, kunnskap om kulturer og kulturelle oppfatninger om sykdom (Nordtvedt, 2016, s. 27). Det å kunne vite eller resonnerer seg frem i det aktuelle tilfellet til hva som er det beste for

pasienten, vil ikke kunne være mulig uten den sensitive og følelsesmessige forståelsen i utgangspunktet (Asheim, 1997, s. 251). Det kan oppstå situasjoner der sykepleier utfordres til å velge mellom verdier og handlingsvalg, og det er da viktig å finne den beste løsningen for pasienten (Nordtvedt, 2016, s. 125). Som sykepleier kan en benytte seg av den etiske refleksjonsmodellen - *SME-modellen*:

1. Hva er det etiske problemet og hva er fakta i saken?
2. Hvem er berørte parter og hva er deres syn?
3. Hvilke verdier aktualiseres?
4. Hvilke lover og retningslinjer aktualiseres?
5. Hvilke handlingsalternativer finnes?
6. Drøfting og konklusjon

(Nordtvedt, 2016, s. 129)

### 3. Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor jeg benytter meg av litteratur som allerede er skrevet. Jeg forholder meg til høgskolens retningslinjer for bacheloroppgaven.

#### 3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudier tar utgangspunkt i å klargjøre hva man kan og hva man ikke kan, avdekke kunnskapshull og vise vei til videre forskning. En litteraturstudie handler først og fremst om å finne frem til den forskningen som allerede eksisterer på området og hvilke metoder som er benyttet på feltet (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62). Jeg har fulgt trinnene for hva som kjennetegner en god litteraturstudie i boken til Thidemann (2017, s. 80-81). I artiklene som presenteres i kapittel fire har forfatterne benyttet seg av kvalitative og/eller kvantitative metoder. Det som kjennetegner kvantitativ metode er at dataanalyser er basert på tall og datainnsamlingen er lite fleksibel. Metoden kan likevel bidra til å si noe om utbredelse, som kan være en fordel for å besvare en mulig problemstilling. Kvalitative studier tar derimot utgangspunkt for dataanalyse basert på tekst, lyd eller bilder, og tillater i større grad en tilpasning i interaksjon mellom deltaker og forsker (Christoffersen et al., 2015, s. 18). Denne metoden vil være mest relevant i forhold til problemstillingen i denne oppgaven ettersom den tar utgangspunkt i meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfestes.

To av artiklene som senere blir presentert er en oversiktsartikkel og en systematisk oversiktsartikkel. Begge disse omtales som sekundærlitteratur, og er skrevet på grunnlag av

artikler skrevet om enkeltstudier (Thidemann, 2017, s. 71). I en oversiktsartikkel blir et utvalg antall relevante studier analysert innenfor forskningsområdet, og i en systematisk oversiktsartikkel reanalyseres alle relevante studier innenfor fagområdet (Thidemann, 2017, s. 71). Jeg har også benyttet meg av annen relevant fag- og pensumlitteratur som benyttes som støttelitteratur.

### 3.2 Litteratursøk

Jeg har utført et systematisk litteratursøk. For å avgrense og forberede litteratursøket, har jeg benyttet meg av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Formålet med inklusjons- og eksklusjonskriterier er å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2017, s. 84). Inklusjonskriteriene for forskningen var å benytte fagfelleverderte artikler av sykepleiefaglig relevans, skrevet på skandinavisk språk eller engelsk. Eksklusjonskriteriene var artikler som var eldre enn 10 år, ikke omhandlet sykepleiere og som ikke var overførbare til norske forhold (Thidemann, 2015, s. 84). For å få en forståelse for hvordan man kan heve forventinger til pleien, var det også nødvendig å ha med hva sykepleieres oppfatninger er i møte med pasienter med schizofreni (Alexander et al., 2016).

Søket etter forskningslitteratur ble gjort i relevante databaser for helsefag. Jeg benyttet databasene Oria, CINAHL, Medline og PubMed. Studiedesign jeg var på utkikk etter var først og fremst kvalitativ forskning, da disse sier noe om personers meninger og opplevelser. Grunnet begrenset forskning på området og artikler som kombinerer kvalitativ og kvantitativ metode med viktige funn, velger jeg å benytte meg av begge. Disse forskningsmetodene har også stadig blitt vanligere å kombinere for å belyse ulik kunnskap og perspektiver om det aktuelle tema (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69). Søkeordene ble utformet på bakgrunn av temaet i problemstillingen: *schizophrenia, general hospital, medical hospital, somatic, generalist health professionals, medical, surgical, nurse, care, interaction, mental illness, severe mental illness, relation, knowledge, stigma, intervention, disparity*. Søkeordene kombinerte jeg ved å benytte meg av AND og OR i databasene for å henholdsvis inkludere eller ekskludere artikler som falt utenfor temaet. Ikke alle søkeord og databaser gav relevante resultater for denne litteraturstudien. I tillegg var det nødvendig å benytte ulike søkekombinasjoner grunnet lite forskning på området, og hvor flere treff ikke var relevante for min oppgave. Flere resultater fra søkeprosessen omhandlet leger, pårørende og psykiatrisk avdeling. Disse ble ekskludert grunnet mitt fokus rettet mot sykepleiere på somatisk sykehusavdeling. Etersom jeg benyttet ulike søkeord og kombinasjoner for å finne frem til hver artikkel, har jeg laget en tabell i vedlegg 1 for å gjøre



det mer oversiktlig. Der redegjøres både søkekombinasjoner og antall treff. Jeg satt til slutt igjen med atten artikler, hvor fem ble valgt ut basert på inklusjons- og eksklusjonskriteriene samt relevans. Dette har jeg redegjort for i det forbigående.

Jeg har benyttet meg av boken *Jobb kunnskapsbasert!* (Nordtvedt et al., 2012) for å vurdere og kvalitetssikre om forskningen var til å stole på. I tillegg har jeg benyttet meg av ordlisten i boken og sjekklister fra Helsebiblioteket (2016). Jeg leste artiklenes tittel og sammendrag for å få tak i essensen om hva artiklene handlet om. Dersom artikkelen var relevant benyttet jeg meg av IMRaD-strukturen for å få en bedre forståelse av innholdet. Artiklene skulle også være fagfellevurdert for å sikre at de var av god faglig kvalitet (Nordtvedt et al., 2012, s. 197). Under en grundig søkeprosess ble det funnet lite forskning på området om ivaretagelse av pasienter med schizofreni på en somatisk sykehusavdeling. Dette resulterte i at jeg utvidet søket til å inkludere søk om psykiske lidelser, med fokus på interaksjoner og sykepleiers erfaringer og hva de selv legger i det å møte pasientgruppen på somatisk sykehusavdeling.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk tar utgangspunkt i å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet ut i fra hvordan denne kan brukes til å beskrive og belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 158). Alle artiklene er engelskspråklige, hvor jeg selv har oversatt og tolket artiklene noe som kan medregnes som en mulig svakhet. Det kan også være forskjellige oppfatninger om psykiske lidelser på tvers av kulturer og land, forskjell på sykepleierutdanning, pleieutøvelse og hele systemer som kan påvirke funnene. Basert på erfaring og norsk faglitteratur, er det likevel tydelig at dette temaet også er aktuelt i Norge, og artiklene er da relevante i henhold til dette. Databasene jeg har benyttet i søkeprosessen kan regnes som pålitelige kilder da de er anbefalt av høgskolen.

En av artiklene omhandler psykiatriske sentre, men tas med ettersom funnene kan være relevante for sykehuspersonell. Litteraturstudien benytter seg av en oversiktsartikkel og en systematisk oversiktsartikkel. Dette kan være positivt i den hensikt at en får en bredere oversikt over forskningen på emnet. På en annen side kan det gi et ubalansert og skjevt bilde av forskningen dersom forfatterne ikke har søkt bredt nok eller oppsummerer studier som støtter et bestemt syn (Nordtvedt et al., 2012, s. 135). Til tross for dette vurderer jeg at de valgte studiene er relevante og oppsummerer feltet på en god måte, hvor budskapet kom tydelig frem og skapte et helhetlig bilde av temaet.

### 3.4 Metodekritikk

Metode er den systematiske fremgangsmåten jeg benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2017, s. 76). Den metodiske tilgangen i denne oppgaven er litteraturstudie. Ulempen med dette er at den har et begrenset utvalg data og hvor egne erfaringer kan påvirke tolkning og utvalg av artiklene. Ettersom det er jeg som har utført metoden er det mulig jeg går glipp av viktige funn. Søket etter forskning var tidkrevende, ettersom det var begrenset med forskning på området. I utgangspunktet bestemte jeg meg for å benytte kvalitative data ettersom jeg var ute etter meninger og opplevelser, men dette endret seg underveis i prosessen. Med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative tilnærminger som gir samme resultat, er det stor sannsynlighet for at studiens resultater er gyldige (Thidemann, 2017, s. 79). For å opprettholde et faglig og oppdatert innhold, har jeg benyttet meg av aktuell og ny kunnskap.

### 3.5 Etiske hensyn

Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2017, s. 236). Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helse har utarbeidet retningslinjer og veiledere som forskere må tenke gjennom. Retningslinjene presiserer blant annet informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, og anonymisering (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Alle artiklene i denne oppgaven har ivaretatt krav til forskningsetikk. Deltakelsen var frivillig og datamaterialet anonymisert. Samtlige av artiklene er godkjent av etisk forskningskomité. I litteraturstudie benytter jeg meg av andres forskning, og har derfor hatt dette i bakhodet.

## 4. Presentasjon av forskningsfunn

Her presenteres forskningsartiklenes hensikt, metode og hovedfunn.

### 4.1 Artikkel 1

**A constructivist grounded theory of generalist health professionals and their mental health work** (Brunero, Ramjan, Salamonson & Nicholls, 2018a).

**Land:** Australia

**Hensikt:** Studiens formål er å forstå helsepersonells erfaring, kontekst og sosiale prosess og betydningen de tillegger å arbeide med pasienter som har alvorlige psykiske lidelser på

somatisk sykehusavdeling. Studien ønsker å finne en teoretisk forklaring på utfordringene helsepersonell står ovenfor i den sosiale prosessen.

**Metode:** Kvalitativ. Studien er basert på et konstruktivistisk teoriperspektiv med symbolsk interaksjonisme som teoretisk linse der intervju ble gjennomført. Studien er bygget på 3 deltaker observasjoner, 2 fokusgrupper, 21 intervjuer og 12 studieplassers sykehuspolitikk og protokoll dokumenter. Basert på dette ble det laget endelige spørsmål og gjennomført dybdeintervjuer med medisinsk personal, sosialarbeidere og sykepleiere med mer enn to års erfaring uten bakgrunn i psykiatri.

**Resultat/konklusjon:** Informantenes erfaringer baserte seg på interaksjoner og konflikten mellom å idealisere den optimale pleien og realiteten av deres egne begrensede evner. Konteksten baserte seg på fysiske og sosiale aspekter, og den sosiale prosessen involverte hvordan informantene forstod og tolket sine erfaringer. Forskerne kom frem til tre anbefalinger for ny tilnærming som kan bidra til bedre helsetjenester for pasientgruppen; terapeutiske ferdigheter, kapasitetsbygging og organisatoriske faktorer.

## 4.2 Artikkel 2

**Generalist health professional's interactions with consumers who have a mental illness in nonmental health settings: A systematic review of the qualitative research** (Brunero, Ramjan, Salamonson, & Nicholls, 2018b).

**Land:** Australia

**Hensikt:** Skape en bedre forståelse over hvordan helsepersonells fortolkninger og oppfatninger påvirker interaksjonen med personer som har psykiske lidelser, og hvilke faktorer som påvirker dette.

**Metode:** Systematisk oversiktsartikkel. Forskerne har brukt 19 kvalitative studier som belyser tema. Det ble valgt en narrativ analyse med en tekstlig tilnærming av forholdet mellom studiene. Forskerne har gjennomgått en søkeprosess, og forklarer både inklusjons- og eksklusjonskriteriene for studien.

**Resultat/funn:** Som resultat av en analyse over studiene ble ulike tema identifisert hos helsepersonell. Det ble identifisert kunnskapsmangel om psykiske lidelser, som førte til dårlig ivaretagelse av pasientgruppen. Helsepersonell utrykte et økt behov for mer kunnskap om psykiske lidelser, noe som ble sett i sammenheng med holdning- og kunnskapsutvikling. I tillegg viste helsepersonells erfaringer at pasientgruppen sees på som en sikkerhetsrisiko for både personal og pasient. I tillegg viste det seg at arbeidet kan føre til lite personlig tilfredsstille hos helsepersonell og at det er mangel på organisatorisk støtte for å yte kvalitet i

pleien. Opplæring alene kunne ikke adressere alle utfordringene og det må iverksettes tiltak på organisatoriske og systemiske endringer.

### 4.3 Artikkel 3

**Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting** (Noblett et al., 2017).

**Land:** England.

**Hensikt:** Bidra til økt forståelse på kvaliteten på ivaretagelsen pasienter med psykiske lidelser får som innlagt i sykehus, finne faktorer som påvirker dette og finne intervensjoner som kan øke kvaliteten.

**Metode:** Kvalitativ og kvantitativ. Forskerne har benyttet seg av spørreskjema med 95 informanter og semi-strukturerte intervjuer med 24 informanter, hvor informantene var Liaison<sup>1</sup> fagpersonell (leger, sykepleiere, psykologer og sosialarbeidere). Intervjuene ble transkribert ordrett og deretter sammenlignet med opptakene for å sikre nøyaktighet.

**Resultat/funn:** 94 av 95 informanter svarte ja på spørsmål om de noen gang hadde vært bekymret for pleien pasienter med psykiske lidelser fikk på sykehus. Dårlig ivaretagelse ble spesielt sett hos pasienter med psykotiske lidelser. Kategorier som kunne bidra til svikt ved tilstrekkelig pleie var; faglig nivå, interaksjoner mellom pasient og pleier og miljømessige faktorer. Intervensjoner som ble anbefalt var blant annet formell utdanning, reflekterende praksis, endring av Liaison-team og tidlig eksponering innenfor psykiatri. Både intervjuene og spørreskjema demonstrerte at helsepersonell manglet kommunikasjonsferdigheter i møte med pasientgruppen.

---

<sup>1</sup> Liaison: I Norge kalles dette for Konsultasjon-Liaison (CL) og defineres som psykososialt arbeid/virksomhet/tjenester rettet mot somatisk avdelings pasientgrupper og personale (Diseth, 2016).

#### 4.4 Artikkel 4

##### **Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications** (Alexander, Ellis & Barrett, 2016).

**Land:** Amerika

**Hensikt:** Utforske sykepleieres oppfatninger ved ivaretagelse av pasienter med psykisk lidelse i medisinsk kirurgiske settinger og finne utfordringene blant disse oppfatningene. Studien skal virke som et hjelpemiddel til å korrigere det eksisterende gapet.

**Metode:** Oversiktsartikkel. Forskerne har gjort en sammenfatning over tidligere kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Ni studier ble plukket ut som illustrerer erfaringer av pasienter med alvorlige lidelser på medisinsk-kirurgisk avdeling. Forskerne forklarer både inklusjons- og eksklusjonskriteriene for studien.

**Resultat/funn:** Sykepleieres oppfatning kan bidra til dårlig ivaretagelse av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Sykepleiere har behov for opplæring og utdanning innenfor dette feltet og det er viktig at de tilegner både kunnskap, ferdighet og holdning som er nødvendige. Sykepleiers kompetanse er oppnådd når hun er i stand til å demonstrere selvoppfatning, selvtillit, mestringsevne, kommunikasjonsferdigheter, foreta riktige vurderinger og ivareta både fysisk og psykisk personsentrert og humanistisk omsorg.

#### 4.5 Artikkel 5

##### **Effective Interaction With Patients With Schizophrenia: Qualitative Evaluation of the Interaction Skills Training Programme** (Meijel et al., 2009).

**Land:** Nederland

**Hensikt:** Evaluere effekten av kurs med fokus på interaksjonsferdigheter hos helsepersonell til personer med schizofreni og vurdere om kurset bedret relasjonen mellom disse.

**Metode:** Kvalitativ og kvantitativ. Jeg velger i hovedsak å fokusere på den kvalitative delen som er intervjubasert. Intervjuene bestod av 17 informanter hvor 10 var sykepleiere og kommenterte deres erfaring fra kurset. Informantene var rekruttert fra fire psykiatriske senter i Nederland.

**Resultat/funn:** En av de mest bemerkningsverdige effektene var at helsepersonell lærte å tilpasse sin egen holdning til pasientenes ønsker. Informantene fikk økt forståelse for pasientgruppen noe som førte til positive endringer i både holdninger, bevissthet og innsikt. Informantene innså at utfordringen med å skape en terapeutisk relasjon hadde sammenheng med deres egne holdninger og endring av disse førte til bedre interaksjoner med

pasientgruppen. Kurset hadde også innvirkning på informantenes tanker om egen jobb og bidro til økt forståelse, refleksjon og kunnskap.

#### 4.7 Hovedfunn

Alle artiklene i denne litteraturstudien nevner holdninger og kunnskap hos helsepersonell som en påvirkende faktor for hvordan pasientene blir ivaretatt. Det anbefales opplæring som vil kunne bidra til holdningsendring, kunnskap og ferdigheter. Samtidig nevner samtlige av artiklene nødvendigheten av å kunne reflektere over egen praksis, og det å møte pasientgruppen med en åpen holdning uten fortolkninger. Disse hovedfunnene drøftes i neste kapittel.

### 5. Drøfting

I dette kapittelet drøftes hovedfunnene fra artiklene og relevant teori, i hensikt å forsøke å finne et svar på problemstillingen:

*«Hvordan kan sykepleier ved somatisk sykehusavdeling ivareta pasienter med schizofreni?».*

#### 5.1 Relasjon og holdninger

Relasjon og ivaretagelse påvirkes av sykepleiers holdninger til pasienter med schizofreni. Sykepleiere på somatisk avdeling anser ofte pasientgruppen som å være farlige og uforutsigbare. Det viser seg at sykepleieres ikke aksepterende holdninger mot pasienter med schizofreni og deres atferd kan utfordre relasjonsbyggingen, og at en mer avslappende holdning bidrar til bedre interaksjon med pasientene (Meijel et al., 2009). Dette synes det å være enighet om. Noblett et al., (2016) forklarer at det sees sammenheng med underliggende negative holdninger hvor personalet unngår pasienten, noe som kan påvirke pasient-hjelper interaksjonen. Asheim (1997, s. 256) mener blant annet at det er gjennom holdningene våre det settes en tone på relasjonen og bidrar til å påvirke den andres tilværelse på en trygg måte.. Forutinntatte holdninger hos sykepleier omhandler ofte oppfatningene om at pasienter med psykiske lidelser er problematiske og krever mer omsorg enn andre (Ververda et al., 2013). Travelbee (1999, s. 159) mener at slike holdninger sammen med stereotyper hindrer sykepleieren i å kommunisere og etablere en relasjon med pasienten. Likevel påvirkes også relasjonen av andre faktorer. For å kunne skape en relasjon er det også nødvendig at sykepleieren anerkjenner sin kunnskap, og samtidig kan noe om pasientens subjektive opplevelse, verdier og mestringsevne (Heyn, 2018, s. 19). Vi kan likevel anta at holdninger

har en stor betydning for relasjonsbyggingen og ivaretagelse, og sykepleier bør være oppmerksomme på sine ikke aksepterende holdninger.

Sykepleierens holdninger må endres. Medisinsk-kirurgiske sykepleiere har en viktig rolle for ivaretagelse av pasienter med både somatiske og psykiske lidelser. Alexander et al., (2016) konkluderer derfor med at det er nødvendig at sykepleier tilegner seg både ferdigheter, kunnskap og holdninger som er nødvendige i møte med denne pasientgruppen (Alexander et al., 2016). Fordommer og redsel er ofte forbundet med personer som har diagnosen schizofreni. Folkehelsemeldingen presiserer at misforståelser og frykt om psykisk sykdom stammer fra manglende forståelse om disse sykdommene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 40). Noblett et al., (2017) understreker at slike negative holdninger bidrar til nedsatt kvalitet i pleien. For å kunne øke egen forståelse og bevisstgjøre egne fordommer vil det derfor være gunstig at sykepleier benytter seg av fasene i sykepleier-pasient-fellesskapet. Som nevnt tidligere påvirker flere faktorer holdningene våre. En holdningsendring avhenger mulig dermed av flere elementer. For å bevare sykepleier-pasient-fellesskapet er det nødvendig at sykepleieren nullstiller seg ved å stille seg kritisk til egen forforståelse og egne fordommer for å øke evnen til mottakelighet (Hummelvoll, 2012, s. 431). Vi må kunne være åpne og mottakelige for ny kunnskap som kan tvinge oss til å justere holdningene våre. Travelbee (1999, s. 198) hevder at slike fordommer kan stå i veien for omsorgen som gis til pasienten. Et krav i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 1 (1999) er at helsepersonell blant annet ivaretar pasientens integritet og menneskeverd. Dette er noe som står på spill når sykepleier innehar negative holdninger. I studien av Meijel et al., (2009) viste det seg at når sykepleier tilegnet seg kunnskap om samspillet mellom sykepleier og pasient oppstod det en positiv holdningsendring. Det kan derfor tenkes at for sykepleier som tilegner seg disse kunnskapene og ferdighetene vil oppnå en positiv holdningsendring. I tillegg anbefales det at sykepleier reflekterer videre over og arbeider med holdningene sine ovenfor pasientgruppen for å styrke relasjonen (Strand, 2018, s. 91). Basert på dette kan det antydes at en holdningsendring er nødvendig for å kunne ivareta pasienter med schizofreni.

Sykepleiere mangler kommunikasjonsferdigheter i møte med pasientgruppen (Noblett et al., 2017). Disse ferdighetene kan blant annet fås ved å validere de kunnskapene en har om kommunikasjon og som sykepleiere allerede benytter seg av i samtalene med andre pasienter (Brunero et al., 2018a). Sykepleiere kan mulig dermed ved hjelp av sosial samhandling, bedre pasientens problemer. Brunero et al., (2018b) opplyser at helsepersonell ofte har dårlige kommunikasjonsevner, der de er redde for å si noe feil og noe som kan føre til eventuell

utfordrende adferd. Sykepleier kan tolke symptomene som kommer til uttrykk som trass og dermed trekke seg unna. Strand (2018, s. 96) påpeker derfor at å skape en relasjon avhenger av graden av kunnskap. Det kan være nødvendig å vite at når en person er i psykose er språket annerledes. Budskapet som formidles er ulikt det som er vanlig i kommunikasjon mellom mennesker (Håkonsen, 2009, s. 345). Videre er det viktig at pasienten ikke bare isoleres og skjermes, men at sykepleier arbeider bevisst med relasjonsbygging (Elstad & Norvoll, 2016, s. 132-133). I tillegg viser det seg at å tilegne seg interaksjonsferdigheter bidrar til bedre ivaretagelse av pasienten (Meijel et al., 2009). Likevel kan måten vi møter pasienten på være preget av holdninger, og det kan dermed være vanskelig å skape en relasjon. I gitte situasjoner blir også holdninger som vises i seg selv en handling (Asheim, 1997, s. 253-255). Sykepleier må dermed være bevisst på dette, da det mulig kan påvirke interaksjonen. Som oppsummering kan man derfor anta at kommunikasjonsferdigheter og positive holdninger er nødvendig i møte med pasientgruppen og sykepleier behøver mer kunnskap om dette.

## 5.2 Betydningen av sykepleiers kunnskapsnivå

Ivaretagelse av pasienter med schizofreni avhenger av sykepleiers kunnskapsnivå. Samtlige av informantene i studien av Noblett et al., (2017) mente at kunnskap var nødvendig for å ivareta pasienter med psykiske lidelser på en somatisk sykehusavdeling. Påstanden forsterkes videre av Brunero et al., (2018b) som mener at mangel på kunnskap hos helsepersonell reduserer evnen til å ivareta pasienter med psykiske lidelser. Dette kan da forstås med at et lavt kunnskapsnivå bidrar til dårligere ivaretagelse av pasientene. Dersom sykepleier ikke innehar kunnskaper om de typiske symptomene ved schizofreni og hvordan disse kommer til uttrykk, kan det resultere i at sykepleier tolker det som trass, blir usikre og trekker seg unna. Dette vil igjen resultere i en uheldig virkning på relasjonen og skape mer utrygghet (Strand, 2018, s. 96). Det har seg likevel slik at ivaretagelsen ikke kun påvirkes av kunnskapsnivået. Sykepleiere kan nemlig være faglig dyktige men fremtre som ufølsomme (Nordvedt, 2016, s. 134). Det er derfor nødvendig å forene faglig dyktighet med personlig moral og omtanke. Noen ganger er det den personlige omtanken det dreier seg om, og ikke boklig lærdom eller kunnskap om etiske prinsipper (Nordtvedt, 2016, s. 134). Likevel viser flere av forskningsfunnene i de presenterte artiklene at kunnskap er nødvendig i denne konteksten. Forskning har blant annet vist at ivaretagelse av pasienter med alvorlige psykiske lidelser vil kunne forbedres dersom sykepleier kan tilegne seg kunnskap, ferdighet og teknikker for å kunne relatere seg til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Alexander et al., 2016). På bakgrunn av dette kan man derfor antyde at både kunnskapsnivå og etikk påvirker ivaretagelsen, dermed er det viktig at sykepleier tilegner seg dette.



Gjennom opplæring og pågående utdanning kan sykepleiere tilegne seg kunnskap og ferdigheter som er nødvendige i møte med pasientgruppen (Alexander et al., 2018). Ut i fra forskningsfunnene i de ulike artiklene er det tydelig at sykepleiere mener de mangler kunnskap om psykiske lidelser og at det er et økt behov for dette. Brunero et al., (2018b) fant flere studier hvor informantene synes grunnutdanningen ikke var tilstrekkelig nok for å kunne utvikle de ferdighetene som trengs for å ivareta pasienter med psykiske lidelser. Det synes å være enighet om dette. Ververda et al., (2013) skriver at det savnes mer opplæring, ettersom sykepleier kun ha grunnutdannelse å støtte seg til i møte med pasienter med schizofreni. I tillegg viser det seg at opplæring har effekt. Gjennomføring av kurs har vist seg at sykepleiere kan tilegne seg kunnskap og holdninger som er nødvendige i møte med pasientgruppen (Meijel et al., 2009). Likevel kan både kunnskaper og ferdigheter tilegnes gjennom andre tiltak. Ferdigheter sees heller å tilegnes gjennom samtaler med medarbeidere enn gjennom opplæring (Brunero et al., 2018a). Forskerne presiserer også at det er for lite forskning på om opplæringsprogram har effekt. På en annen side kan man lære gjennom observasjon eller gjennom ekstern ekspertise. Både Noblett et al., (2017) og Alexander et al., (2016) anbefaler at sykepleiere tilegner seg kunnskap gjennom veiledning og tilsyn fra Liaison-konsultasjonsteam. Dette kan likevel være negativt med tanke på at sykepleieren kun konsentrerer seg om konsultasjonsteamet og at pasienten dermed får flere å forholde seg til (Ververda et al., 2013). På bakgrunn av dette kan man ikke med sikkerhet si at opplæring er det eneste verktøyet for å tilegne seg de kunnskapene som er nødvendige, men at man også lærer gjennom observasjon og samtale med andre medarbeidere.

Det er blant annet kunnskap om diagnosen schizofreni som bør tilegnes. Denne kunnskapen er nødvendig for at helsepersonell skal kunne forstå pasientene og deres opplevelse (Brunero et al., 2018b). I tillegg skal sykepleie ifølge de yrkesetiske retningslinjene bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap, og skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016). Det er dermed klart at sykepleier bør tilegne seg kunnskapen som skal til for å kunne ivareta pasienter med schizofreni. Kunnskap vil ikke bare kunne bidra til forståelse av symptomene og sykdomsforløp, men kan bidra til faglig trygghet hos sykepleier (Strand, 2018, s. 89). Lite kunnskap kan bli forbundet med redsel ovenfor pasienter med psykiske lidelser. Kunnskapen som tilegnes må dermed kunne bidra til at en pasient med psykisk lidelse får like god behandling for sin somatiske sykdom som en annen pasient med samme sykdom (Strand, 2018, s. 91). Å være vitenskapelig bevisst kan bidra til en forbedret praksis. Å inneha en kritisk holdning i møte med pasientgruppen er da av avgjørende betydning, og innebærer at en benytter seg av teoretiske aspekter (Haugsgjerd et al., 2015, s.

62). Slik kunnskap er likevel ikke alltid nødvendig. Et argument som ikke bør oversees er at ekstensiv kunnskap om den psykiske lidelsen ikke alltid er mulig å oppnå og like nødvendig for ivaretagelsen (Brunero et al., 2018b). Forskerne argumenterer med at kunnskap om pasienten og personen bak lidelsen er en bedre måte å tilnærme seg på. Man kan derfor hevde at det er behov for mer kunnskap om diagnosen schizofreni, men også om personen bak lidelsen. Det er åpenbart at utfordringene sykepleiere står ovenfor i møte med pasientgruppen må håndteres på best mulig måte.

### 5.3 Sykepleiers møte med pasienter med schizofreni

Det oppleves som utfordrende å ivareta pasienter med schizofreni på en somatisk sykehusavdeling. Som sykepleier på somatisk avdeling er det som regel fokus på de fysiske aspektene og ikke de psykososiale (Brunero et al., 2018a). Det som oppleves utfordrende er når pasienten er opphisset, fysisk eller verbalt aggressiv og som nekter behandling. Konsekvenser av dette er at pasienten kan bli unngått som resulterer i dårlig ivaretagelse (Noblett et al., 2016). I tillegg kan en person med psykotisk lidelse ha et ønske om å bli sett og forstått, samtidig som det han frykter mest i verden er at noen skal bry seg (Håkonsen, 2009, s. 345). Dette kan også bidra til utfordrende situasjoner dersom sykepleier ikke har kunnskap om hvordan lidelsen kommer til uttrykk, og dermed oppfatter pasienten som vanskelig. Det er de positive symptomene som kan virke skremmende og vanskelige å forholde seg til, og dermed påvirkes samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Ververda et al., 2013). På en annen side kan utfordringen skyldes at sykepleier møter pasienten med et oppgaveorientert perspektiv fremfor et mer pasientfokusert perspektiv (van der Kluit & Goossens, 2011). Det er derfor nødvendig at sykepleier gjør seg oppmerksom på dette. I tillegg kan man ikke anta at sykehusmiljøet er lagt opp til å kunne utøve personsentrert omsorg. Avdelingene kan være lagt opp slik at pasientene stadig flyttes fra avdeling til avdeling, noe som fører til mangel på kontinuitet i pleien (Noblett et al., 2016). Det anbefales at miljøet rundt personer med psykose innlagt i institusjoner er preget av høyt nivå av støtte, praktisk orientering, orden og lavt nivå av sinne og aggresjon (Ingeberg et al., 2015, s. 96). På en sykehusavdeling er derimot ikke strukturen lagt opp til å kunne ivareta pasientgruppen, og ødelegger relasjonsarbeidet ettersom avdelingens design bidrar til at sykepleier distanserer seg fra pasienten (Brunero et al., 2018a). Samtidig bidrar både knapphet på tid og ressurser til nedprioritering av tiltak for å ivareta pasientgruppen (Ververda et al., 2013). Det kan med dette antas at det er flere faktorer som skaper utfordringer i møte med pasienten, og sykepleier må kunne gjøre det som er nødvendig for å skape tid til pasienten.

Sykepleier bør reflektere over sin praksis og sine reaksjoner i utfordrende situasjoner. Noblett et al., (2017) anbefalte fire intervensjoner for bedre ivaretagelse. Det å reflektere var en av intervensjonene. Informantene mente dette ville hjelpe å redusere personalets følelse av angst og stigmatiserende holdninger, og bedre relasjonen mellom sykepleier og pasient. Likevel hevdet forfatterne at denne intervensjonen hos helsepersonell ikke alene kunne bidra til endring. De anbefalte også at konsultasjonsteamet hadde en nøkkelrolle for å kunne bidra til endring (Noblett, et al., 2017). Det å reflektere viser seg likevel å være nødvendig. Travelbee (1999, s. 42) hevder at sykepleiere som har evnen til å reflektere er i stand til å anvende en intellektuell tilnæringsmåte. Dette vil kunne føre til å identifisere og møte enkeltpersoners behov, og er nødvendig for å kunne bruke seg selv terapeutisk. I tillegg fant Meijel et al., (2009) at kurset bidro til mer refleksjon og økt bevissthet om pasientenes ønsker, og resulterte i en positiv holdningsendring. Dersom sykepleier ikke reflekterer vil det i følge Helgesen (2017, s. 336) kunne føre til at holdningene våre blir fastlåste og stereotype. For å unngå dette kan sykepleier benytte seg av etiske refleksjonsmodeller for å reflektere rundt problemstillingen. Det kan gjelde situasjoner hvor man vet hva som er etisk rett, men må reflektere over egen handling og opptre på rett måte, med rett moral. Denne metoden kan benyttes for å styrke den moralske handlingskompetansen (Nordvedt, 2016, s. 127). Refleksjon kan dermed bidra til en holdningsendring. Dette vil være nødvendig i møte med pasienten.

Sykepleier må gå inn for å bli kjent med pasienten som person. Sykepleiere som anerkjenner pasienten som en person vil kunne innhente seg en inkluderende holdning, selvstendighet og kunne håndtere lidelsen (Alexander et al., 2016). Det synes å være en enighet om dette. Zolnierek (2011) opplyser at ivaretagelse baserer seg på nødvendigheten om at sykepleier lærer å kjenne pasienten. Det opplyses også at dette har ført til økt tilfredsstillelse hos både pasient og sykepleier. Selv om vi har sett nødvendigheten av at sykepleier tilegner seg fagkunnskap og fagets teorier, må også sykepleieren lære å handle med en god tone (Asheim, 1997, s. 256). Både erfaring og etiske vurderinger skal bidra til å farge den praksis som blir utøvet. Å bli kjent med personen innebærer å skape en relasjon. En går inn med empati og en åpen holdning for å bli kjent med pasienten. Dette viser seg likevel å kunne være en utfordring på somatiske sykehusavdelinger, hvor sykepleier ofte fokuserer på å få oppgavene gjennomført fremfor å bli kjent med personen (Zolnierek, 2011). Sykepleier må dermed lære å forene rutinene med tid til pasienten, hvor en bruker tid som er tilgjengelig for å kunne bli kjent med pasienten. Dette innebærer også at sykepleier møter pasienten uten fortolkninger, og bidrar lik ivaretagelse blant pasientene (Alexander et al., 2016). Travelbee (1999, s. 198)

hevder også at egne fordommer ikke må stå i veien for hvordan man dømmer pasienten, og at holdningene påvirkes av verdien som tilskrives pasienten. På bakgrunn av dette kan man anta at det er nødvendig at sykepleier skaffer seg innblikk i pasientene, samtidig som hun håndterer sine egne fortolkninger og oppfatninger i møte med pasienten.

Sykepleier må kunne se bort fra egne forutinntatte oppfatninger om pasienter med schizofreni. Alexander et al., (2016) mener dette er nødvendig for å redusere bekymringer sykepleier har i møte med pasienten, og dermed sikre velvære. Det er mulig at sykepleiers oppfatninger og forventninger har påvirket synet på pasienter med schizofreni. Dersom disse er negative kan det resultere i at sykepleier handler negativt i møte med pasientgruppen. Dette baserer seg på at vi handler mot andre i samfunnet etter inntrykkene vi tillegger dem (Brunero et al., 2018a). Sykepleier må dermed lære å nullstille seg, med hensikt å øke mottakelighet ved å bevisstgjøre egne fordommer og egen forståelse (Hummelvoll, 2012, s. 431). På en annen side vil dermed positiv oppfattelse anses å kunne bidra til et positivt møte med pasienten. I følge Travelbee (1999, s. 192) må sykepleier i møte med pasienter kunne oppfatte og erkjenne pasienten som unik. Dette synes det å være enighet om. Alexander et al., (2016) hevder at sykepleier må kunne bevege seg bort fra oppfatningen som skiller kropp og sjel, og kunne tilnærme seg hver pasient som et helhetlig individ. Dette verdigrunnlaget blir også understøttet av de yrkesetiske retningslinjene som presiserer at sykepleien skal være helhetlig og tilrettelegges etter pasientenes individuelle behov (NSF, 2016). Det er dermed klart at sykepleier ikke bare bør, men er pliktet til å kunne se mennesket bak diagnosen. For å kunne få dette til i praksis sees det ofte i tilfeller hvor sykepleier har høyt nivå av opplæring og erfaringer sett i sammenheng med egen selvoppfattelse og selvtillit (Alexander et al., 2016). Det kan derfor antas at sykepleier må lære å se bort fra egne negative oppfatninger, og at dette gjøres blant annet ved hjelp av kunnskapsutvikling.

## 6. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier ved somatisk sykehusavdeling kan ivareta pasienter med schizofreni. Vi har sett at sykepleiere ofte har negative holdninger, kunnskapsmangel og sett konsekvensene dette gir for pasienten og den ivaretagelsen de får. Vi må kunne lære av disse erfaringene og forventningene og si oss klokere i dag. Sykepleiere kan møte mennesker med psykiske lidelser til en hver tid. Personer med schizofreni har i tillegg høy forekomst av somatiske sykdommer, noe som gjør at pasientgruppen ofte kommer til behandling og undersøkelse på somatisk sykehusavdeling.

Det forventes derfor at pasientene skal bli tatt hånd om på best mulig måte, både med omsyn til somatisk og psykisk helse. Det er derfor nødvendig med økt bevissthet og kunnskap om dette temaet. Funnene i denne litteraturstudien viser at det er et stort behov for holdningsendring og mer kunnskap om psykiske lidelser generelt for at sykepleiere skal føle seg trygge til å ivareta pasienter med schizofreni. Dette anbefales gjennom opplæring, faglitteratur og ekstern ekspertise. Samtidig må sykepleier være etisk bevisst og reflektert, da dette antas vil påvirke holdningene våre positivt. De må kunne møte pasienten som et helt menneske, og se vekk i fra egne forutinntatte oppfatninger. Dette kan bidra å trygge relasjonen, noe som er viktig i møte med pasienter med schizofreni.

I tillegg sees det en sammenheng mellom det systemiske og organisatoriske nivå, noe jeg har lagt lite vekt på i denne litteraturstudien, men som også er en viktig faktor for ivaretagelse. Det er behov for mer forskning på hvordan pasientene selv oppfatter hjelpen de får på somatisk sykehusavdeling, og hva som bidrar til at de føler seg ivaretatt. Med denne kunnskapen kan en mulig iverksette flere intervensjoner.

## Litteraturliste

- Aarre, T.F. (2014). Psykosar i somatisk medisin. I A.A. Dahl, T.F. Aarre, & J.H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – symptomer, diagnostikk og behandling*. (1. utg., s. 172-187). Oslo: Cappelen Damm AS
- Alexander, V., Ellis, H., & Barrett, B. (2016). Medical-Surgical Nurses' Perceptions of Psychiatric Patients: A Review of the Literature With Clinical and Practice Applications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 262–270.  
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.018>
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger?*. Tano Aschehough AS
- Brunero, S., Ramjan, L. M., Salamonson, Y., & Nicholls, D. (2018a). A constructivist grounded theory of generalist health professionals and their mental health work. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1816–1825.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12489>
- Brunero, S., Ramjan, L. M., Salamonson, Y., & Nicholls, D. (2018b). Generalist health interactions with consumers who have a mental illness in nonmental health settings: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1634–1649. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/inm.12472>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Diseth, T.H. (2016). “Konsultasjon Liaison” – psykiatri; BUP i somatisk medisin. Hentet fra <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-3/kapittel-3-konsultasjon-liaison-psykiatri-bup-i-somatisk-medisin/>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elstad, T., & Norvoll, R. (2016). Sosial eksklusjon og inklusjon. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse – samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (1. utg., s. 118-147). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2015). *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle*. (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helgesen, L.A. (2017). *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistet*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen*. (Meld. St. 19 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

- Heyn, L.G. (2018). Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter?. I L.G Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1. utg., s. 13-29). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K.M. (2009). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W. & Eide, B. (2015). *Mentale knagger: En innføring i psykisk helsearbeid*. (3. utg). Oslo: Akribe.
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid – humane og sosiale perspektiver og praksiser*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J., Nordvedt F., Skaug, E-A., & Grimsbø, G.H. (2016). Hva er sykepleie? I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug, & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder I helsetjenesten. I N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E-A. Skaug, & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie – fag og funksjon*. (3. utg., s. 193-253). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lingås, L.G., & Herheim, Å. (2008). *Kommunikasjon og samarbeid – utvikling av relasjonskompetanse*. (1.utg). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Meijel, B., Megens, Y., Koekkoek, B., Vogel, W., Kruitwagen, C., og Grypdonck, M. (2009) Effective Interaction With Patients With Schizophrenia: Qualitative Evaluation of the Interaction Skills Training Programme, *Perspectives in Psychiatric Care*, 45 (4) s. 254 - 261. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00228.x.
- Noblett, J., Caffrey, A., Deb, T., Khan, A., Lagunes-Cordoba, E., Gale-Grant, O., & Henderson, C. (2017). Liaison psychiatry professionals' views of general hospital care for patients with mental illness: The care of patients with mental illness in the general hospital setting. *Journal of Psychosomatic Research*, 95, 26–32.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.004>
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V., & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2.utg.) Oslo: Akribe AS
- Nordtvedt, P. (2016). *Omtanke – en innføring i sykepleiens etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 27. februar 2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet 27. februar 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Snoek, J.E., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri – for helse- og sosialfagutdanningene*. (4 utg.) Oslo: Cappelen Damm AS
- Strand, L.R. (2018). Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser. I L.G Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (1. utg., s. 88-115). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K.M. Thobjørnsen, overs.). Oslo: Universitetsforlaget
- van der Kluit, M. J., & Goossens, P. J. J. (2011). Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care Toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(8), 519–527. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3109/01612840.2011.571360>
- Ververda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E.K., & Egrem, L.M. (2013). *Pasienter med schizofreni på sykehus*. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2013/04/pasienter-med-schizofreni-pa-sykehus>
- Zolnierek, C. (2011). The Importance of Knowing the Patient, *Issues in Mental Health Nursing*, 32(6), 392-393. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3109/01612840.2011.565543>



Vedlegg 1 – søkedokumentasjon

<b>Forskningslitteratur</b>	<b>Database</b>	<b>Søkeord/ordkombinasjoner</b>	<b>Treff (år: 2009-2019)</b>
<b>Artikkel 1.</b>	CINAHL	Schizophrenia AND general hospital or medical hospital AND care	138
		Schizophrenia AND general hospital or medical hospital AND care AND nurse	12
<b>Artikkel 2.</b>	PubMed	Generalist health professionals AND mental illness	1061
		Generalist health professionals AND mental illness AND interactions AND medical	18
<b>Artikkel 3.</b>	PubMed	General hospital AND mental illness AND care	6313
		General hospital AND mental illness AND care AND stigma	150
		General hospital AND mental illness AND care AND stigma AND disparity	3
<b>Artikkel 4.</b>	CINAHL	Medical nurse AND severe mental illness AND care	17
<b>Artikkel 5.</b>	CINAHL	Schizophrenia AND interaction AND care	70
		Schizophrenia AND interaction AND care AND	23

		training or intervention or program	
--	--	--	--

Oppsettet er inspirert fra tabellen i *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter* (Thidemann, 2017, s. 89).