



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 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 SYKHB3001 1 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 319

### Informasjon fra deltaker

**Tittel \*:** Sykepleie til mennesker som lider av PNES.

**Antall ord \*:** 8951

**Engelsk tittel \*:** Nursing for people suffering from PNES.

**Egenerklæring \*:** Ja **Inneholder besvarelsen Nei**  
**konfidensielt**  
**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 autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Sykepleie til mennesker som lider av PNES.

Nursing for people suffering from PNES.

**Kandidatnummer: 319**

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Campus Haugesund

Innlevering 06.05.20 kl 14.00

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

**Innroduksjon:** Jeg ønsket å skrive om denne pasientgruppen, da jeg opplevde at det er en mangelfull kjennskap og kunnskap om psykogene ikke-epileptiske anfall. Jeg har gjennom praksis møtt på sykepleiere og annet helsepersonell med en automatisk negativ holdning til pasienter som legges inn med mistanke om PNES. Hensikten med oppgaven var å øke kunnskap om diagnosen for å kunne bryte ned stigma samt finne svar på hvordan sykepleiere kan hjelpe disse menneskene.

**Metode:** Etter bacheloroppgavens retningslinjer er det benyttet litteraturstudie som metode. Seks ulike forskningsartikler er presentert hvorav fire er empiriske studier, en kvantitativ og tre kvalitative. En av artiklene er en systematisk oversiktsartikkel mens den siste er en teoretisk artikkel.

**Resultat:** Flere av artiklene påpeker viktigheten av hvordan diagnosen blir betegnet og kommunisert til pasientene. Funnene tyder på at pasientene vil dra nytte at oppfølgingen og eventuell videre behandling gjennomføres tverrprofesjonelt. Å anerkjenne pasientenes historier om sine anfall og tanker og følelser knyttet til de, ser ut til å være et betydningsfullt element. Det vises at stigmatisering av pasienter som lider av PNES er et problem blant helsepersonell og ellers i samfunnet.

**Diskusjon:** At det finnes flere ulike begrep som brukes om den samme tilstanden kan være utfordrende. På en side kan det være viktig for klinisk arbeid og fagutvikling å fastslå én betegnelse, på en annen side er det kanskje viktigere å fokusere på å hjelpe disse pasientene. Da funnene viser til at pasientene trenger anerkjennelse, informasjon, kunnskap og forbedret oppfølging, mener jeg det er viktig at sykepleiere utfyller sin rolle innehavende informerende, undervisende og koordinerende funksjon samtidig som vi ivaretar de grunnleggende etiske verdiene for sykepleie. Sykepleiere har og et ansvar knyttet til fagutvikling, hvor vi må øke egen kompetanse samt samarbeide tverrprofesjonelt om å oppnå en verdig oppfølging og ivaretagelse av disse pasientene. Sykepleiere må bevisstgjøres og arbeide med sine holdninger for å møte pasientene på en ikke-stigmatiserende måte.

## Abstract

**Introduction:** I chose to write about this patient group, after noticing a lack of awareness and knowledge about psychogenic non-epileptic seizures. Through practice I have met nurses and other employees in health care with an automatic negative manner towards patients admitted with suspected PNES. The aim of this study was to increase the knowledge about this diagnosis to break the stigma and find answers to how nurses can contribute to help these patients.

**Methods:** Following the guidelines of the bachelor thesis, I have used a literature study as research method. Six different research articles are presented in which four is empirical studies, one using quantitative method and three using qualitative method. One of the articles is a systematic review and the last one is a theoretical article.

**Results:** Several of the articles points toward the importance of how this diagnosis is designated and communicated to the patients. The findings suggest that these patients will benefit from the follow-up care and any further treatment being made with multi-disciplinary cooperation. To acknowledge the patients' histories about their seizures and their thoughts and feelings linked to the seizures, seems to be a matter of great value. Stigma towards patients suffering from PNES is found to be a problem among health care professionals but also among society in general.

**Discussion:** The fact that there are multiple terms used to describe this condition can be challenging. On one side it can be important for clinical practice and professional development to find one separate term, on the other hand it may be more important to focus on giving these patients the help they need. The findings show that acknowledgement, information, knowledge and improved follow-up care are these patients' need. I therefore mean that nurses have a responsibility to fill out their roles with the functions of being informative, educational and coordinating, while maintaining the fundamental ethics of nursing. There is also a liability towards nurses about professional development. Nurses need to improve their own competence and cooperate multi-disciplinary to achieve a dignified care for these patients. Nurses must be aware of and work on their mindset to meet this patient group in a non-stigmatizing way.

## Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	5
1.2 Presentasjon av tema .....	5
1.3 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.4 Problemstilling .....	6
1.5 Presisering og avgrensning.....	6
2 Teori .....	7
2.1 Sykepleieteori: Joyce Travelbee.....	7
2.2 PNES .....	8
2.3 Stigmatisering.....	9
2.4 Holdninger og fordommer.....	10
2.5 Dissosiasjons-/konversjonslidelse og somatiseringslidelse.....	10
2.6 Samhandlingsreformen og tverrprofesjonelt samarbeid.....	12
3 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie .....	13
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	14
3.3 Litteratursøk .....	15
3.4 Kildekritikk .....	16
4 Funns / litteratur.....	18
4.1 Perspektivet til pasienter og familier med psykologiske non-epileptiske anfall i pediatrien .....	18
4.2 Vurdering av psykoedukasjons intervensjoner til PNES-pasienter gitt av helsepersonell med begrenset erfaring .....	19
4.3 Betydningen av å formidle PNES-diagnosen ved bruk av en biopsykososial tilnærming .....	20
4.4 Canadas erfaringer med håndtering av psykogene ikke-epileptiske anfall og forbedringspotensialer .....	21
4.5 Meningsmåling blant helsepersonell om PNES .....	22
4.6 Pasienters perspektiv på psykologiske ikke-epileptiske anfall og fortellingenes betydning for å fastslå årsaker og gi rett behandling .....	22
4.7 Sammendrag av hovedfunn .....	23
5 Drøfting .....	24
5.1 Å anerkjenne pasientens tanker og opplevelser.....	24
5.2 Bidra med kunnskap om PNES .....	25
5.3 Å følge opp pasienten tverrprofesjonelt .....	27
5.4 Å bearbeide sykepleiers holdninger og fordommer .....	28
5.6 Avslutning .....	30
Referanseliste .....	31

# 1 Innledning

## 1.2 Presentasjon av tema

Hver femte pasient som legges inn på sykehus med en uklar anfallssituasjon, har psykogene ikke-epileptiske anfall (Helsenorge, 2017). Likevel har jeg oppdaget at flertallet av medstudenter jeg har snakket med ikke kjenner til diagnosen. Ofte brukes forkortelsen PNES. PNES står på engelsk for psychogenic non-epileptic seizures, som på norsk oversettes til psykogene ikke-epileptiske anfall. Anfallet kan fort mistolkes som epilepsianfall, da det ikke finnes ett enkelt klinisk symptom som kan skille disse (Nakken, 2019, s. 64). Manglende kunnskap kan føre til både feildiagnostisering og unødvendig medisinerings med eventuelle bivirkninger og ulemper av dette. Ifølge Doss & LaFrance Jr. (2016) blir 10-40% av pasienter i langtidsmonitorering av epilepsi, diagnostisert med PNES. Diagnosen er beskrevet som en av de vanligste differensialdiagnosene til epilepsi (Wiseman, Mousa, Howlett & Reuber, 2016). At det ikke blir satt en diagnose er også en risiko som kan skape utrygghet hos pasienten. Flere pasienter opplever også mistro og stigmatisering fra sykepleiere og andre i helsevesenet, og samfunnet ellers. Diagnosen selv stilles ofte av nevrologer da pasientene gjerne blir innlagt på en nevrologisk avdeling etter anfall, mens behandlingen gjerne foregår i det psykiske helsevernet, dette kan gjøre at pasienter faller mellom to stoler (Karterud, 2013, s. 133).

Som sykepleierstudent både leser og hører man ofte om begrepet kunnskapsbasert praksis. Vi skal strebe etter å bedre kvaliteten på helsetjenestene. Ikke bare skal vi gjøre det som er dokumentert som det rette og faglig forsvarlige, vi skal og ta våre avgjørelser og arbeide etter oppdatert forskning i tråd med erfaringsbasert kunnskap fra helsearbeidere, og pasienten selv og deres pårørendes erfaringer, ønsker og behov (Ingstad, 2019, s. 148). For å kunne gjøre dette, er vi nødt til å ha kunnskap om faktaene knyttet til både pasienter og helsepersonells erfaringer i forhold til den gitte diagnosen.

### 1.3 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsker å skrive om dette temaet på bakgrunn av observasjoner og erfaringer jeg har gjort meg blant annet i praksis. Her har jeg møtt sykepleiere og annet helsepersonell med en automatisk negativ holdning til pasienter som legges inn med mistanke om PNES.

*Et eksempel fra praksis var da jeg som student på dagvakt på nevrologisk sengepost, stilte spørsmål om en pasient som var kommet inn om natten. Jeg hadde hørt at de i rapporten sa hun hadde kommet inn med anfall, men følte meg så usikker på hva problemet var da det ble sagt lite om for eksempel hvilke undersøkelser som var gjort og hvilke funn disse kom fram til. Jeg husker jeg spurte en sykepleier og en annen ansatt om de skulle utrede videre for epilepsi eller andre grunner til anfallet. Da fikk jeg til svar at pasienten ikke var syk.*

Jeg opplever at den sammensatte kunnskapen som skal ligge til grunn for kunnskapsbasert praksis er tynn når det kommer til å ivareta pasienter som lider av psykogene ikke-epileptiske anfall.

Dette motiverer meg til å belyse denne pasientgruppen, og hensikten med oppgaven min vil være å øke kunnskap både om diagnosen - hvilket kan være med å bryte ned stigma, men også finne svar på hvordan sykepleiere kan hjelpe disse menneskene.

### 1.4 Problemstilling

**- Hva kan sykepleiere bidra med for å ivareta PNES-pasienten?**

### 1.5 Presisering og avgrensning

Da dette teamet ikke er vektlagt i lærebøkene, og jeg har erfaringer med både studenter og ferdigutdannet helsepersonell som har manglende eller liten kjennskap til diagnosen tenker jeg at jeg ikke kan utføre altfor smale søk, da det kan bli vanskelig å få tak i nok forskningsartikler som svarer på en veldig smal og konkret problemstilling knyttet til en enkel befolkningsgruppe med diagnosen basert på eksempelvis kjønn eller alder.



## 2 Teori

Jeg vil gjøre rede for Joyce Travelbees perspektiv på ulike aspekter knyttet til sykepleier-pasient-relasjonen. Et par ulike begreper er verdt å belyse til min problemstilling. Først vil jeg beskrive hva psykogene ikke-epileptiske anfall egentlig er, da jeg oppfatter og leser at det er manglende kunnskap om diagnosen. Så ønsker jeg å skrive litt om hva stigmatisering er. Dette kommer frem som et problem omkring denne diagnosen og pasientgruppens opplevelser. Videre beskriver jeg også begrepet holdninger og fordommer, da jeg relaterer dette sterkt til stigmatisering, men også Joyce Travelbees teori om sykepleie og rollen som sykepleier. Til slutt har jeg valgt å knytte inn teori om dissosiasjons-/konversjonslidelser, somatiseringslidelser og tverrprofesjonelt samarbeid, da dette kommer frem som relevante temaer knyttet til min valgte pasientgruppe.

### 2.1 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

Travelbee beskriver at en sykepleier har som formål «å hjelpe den enkelte til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse» (1999, s. 31). Hun definerer sykepleie som en «mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (1999, s. 29).

I boken «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» (1999), definerer Joyce Travelbee ulike begreper som sykepleie, menneske, pasient, sykepleier, sykdom med flere. I kapittelet om pasienter, skriver hun hvordan mennesker har en tendens til å kategorisere individer, og at vi kan dermed reagere til kategorien vi definerer de som og ikke individet selv (Travelbee, 1999, s. 61). Dermed påvirker måten en sykepleier ser på «pasienter» hvordan hvert individ blir sett og ivaretatt av denne sykepleieren. «Sykepleiere handler ut fra hvordan de tenker og tror. Sykepleieres oppfatning om syke mennesker vil gi seg uttrykk i handlingene hennes og i alt hun gjør med eller for de syke.» (Travelbee, 1999 s. 62). Avgjørende for hvilken verdi sykepleieren tilskriver hvert enkelt individ hun står ovenfor er måten hun eller han ser på menneskets natur og dermed holdninger til sykdom, helse, liv og død (s. 54).

Travelbee er opptatt av det må etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom pasient og sykepleier, at sykepleieren skal se det enkelte mennesket som en person. Grunnleggende i sykepleien er individuell behandling, og kommunikasjon og samhandling med pasienten er også sentrale og helt nødvendige faktorer (Kristoffersen, 2017, s. 18). Hun beskriver

personsentrert omsorg, hvor man samtaler med pasienten om ting som deres verdier, eksistensielle spørsmål og deres levde liv. Dette mener hun fremmer opplevelsen av verdighet.

Jeg knytter Joyce Travelbees teori om sykepleie nært til anerkjennelse. «Et menneske kan oppleve seg anerkjent ved å føle seg verd å bli lyttet til eller å være sammen med» (Vatne, referert i Solvoll, 2017, s. 128).

## 2.2 PNES

Som tidligere nevnt står forkortelsen for psychogenic non-epileptic seizures, på norsk for psykogene ikke-epileptiske anfall. Anfallene kan variere i grad fra mindre fjernhetsanfall, til større dramatiske anfall med blant annet kramper, motstand mot passive bevegelser og en sjelden gang cyanose og EEG-forstyrrelser etter anfallet (Nakken, 2019, s. 64-65). Disse anfallene kan være vanskelige å skille fra epileptiske anfall, men under disse anfallene vises det ikke epileptiforme forstyrrelser ved EEG, slik som ved epilepsi. En klinisk totalvurdering med atypisk anfallsutforming fra epilepsi, manglende funn på EEG, manglende effekt av antiepileptiske midler, langvarige anfall med tapt selvkontroll og holdepunkter for en vanskelig livssituasjon kan tale for PNES. Nakken (2019, s. 64) skriver at «anfallene (...) kan tolkes som en ubevisst flukt fra en uholdbar situasjon og/eller som et rop om hjelp».

I en av mine valgte forskningsartikler henvises det til en oversikt som beskriver PNES som «(...) discernible changes in behaviour or consciousness that resemble epileptic seizures but are not accompanied by electropsychologic changes» (Reilly, Menlove, Fenton & Das, 2013).

PNES er et begrep som benyttes her i Norge. Eksempelvis observerte jeg i praksis på nevrologiavdelingen på Haugesund Sjukehus brosjyrer fra Spesialsykehuset for Epilepsi i Sandvika, med informasjon om nettopp PNES. Likevel finnes det mange andre begreper på denne tilstanden/disse anfallene. Dette kommer frem i forskning og i litteratur. Eksempelvis ble anfallene kalt «psykogene anfall» i 2010-versjonen av Nakkens bok, «Epilepsi» (2010, s. 89-91.). Anfallene ble for første gang beskrevet som en klinisk tilstand, på slutten av 1800-tallet. Da ble tilstanden kalt «hysteroepilepsi» eller «hysteriform epilepsi» (Karterud, 2013, s. 132).

Flere av artiklene jeg har valgt å bruke henviser nettopp til dette, at anfallene har mange navn. I følge Karterud, Risør og Haavet (2015), er PNES det mest brukte, mens NES, for «non-epileptic seizures» kommer som nummer to. De har også henvist til en artikkel om akkurat dette, hva vi skal kalle disse anfallene (Stone et. al., 2003). Dunne, Carolan, Swords og Fortune (2019), henviser og til en artikkel som diskuterer ulike navn på anfallene. Med PNES og NES som nevnt i første og andre rekke, er andre brukte begreper NEAD; «non-epileptic attack disorder, «psuedoseizures», «stress-related seizures» med flere (Reilly, C., McWilliams, A. & Heyman, I., 2014), og (Stone, et. al., 2003).

Jeg har valgt å bruke begrepet PNES da dette er det jeg kjente til fra før jeg begynte å skrive, det kommer og frem som det mest brukte, selv i artikler hvor forfatterne selv velger et annet (Karterud, Risør & Haavet, 2015).

Da det kommer frem både frem i teorien at pasienter opplever ordet «psykogen» som stigmatiserende (Nakken, 2019, s. 64), og at opplevelsen av stigma er noe jeg kjenner igjen fra erfaringer med pasienter, velger jeg videre å beskrive dette begrepet.

### 2.3 Stigmatisering

Et stigma består av de egenskapene vi tillegger en person, og de stereotype oppfatningene vi tillegger dem som hører til i samme gruppe, eller har samme type diagnose. Stigma er negative forestillinger knyttet til en betegnelse, det kan være rase, seksuell legning, religion, kjønn eller psykisk lidelse. Stigma kan også være utstøtning som; - De er noe annet enn oss. – De er farlige, mindre viktige, en belastning for samfunnet, og lignende.

(Jensen, Dybvig & Johannessen, 2009, s. 9). Videre i denne boken står det at det som kan utløse stigma og stigmatiserende handlinger kan skyldes både holdninger, fordommer og mangel på kunnskap. Som nevnt i avsnittet om PNES, står det skrevet at mange opplever selve ordet psykogen som stigmatiserende (Nakken, 2019, s. 64). I sitatet ovenfor og boken generelt blir det tydelig konstatert at stigmatisering av mennesker med psykisk sykdom er et utbredt problem, og at mange mener seg dårlig behandlet av helsetjenesten grunnet sin psykiske sykdom.

## 2.4 Holdninger og fordommer

En holdning defineres som «en generell og varig positiv eller negativ følelse ovenfor en person, et objekt eller tema» (Renolen, 2015, s. 231). I denne definisjonen omtales følelsene, men tanker og atferd er og betydningsfulle sider av holdningsbegrepet. Det beskrives som en underliggende tendens til å både tenke, føle og handle på bestemte måter, ovenfor noe eller noen bestemt(e). Holdninger kan dannes på bakgrunn av både egne erfaringer, men og indirekte ved at vi observerer andres holdninger. Jeg ønsket å belyse dette begrepet da sykepleieres egne oppfatninger og erfaringer knyttet til ulike pasientgrupper, men også observasjoner av kollegaers holdninger kan danne en tendens for hvordan vi møter disse pasientene.

I et fagfelleverdert tidsskrift, refererer Garvik til Svein Solberg som sier at en fordom er en holdning eller en oppfatning basert på mangelfull kunnskap (2015). Frode Svartdal (2020) skriver det samme, og fortsetter «(...) som disponerer en person til å uttrykke antipati ovenfor personer, grupper, ideer eller objekter». Forskere mener at fordommer kan reduseres gjennom kontakt, men at denne kontakten da må foregå over et lengre tidsrom og være likeverdig og meningsfull (Svartdal, 2020).

## 2.5 Dissosiasjons-/konversjonslidelse og somatiseringslidelse

Selv om jeg i flere kilder ser ordet «diagnose» brukt om PNES, er den ikke egentlig en egen diagnose i internasjonale medisinske klassifikasjonssystemer som ICD-10 og DSM-IV. Karterud (2013, s. 132) skriver at anfallene ofte i praksis settes under diagnosene «F 44 Dissosiative lidelser» eller under «F 45.0 Somatiseringslidelser». Disse diagnosene er psykiatriske og forutsetter at det foreligger positive psykiatriske funn. «R 56 Andre uspesifiserte kramper» er og en aktuell diagnose dersom man ikke vet hva anfallene skyldes. Videre refererer Karterud til Malt og Blomhoff og skriver at denne tilstanden har mye uforklart og dermed kan regnes blant medisinsk uforklarte symptomer.

I IDC-10 (Direktoratet for e-helse medisinsk kodeverk, 2020) beskrives dissosiative lidelser (også kalt koversjonslidelser) slik:

Felles (...) er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser. (...) har en tendens til å bedres etter noen uker eller måneder, særlig

hvis debuten er knyttet til en traumatisk livshendelse. Mer kroniske lidelser (...) kan utvikles hvis begynnelsen er knyttet til uløselige problemer eller vanskeligheter i forhold til andre mennesker. (...). De antas å ha psykogen opprinnelse, siden de er nært forbundet i tid med belastende livshendelser, uløselige og utholdelige problemer eller forstyrrede relasjoner til andre mennesker. Symptomene tilsvarer ofte pasientens forestilling om hvordan en somatisk lidelse ville manifestere seg. Medisinske undersøkelser og utredninger viser ikke at det er noen kjent somatisk eller neurologisk lidelse til stede. I tillegg foreligger tegn på at funksjonstapet er et uttrykk for følelsesmessige konflikter eller behov. Symptomene kan utvikle seg i nær forbindelse med psykisk belastning, og kommer ofte plutselig. (...)

Det finnes flere konkrete diagnoser innenfor Dissosiative Lidelser som jeg tror kan knyttes mot disse anfallene, eksempelvis «F 44.2 Dissosiativ stupor, «F 44.5 Dissosiative krampetilstander», eller «F 44.7 Blandet dissosiativ lidelse (konversjonslidelser)» eller «F 44.9 Uspesifisert dissosiativ lidelse».

F 45 Somatoforme lidelser (Direktoratet for e-helse medisinsk kodeverk, 2020) beskrives slik:

Hovedkjennetegnet er gjentatt presentasjon av somatiske symptomer i kombinasjon med stadige anmodninger om medisinsk utredning, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra legene om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser skulle være til stede, forklarer de verken symptomenes art og omfang, eller pasientens engstelse og opptatthet av symptomene.

Ifølge Nakken (2019, s. 67) kan også diagnosene «Posttraumatisk stress syndrom», «Hypokondri», «Personlighetsforstyrrelser» og være aktuelle hos disse personene dersom det foreligger en bakenforliggende psykiatrisk sykdom.

Grunnet at betegnelsen «diagnose» blir brukt om PNES i flere av mine valgte forskningsartikler, samt i deler av teorien, vil jeg også benytte denne videre i oppgaven. Jeg kommer til å tydeliggjøre det dersom jeg i deler av teksten skriver om andre diagnoser.

## 2.6 Samhandlingsreformen og tverrprofesjonelt samarbeid

I Stortingsmelding nummer 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) ble Samhandlingsreformen presentert. Denne reformen kom på grunnlag av flere utfordringer, blant annet pasientgrupper som lider av dårlig samarbeid. Reformen hadde som hensikt å skulle sikre at pasienter som «faller mellom to stoler» å bli behandlet av et helsevesen som samarbeider tettere (Kristoffersen, 2017, s. 195). Som resultat av Samhandlingsreformen skulle pasientene oppleve at institusjoner i systemet samarbeidet bedre, det ble og en lovpålagt plikt rettet mot kommunene at pasienter med behov for koordinerte tjenester skulle få en kontaktperson – en pasientkoordinator. Denne reformen stilte og krav til sykepleiere om evne og vilje til koordinering og tverrfaglig samarbeid. Det meldtes et behov for at tilbudene skulle tilpasses den enkelte pasient (Kirkevold, 2017, s. 271).

I litteraturen brukes ofte begrepene «tverrprofesjonelt» og «tverrfaglig» om hverandre. Ifølge Willumsen og Ødegaard (referert i Kristoffersen, 2017, s. 231), er begrepet «tverrprofesjonelt» tydeligere da det uttrykker at samarbeidet er mellom ulike profesjoner eller yrkesgrupper som har en felles oppgave. Ved tverrprofesjonelt samarbeid gjelder det gjerne sammensatte og diffuse problemstillinger med behov for ulik kompetanse.

### 3 Metode

I Dalland (2019, s. 51-52) står det at metode er en fremgangsmåte benyttet for å komme frem til ny kunnskap og et redskap for å løse problemer. Det finnes ulike metoder, og et hvert middel som tjener formålene beskrevet, hører til innenfor metodearsenalet. Vi bruker metode for å samle inn data for å undersøke et tema. Det finnes ulike metoder som egner seg til å undersøke forskjellige temaer og finne svar på ulike problemstillinger. I retningslinjene for bacheloroppgaven som ligger tilgjengelig på Canvas, står det av vi skal benytte oss av litteraturstudie som metode.

#### 3.1 Litteraturstudie

Thidemann (2019, s. 79-80) beskriver dette som en studie hvor man benytter seg av skriftlige kilder og systematiserer disse. Man samler inn informasjon og går kritisk igjennom den før man sammenfatter det hele. Hensikten med en litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen man får av kildene sine, på det området problemstillingen omhandler, og fortelle om hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen.

Jeg vil nå redegjøre for de ulike metodene som er inkludert i artiklene jeg har valgt. Fordelen med kvantitative metoder er at de gir data i form av målbare enheter. Tallene man kommer frem til gir oss muligheter til å foreta regnestykker på å finne gjennomsnitt, prosent og lignende (Dalland, 2019, s. 52). Kvantitative data er objektive harde fakta, konkret faktakunnskap. Ofte formidles tallene i tabeller. Kvantitativ metode er passende når man vil finne ut «*hvor mange ...?*», «*hvor ofte ...?*» eller «*hva er mest effektivt av ... og ...*».

Dataene samles inn ved hjelp av spørreundersøkelser, og systematisk og strukturert observasjon og eksperiment. Disse benyttes til å ta for seg sammenligninger, til å teste teorier og hypoteser, å få representative oversikter, til å se ulike forholds samvariasjon og fordelinger og frekvenser, og å finne årsak-virknings-forhold og tydelige mønstre. Breddekunnskap er et kjennemerke ved metoden, altså man får et lite antall opplysninger fra mange enheter som undersøkes (Thidemann, 2019, s. 77-78).

Kvalitative metoder derimot har som hensikt å få kunnskap om menneskelige egenskaper, slik som opplevelser og erfaringer, meninger, holdninger, motiver, tanker og forventinger og å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s. 78). Dynamiske prosesser kan undersøkes, deriblant utvikling, bevegelser, helhet og samhandling. Disse datainnsamlingsmetodene er nyttige når hensikten er å få svar på spørsmål som «*hva betyr ...?*», «*hvordan opplever ...?*», «*hvordan*

foregår ...?»). Denne tilnærmingen handler derfor ofte om å finne sammenhenger mellom meninger. Å samle inn data til artikler hvor kvalitativ metode benyttes, gjøres ved bruk av intervju, feltarbeid, observasjoner, og dokumentanalyser. I motsetning til kvantitativ metode som kjennetegnes med breddekunnskap, knyttes kvalitativ metode opp mot dybdekunnskap, hvor man får mange og utfyllende opplysninger fra færre undersøkelsesenheter, dette kalles for myke data. Både kvalitative og kvantitative studier er empiriske, og er forskning om kunnskap hentet gjennom systematisk eksperimentering, undersøkelser eller observasjon.

Under disse to hovedsakelige metoderetningene finner en ulike typer forskningsartikler. Kort vil jeg nå beskrive de ikke-empiriske artiklene jeg har valgt til min oppgave. En systematisk oversiktsartikkel oppsummerer og sammenstiller resultater av alle relevante studier innenfor et avgrenset fagområde. Her legges det strenge kvalitets- og utvalgskriterier til grunn (Dalland, 2017, s. 163). En teoretisk artikkel omhandler nye teorier med utgangspunkt i forskning som allerede er publisert (Dalland, 2017, s. 162).

Jeg har benyttet meg av IMRAD-strukturen for å undersøke hvilke artikler som er interessante og relevante for min oppgave, og benytter denne også som inspirasjon i drøftingen som hjelp til å bygge opp min argumentasjon (Thidemann, 2019, s. 31-33).

### 3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artikler skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk.
- Artikler om barn og/eller voksne som pasientgruppe.
- Artikler publisert de siste 10 årene.
- Artikler som gjelder både pasienter som er innlagt og pasienter som er hjemmeboende.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som knytter et hovedfokus til epilepsipasienter.
- Artikler som er eldre enn 10 år.



### 3.3 Litteratursøk

Jeg begynte med å gjøre et søk i Epistemonikos for å se hva jeg kunne finne der av oversikter som kanskje også kunne peile meg inn på mer spesifikke forskningsartikler. Der søkte jeg «psychogenic non-epileptic seizures», og fikk ti treff. Etter å ha lest gjennom overskrifter og abstracts fant jeg en systematisk oversiktsartikkel jeg ville bruke.

På PubMed søkte jeg på «PNES» and «patient» and «nurs\*». Jeg ønsket å finne noe litteratur på hvor sykepleiere står i dette feltet i forhold til pasientene. Her fikk jeg 12 treff. Ved å ha tittet gjennom overskrifter og noen abstracts fant jeg her spesielt en artikkel som svarte til hva jeg lette etter.

Sammen med en bibliotekar fant jeg ut at PNES ikke har et konkret og godt og velegnet emneord i flere av databasene. Dette gjorde at jeg kunne søke i flere databaser samtidig i EBSCO og Ovid, ved hjelp av nøkkelord fremfor emneordfunksjonen. I Ovid brukte jeg databasene AMED, PsychINFO og Ovid Nursing Database. Der søkte jeg på «pnes» og fikk opp 593 treff. Ved å søke på «psychogenic non-epileptic seizures» fikk jeg opp 244 treff. Jeg søkte så «pnes» and «patient\*» and «nurs\*» og fikk opp 7 treff. Ved å endre det til «pnes» or «psychogenic non-epileptic seizures» sammen med de to andre søkeordene, fikk jeg ett treff til, altså 8 treff. Ved å benytte meg av «deduplicate»-funksjonen sto jeg igjen med 7 treff.

På EBSCO brukte jeg databasene CINAHL og Medline. Der kombinerte jeg søkeordene «pnes», «patient\*» og «nurs\*». Jeg benyttet meg så av SmartText søkemodus, og funksjonen «legg til tilsvarende fag», samt begrensningen artikler fra 2010-2020. Dette ga meg 41 treff.

Senere i prosessen fant jeg ut at ved å fjerne bindestreken (i Ovid) og heller søke «psychogenic nonepileptic seizure\*» med trukureringstegn fremfor s på slutten, fikk jeg opp 4 ekstra artikler i EBSCO og over dobbelt antall artikler i Ovid, over 500 stk (uten kombinerings med de andre søkeordene). Ved å da kombinere alle mine valgte versjoner av søkeord for psykogene ikke-epileptiske anfall med «nurs\*» og «patient» fikk jeg samlet 9 treff på Ovid med bruk av «deduplicate»-funksjonen. De to nye her ble dessverre uaktuelle da det ene ikke svarte til tema eller problemstilling og det andre treffet var en bok og ikke forskningsstudie.

Jeg valgte meg ut en artikkel fra søk i Ovid og to gjennom søk i EBSCO.

En av artiklene jeg har valgt å inkludere er en såkalt teoretisk artikkel. Etter samtale med veileder forsto jeg at denne typen artikler egner seg noe dårligere til bruk i en bacheloroppgave da det ikke er benyttet en systematisk metode, men er reflektert rundt og

gjengitt funn fra eksisterende forskning (Thidemann, 2019). I utgangspunktet fant jeg to teoretiske artikler jeg syntes hadde interessante poenger, men etter å ha vurdert de to opp mot hverandre valgte jeg ut den som hadde mest fyldig innhold som jeg så muligheter for å drøfte rundt. Jeg ønsket å ha med denne da jeg fant forfatterens refleksjoner og konklusjoner er veldig relevante å benytte i min drøfting for å finne svar på oppgavens problemstilling.

I tillegg fant jeg en studie gjennom manuell søking.

Til slutt satt jeg da igjen med seks artikler. En systematisk oversiktsartikkel, en teoretisk artikkel og fire empiriske artikler hvorav tre er kvalitative og en er kvantitativ.

### 3.4 Kildekritikk

Tidlig i bachelorperioden fikk alle studentene ved HVL en melding om at campusene ville stenges. Dette var på grunnlag av tiltak iverksatt av Regjeringen knyttet til smittevern grunnet den pågående coronasituasjonen. Dette innebar også at alt fysisk materiale på biblioteket ville bli utilgjengelig for oss i denne perioden.

Dette har satt oss studenter i en situasjon hvor vi har begrenset tilgang på både litteraturmateriale, men også begrensede muligheter for veiledning og hjelp fra både veileder og de ansatte ved biblioteket. Dette resulterer i at vi er nødt til å benytte oss av kilder på en helt annen måte enn vanligvis ville gjort. Eksempler på dette er økt bruk av sekundærkilder (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162), elektroniske kilder framfor pensum og annen relevant faglitteratur anbefalt gjennom studiet, samt bruk av eldre utgaver da de nyeste ikke er tilgjengelig på nett.

En annen betydelig konsekvens er og at jeg ikke finner frem til all teori og litteratur jeg gjerne ellers ville gjort, som gir meg mindre innhold å bruke til både teori- og drøftingsdelen av bacheloroppgaven. Dette er noe som er spesielt utfordrende for meg og min oppgave, da mitt valgte tema ikke er like anerkjent i utdanningen og faglitteraturen vår, slik som eksempelvis palliasjon, demensarbeid og annet. De nevnte temaene har mange egne og utfyllende fagbøker, noe mitt ikke har.

Jeg vil nå ta for meg ulike momenter Dalland og Trygstad (2017, s. 158-165) påpeker som vesentlige for å vurdere om en kilde er relevant og pålitelig. Artikkene jeg har valgt meg er alle forskningsartikler, men av forskjellige slag. Alle er hentet fra databaser vi har fått anbefalt av biblioteket og veiledere i forberedelse til bachelorperioden. Tidsskriftene artikkene

er utgitt i er AJOB Neuroscience, Seizure: European Journal of Epilepsy, Clinical Neurology and Neurosurgery og Epilepsy & Behavior, alle relevante for mitt tema og min problemstilling. Selv om flere av tidsskriftene har et fokus på epilepsi som på et vis kan motstride et av mine eksklusjonskriterier, er epilepsi og PNES kjent som differensialdiagnoser hvilket gjør at de og utgir litteratur om PNES. Alle artikkelforfatterne har relevant fagbakgrunn, og jobber innen blant annet neurologi og psykiatri. Alle artiklene utenom den teoretiske er bygd opp med IMRAD-strukturen. Ingen av artiklene er mer enn 8 år gamle, dette unngår at jeg støter på altfor utdatert kunnskap. Hadde jeg valgt enn mer anerkjent pasientgruppe måtte jeg kanskje valgt artikler som var enda nyere enn dette da andre temaer forskes mer på enn dette. Som sykepleier har man en allsidig rolle med mange og ulike arbeidsoppgaver, dette gjør at ulike funn er aktuelle for hvordan sykepleiere kan bidra, så må man vurdere relevansen ut fra valgt pasientgruppe og problemstilling. Etter min tolkning har alle artikkelforfatterne gitt uttrykk for at dette er en pasientgruppe og tilstand som trenger mer oppmerksomhet og kunnskap, samt at det kreves bedre håndtering og en høyere kompetanse på feltet på generell basis i helsevesenet.

Den systematiske oversiktsartikkelen har beskrevet hvorvidt artiklene i den er etisk godkjent. To av de kvalitative studiene og den kvantitative, skriver tydelig at de er blitt etisk godkjent. Forfatteren av den teoretiske studien forklarer at historiene hun bruker til sine data er anonymisert.

Bruk av litteraturstudie som metode har fungert, da jeg kunne undersøke noen ulike perspektiver for å finne svar på min problemstilling. Samtidig kunne bruk av intervjuer vært interessant for å høre hva pasientene selv faktisk mente kunne være nyttig.

## 4 Funn / litteratur

Jeg har valgt å lage norske titler til mine valgte studier, som kort forteller hva artikkelen inneholder.

### 4.1 Perspektivet til pasienter og familier med psykologiske non-epileptiske anfall i pediatrien

Epistemonikos: «**Patient and family perspectives of paediatric psychogenic non-epileptic seizures: A systematic review.**» (Dunne, Carolan, Swords & Fortune, 2019).

**Hensikt:** Denne artikkelen belyser både pasienter, deres pårørende og helsepersonells perspektiv på diagnosen og opplevelsen av å leve med den.

**Metode:** Dette er en systematisk oversiktsartikkel.

**Resultat:** I artikkelen innledes det med at anfallene vil forstås best gjennom et biopsykososialt perspektiv, hvor disponerende, utløsende og forsterkende og triggende faktorer spiller en rolle i den senere presentasjonen av PNES. Til tross for enighet om det psykologiske i naturen av anfallene, bemerker de at det fortsatt er behov for videre forskning knyttet til de nøyaktige mekanismene som ligger til grunn. Det beskrives at måten helsepersonell gir informasjon om og betegner diagnosen, og at det sikres oppfølging til pasientene og deres pårørende er av stor betydning. I funnene står det beskrevet at noen pasienter opplever at diagnosen uttrykkes som mindre legitim enn eksempelvis epilepsi. Videre står det at enkelte har opplevd blant annet lærere, sjefer og kollegaer som har påstått at det er «opptil dem selv å bli friske». Det beskrives og hvordan noen pasienter møter på mistro fra også helsepersonell om hvorvidt anfallene er reelle og ute av pasientens kontroll. Det blir og adressert hvordan noen pasienter velger å holde sin diagnose hemmelig for å beskytte seg selv mot stigmatisering.

## 4.2 Vurdering av psykoedukasjons intervensjoner til PNES-pasienter gitt av helsepersonell med begrenset erfaring

PsychINFO via Ovid: «**A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment.**» (Wiseman, Mousa, Howlett & Reuber, 2016).

**Hensikt:** Denne artikkelen tar for seg innvirkningen av psykoedukasjon på pasienter som har akseptert diagnosen PNES, og hvor effektivt denne behandlingen er når den blir gitt av en variert gruppe helsepersonell med ulik kompetanse og erfaring, og i ulike behandlingssettinger. Hensikten med psykoedukasjonen var å gi pasienter muligheten til å lære hvordan de muligens kunne kontrollere anfallene sine, og å gi de som slet med dette en bedre forståelse av hvorfor utvidet behandling med individuell psykoterapi kunne være nyttig for dem.

**Metode:** Forfatterne har benyttet seg av kvalitativ metode hvor de underveis i pasientforløpene har benyttet ulike spørreskjemaer for å finne svarene sine.

**Resultat:** Alle målingene viser til forbedring fra utgangspunktet. Resultatene viser til at flere pasienter opplevde reduksjon av sine anfall etter psykoedukasjons-intervensjonene, og at de førte til mindre psykisk stress, og at de hadde effekt på pasientenes sykdomsforståelse som kan hjelpe de til å engasjere seg i et forlenget psykoterapiprogram dersom dette er nødvendig. Psykoedukasjonen var designet for å gis av individer med begrenset erfaring innen psykologisk intervensjon. Alle pasientene utenom én rapporterte at programmet hadde hjulpet dem å forstå anfallene sine bedre og at det var relevant for deres utfordringer. Alle utenom to anerkjente at intervensjonene hjalp dem å kontrollere anfallene sine bedre. Alle pasientene ville anbefale programmet til andre, flertallet svarte her «yes, absolutely». 15 av de 19 pasientene som fullførte programmet, mottok videre psykoterapi etter programmet, fire av disse bekreftet at programmet alene hadde vært tilstrekkelig for å hjelpe de å takle anfallene sine. Forfatterne konkluderer med at behandling som ble utført av helsepersonell med relativt lite trening på å gjøre disse typene intervensjoner var suksessfulle. Forfatterne poengterer at det trengs mer kontrollerte studier for å gi bevis på effektivitet.

### 4.3 Betydningen av å formidle PNES-diagnosen ved bruk av en biopsykososial tilnærming

PsychINFO via Ovid: «**The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures)**» (Karterud, Risør & Haavet, 2015)

**Hensikt:** Hensikten med studien var å undersøke virkningen av å benytte en biopsykososial tilnærming til å forklare diagnosen ikke-epileptiske anfall.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie. Ved bruk av systematisk tekstkondensasjon ble intervjuene analysert, etter å ha blitt både tapet og transkribert.

**Resultat:** Studien identifiserte tre betydningsfulle temaer – truet selvbilde, å bli trodd på og å tro på seg selv, og det å få en fornuftig forklaring. Pasienter oppfattet diagnosen som rent psykologisk, og da de ikke godtok beslutningen om at de hadde psykiske lidelser, tolket de diagnostiseringen som både skremmende og truende, og rett og slett motarbeidet diagnosen. De intervjuede hadde mange opplevelser av å bli mistenkt av helsepersonell til å iscenesette anfallene. Enkelte begynte selv å tvile på seg selv om anfallene var frivillige eller ei. Det ble vist at å forklare pasientene at ubevisste prosesser var involvert i anfallene, bidro til at pasientene følte seg trodd og at de dermed kunne akseptere diagnosen. Noen deltakere pekte på forbindelser mellom sine personlige erfaringer og opplevelser, til anfallene, og ble anfallsfrie. Andre fant ut at forklarende modeller ga personlig mening, men ble ikke anfallsfrie, andre fortsatte å tvile på om dette var rett diagnose. Forfatterne konkluderte med at det å bli trodd var den mest elementære faktoren for å kunne håndtere tilstanden. Det å bruke en biopsykososial tilnærming for å legge forklaring til diagnosen kan gjøre det lettere å identifisere seg med den forklarende modellen og dermed akseptere diagnosen.

#### 4.4 Canadas erfaringer med håndtering av psykogene ikke-epileptiske anfall og forbedringspotensialer

CINAHL via EBSCO: «**Experience of psychogenic nonepileptic seizures in the Canadian league against epilepsy: A survey describing current practices by neurologists and epileptologists**» (Carter et al., 2018).

Som fastslått i flere av artiklene viser også disse forfatterne til PNES som en svært vanlig differensialdiagnose ved epilepsi.

**Hensikt:** Denne studien vil beskrive den gjeldende medisinske behandlingen gitt i Canada og identifisere mønster for huller i praksis.

**Metode:** Dette er en kvalitativ studie. De har brukt en undersøkelse med 36 spørsmål som i 2015 ble sendt via e-post til de 131 medlemmene av The Canadian League Against Epilepsy. Spørsmålene ble formulert etter gjennomgang av litteratur og diskusjon med The ILAE PNES Task Force. Spørsmålene ble inndelt i 5 ulike seksjoner, 1) respondentenes rolle, og deres eksponering for PNES, 2) diagnostiske metoder, 3) håndtering av PNES, 4) etiologiske faktorer, og 5) problemer med tilgang til helsehjelp.

**Resultat:** De fleste som responderte var eptiologer, og flesteparten av disse diagnostierte personlig diagnosen og formidlet denne til pasienten, men kun 55% ga oppfølging i praksis og kun 50% anbefalte eller ordnet behandling. Mange var enten ikke kjent med diagnosen eller uerfarne i å arrangere eller tilby behandling. De fleste, nesten 80% ga oppfølging til pasienter med samtidig epilepsidiagnose, derimot var oppfølgingsgraden lav for pasienter med PNES-diagnosen alene. 84% av respondentene mente at individualisert psykologisk terapi var den mest effektive behandlingen for pasienter med PNES, likevel ble 40% av pasientene ikke henvist til psykoterapi, og i de fleste tilfeller viste tilgjengeligheten for dette seg og å være lav. «Canadian health professionals' understanding of PNES mostly reflects current international expert opinion. Once diagnosis is made however, the majority of patients are discharged from neurological services without appropriate psychological care» (Carter, et al., 2018).

#### 4.5 Meningsmåling blant helsepersonell om PNES

PubMed: «**Opinion survey of health care providers towards psychogenic non epileptic seizures.**» (Sahaya, Dholakia, Lardizabel & Sahota, 2012).

**Hensikt:** Forfatterne ønsket å identifisere områder som hadde behov for mer vektlegging for å gi optimal omsorg til pasientene.

**Metode:** Dette er en kvantitativ studie, hvor de har benyttet en spørreundersøkelse. Her har de intervjuet helsepersonell om deres holdninger og meninger rundt diagnosen PNES.

**Resultat:** Den viser blant annet til at 48% av respondentene mente at anfallene er «falske», og at pasientene har en frivillig kontroll over dem, og at en tredjedel av de 115 respondentene favoriserte «ikke-epileptiske anfall» som begrep på diagnosen. Forfatterne av artikkelen mente at det kunne være nødvendig å tydeligere vektlegge denne diagnosen eller tilstanden i utdanningen av sykepleiere og leger. De intervjuede uttrykker og at pasientene med denne diagnosen vil dra nytte av å få tverrprofesjonelt behandling fra psykiatri, nevrologi og psykologiske seksjoner. Forfatterne av artikkelen poengterer at disse funnene mulig er «toppen av et isfjell» og at det er behov for å vektlegge blant annet hvordan pasientenes anfallsepisoder forekommer i en ufrivillig natur.

#### 4.6 Pasienters perspektiv på psykologiske ikke-epileptiske anfall og fortellingenes betydning for å fastslå årsaker og gi rett behandling

CINAHL via EBSCO: «**Half someone else's: Discourse and trauma in the PNES patient**» (Boehm, 2013).

Da dette er en teoretisk artikkel uten systematisk metode, presenterer jeg denne noe ulikt fra de andre.

Denne artikkelen omhandler pasienter som lider av psykogene ikke-epileptiske anfall, og måten de selv beskriver sine anfall. Boehm beskriver selv sin metode som kildekritisk nærlesing og analysing. Hun har detaljert oppmerksomhet rettet mot ulike elementer i teksten, med et mål om å oppnå en mer perfekt tolkning av hva innholdet uttrykker og betyr. Forfatteren innleder med hvor viktig hun har forstått at det er at man lytter til pasientene. Hun forteller at det er blitt en trend å diagnostisere PNES med en rekke eksklusjonskriterier for å utelukke eksempelvis epilepsi. Boehm beskriver hvordan det å lytte til pasientenes historier



kan gi oss mer kunnskap om tilstandens etiologi. En konsekvens hun trekker frem av å ikke bruke rett fremgangsmetode i diagnostiseringen, er at pasientene risikerer å ikke motta den hjelpen og behandlingen de behøver. Hun foreslår at det sees nærmere på forholdet mellom psykogene ikke-epileptiske anfall og post-traumatisk stress-syndrom og naturhistorien til både traumatiske opplevelser og til anfallene, da hun opplever at historiene hvor pasientene beskriver sine anfallsopplevelser, strukturelt ligner mye på historier om traumatiske erfaringer. Funnene Boehm har gjort mener hun og at tyder på at helsepersonell gjør feil i å behandle diskursen av PNES som kun manipulativ. Hun skriver at de har et ansvar i å betrakte disse som særlige symptomer på lidelsen, ikke kun fordi arbeid som prosjektet «Listening To People With Seizures» har bevist pasienthistorier som et robust diagnostisk verktøy, men også fordi det å lytte til pasientene kan fortelle oss noe om sykdomsetiologien. Boehm konkluderer med at dersom vi ikke gjør dette, gjør vi disse pasientene en bjørnetjenestene.

#### 4.7 Sammendrag av hovedfunn

Flere av artiklene påpeker viktigheten av hvordan diagnosen blir betegnet og kommunisert til pasientene. Noen nevner hvordan enkelte pasienter kan føle seg truet av at anfallene blir betegnet med begrepet «psykogene», mens andre forfattere tydeliggjør hvordan kunnskap om sammenhengen mellom psyken og reaksjoner i kroppen kan hjelpe mange pasienter. Psykoedukasjon og individuell psykoterapi og generelt en videre oppfølging viser seg å være nyttig, men manglende. Flere funn tyder på at disse pasientene vil dra nytte av at oppfølgingen og eventuell videre behandling gjennomføres tverrprofesjonelt. Som nevnt er kommunikasjonen av diagnosen et viktig element å vektlegge, men også den kommunikasjonen pasientene selv gir. Måten de beskriver sine anfall og hvordan dette påvirker dem, skal kunne hjelpe oss å forstå sykdomsetiologien bedre, samtidig som anerkjennelse av pasientens tanker og opplevelser ser ut til å være svært vesentlig. Gjennom funn som beskriver pasienters opplevelser, men også funn på sykepleiere og annet helsepersonells oppfatning og meninger, finner en at stigmatisering er et problem knyttet til denne diagnosen. Stigmatisering fra lærere, arbeidskollegaer, venner og andre, men også stigmatisering fra ansatte i helsevesenet. Da stigmatisering ofte er knyttet til manglende kunnskap, konkluderer noen av artikkelforfatterne med at det kan være et behov for å vektlegge denne diagnosen i utdanningen av leger og sykepleiere.

## 5 Drøfting

Jeg skal nå drøfte hovedfunnene mine beskrevet i forrige avsnitt, ved bruk av aktuell teori samt egne erfaringer og refleksjoner for å svare på problemstillingen: - **Hva kan sykepleiere bidra med for å ivareta PNES-pasienten?** Drøftingstemaene mine er følgende;

- Å anerkjenne pasientens tanker og opplevelser.
- Bidra med kunnskap om PNES.
- Å følge opp pasienten tverrprofesjonelt.
- Å bearbeide sykepleiers holdninger og fordommer.

Jeg vil i avsnittet om å bidra med kunnskap om PNES, begynne med å belyse en problemstilling som dukker opp i samtlige artikler, nemlig betegnelse av anfallene.

### 5.1 Å anerkjenne pasientens tanker og opplevelser

Karterud, Risør og Haavet (2015) konkluderte i sin studie med at den mest elementære faktoren for at pasienter skal kunne håndtere denne diagnosen, var det å bli trodd på. «Taking patients at their word is a general principle of medical ethics» skriver Boehm (2013). Videre beskriver hun at det virker som en trend å diagnostisere PNES ved hjelp av en rekke eksklusjonskriterier, og skriver at det helsepersonell gjør en feil i å ikke lytte godt nok til pasientene og deres historier. Hun mener at å lytte til historiene vil være et solid verktøy for å diagnostisere PNES, men at det og vil kunne fortelle oss mer om sykdomsetiologien, hvilket Dunne, Carolan, Swords og Fortune (2019) i sin studie innleder med at det behøves mer forskning rundt.

Ifølge Travelbee (1999, s. 31) skal man som sykepleier hjelpe individer med å mestre erfaringer med sykdom og lidelse, ved hjelp av mellommenneskelige prosesser. Det må huskes på at pasientgruppen har til felles sine anfall, men at de ellers er en heterogen gruppe (Nakken, 2019, s. 67). De er ulike mennesker med ulike behov. Renolen (2015, s. 231) understreker viktigheten av å være bevisst sine holdninger da disse påvirker måten vi tenker, føler og handler på. Travelbee beskriver hvordan vi mennesker har en tendens til å kategorisere individer, og at vi dermed kan reagere til denne kategorien og ikke til individet selv. Dersom sykepleiere reagerer på, snakker til, tenker og føler om, og handler rundt disse menneskene som en «PNES-pasient», går disse pasientene gjerne glipp av den personsentrerte omsorgen de trenger. Uten denne, settes verdigheten på spill (Kristoffersen, 2017, s. 18).

Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø (2017, s. 22-23) konkretiserer at det å møte pasienten som en person, og å vise respekt og interesse, er viktige deler av hva sykepleiens grunnverdier er. De skriver at «(...) det viktigste som respekt for pasientens verdighet handler om: å bekrefte og respektere pasienten som en unik person». Dette er i samsvar med Joyce Travelbees sykepleiefilosofi.

Pasientens tillit er knyttet til kvaliteten på vår faglige virksomhet, men også sykepleierens oppførsel og hvordan de framstår ovenfor andre mennesker (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s. 90). Og det handler om å vise respekt og empati. Disse tingene er ofte helt avgjørende for om pasienten føler seg ivaretatt. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at «grunlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (NSF, 2019). Sykepleiere må ikke glemme ut at dette kan være pasientens første ordentlige møte med helsevesenet og kun arbeide etter rutiner og effektivitet. Som sykepleiere bør man vise omsorg og respekt for enhver pasient man møter, kanskje er dette særdeles viktig når pasientens symptomer bunner i noe dypere enn patologiske funn. Sykepleiere beskrives gjerne som pasientens advokat (Ytrehus, 2012, s. 259). Skal man gjennomføre denne jobben, er man nødt til å lytte til pasientenes historier og behov, og sørge for at dette når eksempelvis legen på den nevrologiske avdelingen. På denne måten mener jeg sykepleiere kan ivareta pasientens brukermedvirkning, samtidig som pasientene føler at både de selv som person, og deres situasjon blir anerkjent og bekreftet. Dette handler om verdighet.

## 5.2 Bidra med kunnskap om PNES

Artiklene til Sahaya, Dholakia, Lardizabal og Sahota (2012), Dunne, Carolan, Swords, og Fortune (2019) og Karterud, Risør og Haavet (2015), påpeker at det finnes flertalls ulike begrep som brukes om anfallene. Utfordringen med ulike begrep på samme tilstand har jeg opplevd gjennom arbeidet med denne litteraturstudien. Reilly, McWilliams og Heyman (2014), skriver at det ikke er helt klart om de ulike begrepene som blir brukt alltid refererer til den samme tilstanden, selv om de brukes mye om hverandre. De mener at noen av begrepene og muligens brukes om andre ikke-epileptiske episoder som ikke har opphav i psyken, som eksempelvis synkope, skjelvinger, myoklonus, dystoni og parasomni. Stone, Campbell, Sharma, Carson, Warlow og Sharpe (2003) som er referert til av Karterud et al (2015), konkluderer i sin studie «What should we call pseudoseizures?» med at det trengs begreper som kan brukes transparent mellom leger og pasienter, klinisk og i forskningsutgivelser. De

skriver at det ideelle begrepet er et som formidler en positiv diagnose, men samtidig ikke risikerer å gi en negativ effekt på pasientens evne til å håndtere den, enten ved å foreslå at de ikke har noen kontroll over symptomene, eller at de har fullstendig kontroll. De påpeker også at implikasjonene av diagnosebetegnelser for pasientene er et viktig og undersøkbart emne verdt å forfølge. På en side kan det være viktig å definere et begrep, da det å ha ett begrep fremfor mange vil gi et system og en oversikt. Det vil være til hjelp for både pasienter og for de som arbeider i helsevesenet for daglig og praktisk drift, og for å lettere finne aktuell teori og forskning. Samtidig kan dette være positivt for bevissthet om diagnosen i samfunnet. På en annen side vil kanskje pasientene tjene mer på et fokus på å gi dem den hjelpen de har behov for, uavhengig av at det nødvendigvis er fastslått en definert diagnose. Jeg vil videre fokusere på hva sykepleiere kan gjøre for å hjelpe pasientene, uavhengig av diagnosebetegnelse.

I studien til Wiseman, Mousa, Howlett & Reuber (2016) kommer det frem av denne pasientgruppen kan dra god nytte av psykoedukasjon. Slik som det framgår av resultatene, er dette noe som suksessfullt kan formidles av mennesker med liten erfaring i psykoterapi. Som overnevnte og Boehm (2013) foreslår, kan det gjerne være en lenke til PTSD eller andre psykiske lidelser hos pasienter som lider av PNES. «The intervention includes an accessible explanation of PNESs based on how poorly recognized anxiety and prolonged stress and avoidance can contribute to the development of functional symptoms» (Wiseman et al., 2016). Dunne, Carolan, Swords og Fortune (2019) skriver om disponerende faktorer og utløsende årsaker knyttet til stress og traumer. De skriver og at for flere pasienter oppleves dette med en psykogen eller psykiatrisk diagnose gjerne mindre legitim. Karterud, Risør og Haavet (2015) beskriver hvordan det kan være vanskelig for helsepersonell å beskrive medisinsk uforklarlige symptomer, og pasienter og sliter med å forstå og akseptere en slik tilstand.

Av Karterud et al. (2015), og Dunne et al. (2019), beskrives dette med bruken av den biopsykososiale modellen som perspektiv. En biopsykososial sykdomsforståelse handler om at sykdom påvirkes av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Renolen, 2015, s. 152). Dette er en forståelsesmodell for legemlige og psykiske sykdommer (Malt, 2019). Funnene nevnt over om disponerende og utløsende faktorer og eventuelle lenker til psykiske lidelser støtter opp under hvordan psykiske vansker kan komme til uttrykk gjennom fysiske symptomer. Dette kan knyttes til teorien om dissosiasjons- og somatiseringslidelser (Direktoratet for e-helse medisinsk kodeverk, 2020). Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke

skriver i sitt kapittel «Å ta kroppen på ordet», om hvordan dissosiasjonslidelser er hyppig omtalt som en måte å mestre traumer på (2010).

Psykoedukasjon er opplæring og informasjon om en lidelse og dens karakter (Skårderud et al., 2010, s. 351). Den inneholder gjerne informasjon om vanlige reaksjoner på unormale hendelser, om mestringsstrategier og annet nyttig for den aktuelle problemstillingen (Stokke, 2015). Slik jeg ser det, vil psykoedukasjon om PNES inkludert bruk av den biopsykososiale modellen være noe sykepleiere kan gi til denne pasientgruppen. Man burde benytte sin undervisende rolle. Med utgangspunkt i rammeplanen for sykepleierutdanningen (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 19), er en av funksjonene beskrevet kalt «Undervisning og veiledning». Dette skal bidra til læring, utvikling og mestring. En skal møte behovet for kunnskap og forståelse for at pasienten skal kunne ivareta egen helse. Mennesker som lider av PNES har et behov for informasjon og økt kunnskap for å kunne forstå, akseptere og håndtere denne diagnosen. Jeg tror alle PNES-pasienter har godt av god informasjon og kunnskap om diagnosen samt verktøy til å håndtere den. Dette uavhengig av om man selv ikke føler seg direkte psykisk syk, eller det faktisk finnes positive psykiatriske funn eller grunnlag for utredning. Sykepleiere har også et ansvar under funksjonsområdet «Fagutvikling, kvalitetssikring og forskning». Dette innebærer systematisk arbeid med fag- og kvalitetsutvikling, klinisk utviklingsarbeid og klinisk forskning i tråd med endringer og behov i samfunnet. Som sykepleier skal man etterspørre og delta i opplæring (Kristoffersen, et al., 2017, s. 19). Jeg mener at sykepleiere som møter på denne pasientgruppen, bør sørge for å gi pasientene den informasjonen og kunnskapen de trenger. Dersom man selv ikke har denne, bør man lese seg opp, ta kurs, eventuelt sørge for at pasientens behov blir møtt av noen med en høyere kompetanse på området.

### 5.3 Å følge opp pasienten tverrprofesjonelt

I studiene til Carter et al. (2018), Dunne, Carolan, Swords & Fortune, (2019) og Sahaya, Dholakia, Lardizabel og Sahota (2012), vises det til at PNES-pasienter ofte ikke får den oppfølgingen de trenger. Sistnevnte legger vekt på at tverrprofesjonelt samarbeid bør være en del av oppfølgingen. Studien til Wiseman, Mousa, Howlett & Reuber (2016), viser til suksessfull bruk av psykoterapi, noe Carter et al. (2018) også skriver at bør gis.

Når en pasient har behov for videre utredning og/eller behandling, vil en henvisning være aktuelt. Her tenker jeg at sykepleiere burde benytte sin koordinerende rolle. Dette går under

funksjonsområde «Organisering, administrasjon og ledelse» (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 19). Dette omfatter også blant annet forståelse for betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid. Det understrekes at dette er sentralt i framtidens helsetjeneste. I Samhandlingsreformen som ble presentert for 12 år siden, sto det at flere pasientgrupper lider av dårlig samarbeid og at dette nå skulle forbedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Reformen stilte krav til sykepleieres evne og vilje til koordinering og tverrfaglig samarbeid. Dersom en pasient legges inn med delirium, settes gjerne et helt apparat av undersøkelser i sving for å finne årsaken. På samme måte kan pasienter innlagt ved medisinsk eller kirurgisk avdeling få tilsyn av både ernæringsfysiolog, fysioterapeut, overlege på avdelingen, ergoterapeuter og mer, gjerne alt på samme dag! Disse samme gode rutinene som omhandler å finne årsaker og løsninger, syntes jeg at burde overføres til ivaretagelsen av PNES-pasienter. Jeg mener at sykepleiere må arbeide og legge til rette til for at pasientene får den oppfølgingen de behøver, av den delen av helsetjenesten som best kan møte behandlingsbehovet. Hos disse pasientene vil dette behovet gjerne være sammensatt, hvilket forutsetter at flere profesjoner samarbeider om å hjelpe. Dette er en pasientgruppe som blir beskrevet at ofte faller mellom to stoler, så jeg foreslår at sykepleiere bør jobbe for å sette de stolene sammen. Sykepleiere bør samarbeide med nevrologer, psykiatere og andre aktuelle kollegaer på og utenfor egen arbeidsplass. Samarbeidet bør sørge for at pasientene får den hjelpen de trenger. Enten det gjelder å henvise til en annen mer optimal behandlingstilstand eller eventuelt å følge eller utvikle ett oppfølgingsprogram/-samarbeid, eksempelvis som psykoedukasjonen beskrevet tidligere. Eksempelvis kan en sykepleier som arbeider på en nevrologisk avdeling hvor en pasient er kommet inn med PNES, skape gode rutiner for oppfølging etter utskrivelse. Før en skriver pasienten ut av systemet, kan det opprettes en påminnelse om å invitere til poliklinisk samtale hvor en sammen kan diskutere behov for videre oppfølging. Noen pasienter kan få hjelp nok i å samtale med en sykepleier, andre vil kanskje trenge at man henviser dem videre til en psykolog eller annet.

#### 5.4 Å bearbeide sykepleiers holdninger og fordommer

For flere pasienter oppleves dette med en psykogen eller psykiatrisk diagnose gjerne mindre legitim, beskriver Dunne, Carolan, Swords og Fortune (2019). I deres studie kommer det frem om pasienter som holder sin diagnose hemmelig for å beskytte seg selv mot stigmatisering. Pasienter forteller om å møte på mistro blant helsepersonell, hvor de ikke blir trodd på at de opplever faktiske anfall, som er ute av deres kontroll. Studien til Sahaya, Dholakia, Lardizabel

og Sahota (2012), viser til helsepersonell som selv oppgir at de ikke mener anfallene er ekte, og som mener pasientene har en frivillig kontroll over dem. Artikkelforfatterne mener det kan være nødvendig å vektlegge denne tilstanden i grunnutdanningen til leger og sykepleiere. Studien til Carter et al. (2018), viser til blant annet epitiologer som ikke er kjent med diagnosen. Opplevelsen av mistenkeliggjøring fortelles og av pasienter fra studien til Karterud, Risør & Haavet, 2015).

Dersom PNES blir vektlagt i grunnutdanningen av helsepersonell, vil diagnosen kanskje bli godtatt mer, framfor å bli stilt spørsmål rundt som et sjeldent pasientfenomen. Jeg mener også at dette kan bidra til mindre feildiagnostisering. Frem til dette eventuelt skjer, mener jeg at sykepleiere burde bearbeide sine holdninger og fordommer i de gitte forutsetningene. At flere pasienter har vansker for å godta diagnosen når den innebærer bruken av begrepet «psykogen», kan jeg forstå. Ser vi tilbake til Malts beskrivelse av den biopsykososiale modellen, ser vi at han skiller mellom «legemlige og psykiske sykdommer» (2019). Söker vi på ordet legemlig, ser vi at det knyttes til synonymer som «faktisk», «konkret», «reell» og «virkelig» gjennom synonymordboken i Word. Eksempelet mitt fra praksis som beskrevet i innledningen, viser og til sykepleiere og annet helsepersonell som beskriver pasienter med trolig ikke-epileptiske anfall som «ikke syke». Jeg vil sitere en studie referert til av Karterud et al. (2015), som omhandler pasienter som får endret sin diagnose fra epilepsi til PNES: «The patients felt that with the change in diagnosis, responsibility was transferred from the health authorities to themselves» (Karterud, Knizek & Nakken, 2010). Det ser ut til at det er en holdning rettet mot at psykisk sykdom ikke er like legitim som somatisk sykdom. Stigmatisering av psykiske lidelser er en kamp som har pågått lenge, og ser ut til at fortsatt må kjempes (Jensen, Dybvig & Johannessen, 2009). Fordommer og stigmatisering bunner ofte i mangel på kunnskap (Svartdal, 2020).

Til sykepleiere står det krav om å bygge opp tillit og å være tålmodig og forståelsesfull, selv i de situasjoner en ikke føler en trang til å være spesielt omsorgsfull eller omtenksum (Kristoffersen og Nortvedt, 2017, s. 91). Dersom man som sykepleier opplever kollegaer, eller andre, som stigmatiserer pasientgrupper, bør dette etter min mening belyses og tas tak i. Slik kan kunnskapshullene som skaper de automatiske negative tankene og følelsene tettes. Ved å lære om sykdommen sett i et biopsykososialt perspektiv og lytte til pasienters historier om deres anfall, kan holdningen om at dette er «falske anfall pasienten selv kan styre» reduseres. Samtidig kan en bli bedre rustet til å hjelpe pasienten med både å dele kunnskap og anerkjenne deres fortellinger. Som nevnt tidligere er dette en heterogen gruppe. Selv om en

pasient med PNES har en samtidig psykiatrisk diagnose, vil det ut ifra min forståelse ikke nødvendigvis si at alle har det. Psykiatriske funn eller ei, de har alle rett til helsehjelp. Jeg tenker og på sykepleierne og legene som uttrykker at de mener anfallene er uekte og ligger i pasientens bevisste kontroll. Vi må huske på at sykepleie handler om å hjelpe andre og vise omsorg (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2017, s. 16). Uansett om oppgaven en sykepleier utfører er forebyggende, lindrende, undervisende eller behandlende, gjør man det for å hjelpe et menneske. Så dersom man møter på en pasient som viser seg å ha «forfalsket» et anfall, bør en se på dette som et symptom som må utredes. Dette kan være et rop om hjelp, og sykepleiere må gjøre jobben sin. Man må ta det samme utgangspunktet som for alle pasienter, nemlig å møte de som en person med en livshistorie, og respektere de for den (Kristoffersen et. al., 2017, s. 22-23).

## 5.6 Avslutning

Etter min tolkning har alle artikkelforfatterne gitt uttrykk for at dette er en pasientgruppe og tilstand som krever mer oppmerksomhet og kunnskap. Det kommer frem at sykepleiere trenger en bedre håndtering og mer kompetanse på feltet på generell basis i helsevesenet. Dette for å bryte stigma og for å gi disse pasientene den hjelpen de behøver.

Etter min drøfting mener jeg at det kan være viktig å vektlegge betydningen av å lytte til, anerkjenne og respektere en pasient for det unike mennesket det er med sin livshistorie. Sykepleiere bør sørge for å bli kjent med pasienten som person, og lytte til deres behov. For noen pasienter kan det være viktig å få en diagnose å holde fast i, for andre betyr det kanskje mest å få noen å prate med uavhengig om det gis en diagnose eller ei. Ytterligere bruk av den undervisende og koordinerende funksjonen av sykepleierrollen, kan komme PNES-pasientene til gode. Dette kan sykepleiere oppnå ved å øke kunnskapen om PNES-pasienten og å legge til rette for en tverrprofesjonell oppfølging. Vesentlig virker det å bli bevisst hvordan egne holdninger kan påvirke måten sykepleiere jobber og oppfører seg ovenfor pasienter. Ved å øke kompetansen og være bevisste på hvordan de opptrer og arbeider, kan sykepleiere kunne bidra til å ivareta PNES-pasienten på en bedre måte.



## Referanseliste

- Carter, A., Denton, A., Ladino, L. D., Hassan, I., Sawchuk, T., Snyder, T., ... (2018). Experience of psychogenic nonepileptic seizures in the Canadian league against epilepsy: A survey describing current practices by neurologists and epileptologists. *Seizure; European Journal of Epilepsy*, 61, 227–233. DOI: [10.1016/j.seizure.2018.08.025](https://doi.org/10.1016/j.seizure.2018.08.025)
- Boehm, L. (2013). Half Someone Else's: Discourse and Trauma in the PNES Patient. *AJOB Neuroscience*, 4, 16-21. DOI: <https://doi.org/10.1080/21507740.2013.796326>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og Kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6. utg, s. 148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Doss, R. & LaFrance Jr., W. C. (2016). Psychogenic non-epileptic seizures. *Epileptic Disord*, 18, 337-343. DOI: <https://doi.org/10.1684/epd.2016.0873>
- Direktoratet for e-helse medisinsk kodeverk. (2020). *F 44 Dissosiative lidelser (koversjonslidelser)*. Hentet 10. april 2020 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Direktoratet for e-helse medisinsk kodeverk. (2020). *F 45 Somatoforme lidelser*. Hentet 10. april 2020 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>

Dunne, A., Carolan, R., Swords, L. & Fortune, G. (2019). Patient and family perspectives of paediatric psychogenic non-epileptic seizures: A systematic review. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 71, 279–285. DOI: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.seizure.2019.08.014>

Garvik, L. (2015). Frigjøring fra egne og andres fordommer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 12 (4), 363-367. Hentet fra [https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2015/04/frigjoering\\_fra\\_egne\\_og\\_andres\\_fordommer](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/tph/2015/04/frigjoering_fra_egne_og_andres_fordommer)

Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). *Samhandlingsreformen* (Meld. St. nr (47)). Hentet 21. april 2020 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helsenorge. (8. desember 2017). *Psykogene, ikke-epileptiske anfall (PNES)*. Hentet 27. februar 2020, fra <https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykogene-ikke-epileptiske-anfall>

Ingstad, Kari. (2019). *Organisasjon og ledelse: i helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jensen, M. J. F., Dybvig, S. & Johannessen, J. O. (2009). *Stigma – antistigma*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Karterud, H. N., Knizek, B. L. & Nakken, K. O. (2010). Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: patients' experiences and understanding of their new diagnosis. *Seizure: 19*, 40-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2009.11.001>

Karterud, H. N. (2013). Men noe er galt ... Klinisk kommunikasjon ved medisinsk uforklarte symptomer. I H. O. Engvold & K. Johnsen (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (1. utg., s. 130-139). Oslo: Universitetsforlaget.

Karterud, H. N., Risør, M. B. & Haavet, O. R. (2015). The impact of conveying the diagnosis when using a biopsychosocial approach: A qualitative study among adolescents and young adults with NES (non-epileptic seizures). *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 24, 107-113. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2014.09.006>

Kirkevold, M. (2017). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., s. 267-309). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2017). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., s. 89-138). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3. utg., s. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg., s. 15-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malt, Ulrik. (2019, 26. august). *Biopsykososial modell*. Hentet 29. april fra [https://sml.snl.no/biopsykososial\\_modell](https://sml.snl.no/biopsykososial_modell)

Nakken, K. O. (2010). *Epilepsi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Nakken, K. O. (2019). *Epilepsi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet 2. mai 2020 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Reilly, C., Menlove, L., Fenton, V. & Das, KB. (2013). Psychogenic nonepileptic seizures in children: a review. *Epilepsia*, 54, 1715-1724. DOI: <https://doi.org/10.1111/epi.12336>

Reilly C, McWilliams A, Heyman I. (2014). What's in a name? 'Psychogenic' non-epileptic events in children and adolescents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57, 100–1. DOI: <https://doi.org/10.1111/dmcn.12605>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sahaya, K., Dholakia, S. A., Lardizabel, D., & Sahota, P. K. (2012). Opinion survey of health care providers towards psychogenic non epileptic seizures. *Clinical neurology and neurosurgery*, 114, 1304-1407. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2012.03.047>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Solvoll, B-A. (2017). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (3. utg., s. 105-140). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Stokke, Kristin. (2015). Hjelp i den akutte krisen. I D. Ulland, A. B. Thorød & E. Ulland (Red.), *Psykisk helse: nye arenaer, aktører og tilnærminger* (1. utg., s. 131-139). Oslo: Universitetsforlaget.

Stone, J., Campbell, K., Sharma, N., Carson, A., Warlow, CP., & Sharp, M. (2003). What should we call pseudoseizures? The patient's perspective. *Seizure, 12*, 568–572. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1059-1311\(03\)00055-4](https://doi.org/10.1016/S1059-1311(03)00055-4)

Svartdal, F. (2020, 14. april). *Fordom – psykologi*. Hentet 21. april fra [https://snl.no/fordom -  
\\_psykologi](https://snl.no/fordom_-_psykologi)

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2.opplag).

Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus, *Helsehjelp til personer med rusproblemer*, (1. utg., s. 240-264). Oslo: Cappelen Damm AS.

Wiseman, H., Mousa, S., Howlett, S., & Reuber, M. (2016). A multicenter evaluation of a brief manualized psychoeducation intervention for psychogenic nonepileptic seizures delivered by health professionals with limited experience in psychological treatment. *Epilepsy & Behavior 63*, 50-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.07.033>