

[Kandidatnummer: 6215]

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Stigmatiserende holdninger mot psykisk syke innlagt på somatisk avdeling



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger 12.05.2021]

X

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Psykiske lidelser kan ramme de fleste. Pasientgruppen er stor, samtidig som flere har samtidige somatiske sykdommer. Forventet levetid er lavere enn den øvrige befolkningen, grunnet fysiske tilstander som kunne vært behandlet og forebygget. Stigmatiserende holdninger kan føre til konsekvenser for den behandlingen denne pasientgruppen får.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan stigmatiserende holdninger blant sykepleiere, kan få konsekvenser for behandlingen av psykisk syke, innlagt på somatisk avdeling.

Metode

Oppgaven er lagt opp som en systematisk litteraturstudie, og baserer seg på analyse av fem kvalitative vitenskapelige forskningsartikler, hvorav en av artiklene er både kvantitativ og kvalitativ. Artiklene analyseres og vurderes etter Fribergs (2017) analysemodell, og resultatene presenteres i nye hoved- og underkategorier. Oppgaven tar utgangspunkt i vitenskapelige artikler, relevant sykepleieteori og annen faglitteratur.

Resultater

Resultatene indikerte stigmatiserende holdninger blant helsepersonell, relatert til psykisk syke pasienter ved somatisk avdeling. Helsepersonell ignorerte og avviste psykisk syke, samtidig som de kjente på frykt og ubehag. Pasientene opplevde av å ikke bli anerkjent eller tatt på alvor. Det ble beskrevet utfordringer knyttet til ledelse, organisasjon og struktur. Samt manglende kunnskap og erfaring, knyttet til psykisk helse.

Konklusjon

Jeg konkluderer med at stigmatiserende holdninger medfører konsekvenser for behandlingen av psykisk syke. Menneskesyn, empati, verdier, kommunikasjon, samhandling, samt kunnskap og erfaring er alle elementer som ligger til grunn for vår væremåte og forståelse. Å være bevisst sine holdninger, og reflektere over sine handlinger er av betydning for å kunne hjelpe andre.

Nøkkelord

Stigmatisering, holdninger, somatisk avdeling, psykisk syke, psykisk helse, sykepleier.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Hensikt	2
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	3
2.1 Menneskesyn	3
2.2 Holdninger og stigmatisering	3
2.3 Kommunikasjon og forståelse	5
2.4 Sykepleiers pedagogiske rolle	5
2.5 Kunnskap, erfaring og refleksjon	6
2.6 Ledelse, organisering og struktur	7
2.7 Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet	7
3.0 METODE	9
3.1 Valg av metode	9
3.2 Litteratursøk	10
3.2.1 Valg av søkestrategi og databaser	10
3.2.2 Valg av søkeord	10
3.2.3 Valg av artikler	11
3.3 Analyse	11
4.0 RESULTATER	13
4.1 Stigmatiserende holdninger og atferd	13
4.1.1 Psykisk syke identifisert som en problematisk gruppe	13
4.1.2 Pasienter med psykisk sykdom får utilfredsstillende pleie og behandling	15
4.1.3 Helsepersonell uttrykker frykt, ubehag og angst relatert til arbeid med psykisk syke	16
4.2 Kunnskap og erfaring	17
4.2.1 Mangel på kunnskap og utilstrekkelig erfaring	17
4.3 Ledelse, organisasjon og struktur	18
4.3.1 Ledelse, organisering og struktur av helsesystemet ikke tilpasset psykisk syke	18
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon	20
5.2 Resultatdiskusjon	22
5.2.1 Stigmatiserende holdninger og atferd	22
5.2.2 Betydningen av kunnskap og erfaring	25

5.2.3 Ledelse, organisasjon og struktur som medvirkende faktorer	26
6.0 AVSLUTNING	28
6.1 Anvendelse i praksis	30
LITTERATUR	31
Vedlegg	
Vedlegg 1 Redegjørelse for fremgangsmåte for litteratursøk	
Vedlegg 2 Oversiktstabell over analyserte artikler	

1.0 INNLEDNING

Psykiske plager og lidelser er økende på verdensbasis. I løpet av et år vil rundt 16-22 prosent av den voksne befolkningen ha en psykisk lidelse (Folkehelseinstituttet, 2018). Dette er en stor pasientgruppe, der en stor andel av pasientene har samtidige somatiske sykdommer. Ved alvorlige psykiske helseutfordringer ser man ofte at denne gruppen har rundt 20 år kortere levetid enn den øvrige befolkningen. Dette grunnet fysiske tilstander som kunne vært behandlet og forebygget (World Health Organization, 2021). Blant barn og ungdom på verdensbasis er forekomsten av psykiske plager og lidelser beregnet til rundt 20 prosent. Blant personer mellom 15 og 29 år, er selvmord den nest største dødsårsaken. På tross av at flere land har hatt en positiv utvikling relatert til psykisk helse, opplever denne gruppen fortsatt brudd på menneskerettighetene, diskriminering og stigmatisering (World Health Organization, 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiske lidelser kan ramme de fleste på et eller annet tidspunkt i livet. Samtidig er dette en pasientgruppe man vil møte ved alle områder i helsesektoren. Mange med psykiske lidelser er ikke i kontakt med helsetjenesten. Samtidig som psykiske lidelser kan direkte kobles til økt risiko for fysiske lidelser og tidlig død (Folkehelseinstituttet, 2018). Mye tyder på at dette er helseproblemer som kunne vært forebygget. Tidligere forskning beskriver hvordan økt bevissthet og forståelse rundt psykisk helse er nødvendig for å kunne redusere stigmatisering (World Health Organization, 2021). Praksis fra somatikken vekket videre interesse for temaet. Jeg vil derfor avgrense oppgaven til pasienter innlagt på somatisk avdeling. Stigmatisering av psykisk syke ser jeg som et aktuelt, interessant og viktig tema, som jeg derfor ønsker å se nærmere på.

1.2 Problemstilling

Gjennom rammeplanen for sykepleierutdanningen tydeliggjøres sykepleierens ansvar i forhold til «... pleie og kontinuerlig omsorg for den syke ut fra hvordan det erfarer å være syk, og ut fra kunnskap om de enkelte sykdommers årsak, diagnostikk og prognose» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 4). Dersom en innehar stigmatiserende holdninger mot psykisk syke, tyder mye på at dette vil være en direkte hindring for å kunne utøve dette ansvaret. Jeg vil derfor vurdere valg av tema og problemområde knyttet til oppgaven, som faglig relevant. På bakgrunn av dette har jeg valgt problemstillingen «Hvordan kan stigmatiserende holdninger fra sykepleiere få konsekvenser for behandlingen av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling?».

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å oppnå økt bevissthet og kunnskap til hvordan stigmatiserende holdninger blant sykepleiere kan få konsekvenser for behandling av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling. Bredere kunnskap og forståelse kan bidra til å tydeliggjøre problematikken, og forhåpentligvis føre til økt refleksjon over konsekvensene knyttet til stigmatisering.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

Sykepleiens grunnlag baseres på respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Dette kommer til uttrykk gjennom en sykepleie som viser barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Norsk Sykepleierforbund, 2019). De yrkesetiske retningslinjene utgjør fundamentet for dette grunnlaget, og uttrykker et helhetlig menneskesyn. Det vil si at en sykepleier skal ivareta og utøve omsorg for en pasients fysiske, psykiske, sosiale og religiøse behov (Aadland, 2015, s. 115). Det er disse retningslinjene det er enighet om i profesjonen, og som til enhver tid utgjør gjeldende kvalitetskrav for sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 88).

2.1 Menneskesyn

I sykepleiefagets tradisjonsgrunnlag legges det til grunn et menneskesyn som er humanistisk, altså setter menneske i sentrum. Et hvert menneske ses på som unikt, verdifullt og likeverdig. Dette menneskesynet blir også stadfestet i De Forente Nasjoners menneskerettighetserklæring fra 1948 (Kristoffersen et al., 2015, s. 94). Så vel som i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, der respekt for menneskeverdet er en sentral verdi. Et humanistisk menneskesyn ser hele mennesket, og en sykepleier må behandle pasienten ut ifra den helheten personen er. Dette menneskeidealet gir uttrykk for tro på menneskers muligheter for vekst og utvikling (Kristoffersen et al., 2015, s. 95).

Gjennom vårt menneskesyn prøver vi å forstå oss selv og menneskene rundt oss (Kristoffersen et al., 2015, s. 93). Dette legges til grunn for våre handlinger og vår tenkemåte (Aadland, 2015, s. 116). Hvordan vi stempler andre mennesker kommer til uttrykk gjennom vårt menneskesyn. Noe som legger føring for måten sykepleier både møter og forholder seg til pasientene på (Aadland, 2015, s. 110).

På et sykehus omfatter hovedaktivitetene undersøkelser, diagnostisering, behandling og pleie. Sykehuset er delt inn i somatikk og psykiatri. Somatiske tjenester angår kroppen og psykiatrien psykiske lidelser. Mennesket er derimot ikke delt i kropp og psyke. Helsepersonell må derfor ha et helhetlig menneskesyn der de behandler hele mennesket (Brataas, 2014, s. 102). Somatiske plager og psykiske problemer henger sammen og man kan derfor ikke gjøre et klart skille mellom dem (Kristoffersen et al., 2015, s. 65).

2.2 Holdninger og stigmatisering

En sykepleiers forventninger, holdninger og mottakelighet relatert til pasientene har stor betydning for utvikling og etablering av en relasjon (Brataas, 2014, s. 89).

Vi har alle ulike meninger, holdninger og verdier som påvirker måten vi oppfører oss og hvordan vi ser verden. Våre holdninger kan være vurderende eller dømmende, enten i positiv eller negativ retning, og har innflytelse på vår atferd. De holdningene vi innehar fører til at vi reagerer på bestemte måter (Håkonsen, 2014, s. 185). Vi tolker våre opplevelser og inntrykk, basert på våre fordommer og forforståelser (Aadland, 2015, s. 74). Fordommer er en type negative holdninger knyttet til et bestemt område. I møte med andre er det vanskelig å oppnå en god relasjon, dersom vi møter dem med fordomsfulle tanker. Det er viktig å være klar over sine egne fordomsfulle holdninger, samt negative holdninger generelt, og ta seg tid til å reflektere over sine handlinger (Kristoffersen et al., 2015, s. 28).

Grunnlaget for de fleste holdninger dannes i løpet av oppveksten, da spesielt knyttet til følelsesmessige reaksjoner. Våre holdninger ses gjennom våre tanker og følelser, men kommer tydeligst til uttrykk via våre handlinger (Håkonsen, 2014, s. 186). Det er ikke dermed sagt at det er samsvar mellom holdninger og atferd. Har man en holdning til noe betyr ikke dette at man automatisk vil oppføre seg i samsvar med denne holdningen. Dette vil da tilsi at det ikke er mulig å vurdere en persons holdninger ut fra enkeltsituasjoner (Håkonsen, 2014, s. 187). Bakgrunnen for en type atferd kan skyldes mange ulike årsaker. Det som derimot kan påvirke en persons atferd er situasjonsbetingede faktorer. Omstendighetene en befinner seg i kan føre til at en ikke oppfører seg i samsvar med ens holdninger. Dette kan for eksempel være i tilfeller der en utsettes for sosialt press, tidspress eller blir observert. En kan da undertrykke verdier og holdninger som en ellers hadde latt komme til uttrykk (Håkonsen, 2014, s.187). Andre ganger kan årsaken være redsel for å skille seg ut, eller å bli utestengt fra en gruppe, som igjen kan lede til at en følger det de andre gjør (Raaheim, 2019, s. 168).

Alle er allikevel ansvarlige for sine egne holdningsmessige reaksjoner. En sykepleier kan som alle andre av ulike årsaker ha dager der en er distraheret, engstelig, sliten, stresset eller irritabel. På tross av dette skal en alltid fremtre på en profesjonell måte. I mange situasjoner vil dette da kreve at en tilpasser ens væremåte og kultiverer ens oppførsel (Kristoffersen et al., 2015, s. 107).

I yrket som sykepleier står man overfor mange valg. Hvilke handlinger man velger kan knyttes til sykepleiefagets verdier, samt gjeldende moraler og normer, utledet fra disse verdiene (Kristoffersen et al., 2015, s. 88). En sykepleiers normer og verdier kan gjenspeiles gjennom måten en oppfører seg på (Brataas, 2014, s. 65). I arbeid med mennesker i vanskelige situasjoner har sykepleierens moralske kompetanse stor betydning. Dette innebærer evnen til å oppfatte

etiske utfordringer, og ivareta viktige menneskelige verdier og etiske prinsipper. Som så videre fører frem til en moralsk kompetent beslutning om hvilken handling man velger (Kristoffersen et al., 2015, s. 190). Moral handler altså om hva man gjør og etikk handler om hva man tenker om det om det man gjør (Nortvedt, 2017, s. 38).

2.3 Kommunikasjon og forståelse

De signalene vi sender og hvordan disse blir tolket kan være forskjellig fra person til person. Ord kan forstås på mer enn en måte, særlig sett i sammenheng med det nonverbale aspektet. Dermed kan et møte mellom to mennesker oppleves svært forskjellig (Eide & Eide, 2014, s. 18). Den nonverbale uttrykksmåten kan avsløre spontane reaksjoner. Noe som kan være avgjørende i relasjoner, særlig knyttet til å oppnå kontakt og trygghet. Gjennom denne uttrykksmåten signaliserer vi interesse, og en innstilling til å ville lytte og hjelpe (Eide & Eide, 2014, s. 198).

Ved å utvise empati utøver en evne til å aktivt kunne lytte, og sette seg inn i den andres situasjon. Samt forsøke å forstå den andres følelser og reaksjoner. Dette regnes som en forutsetning for en god, profesjonell kommunikasjon og omsorg (Eide & Eide, 2014, s. 36). Empati for den andre blir videreformidlet både verbalt og nonverbalt, mens ses kanskje tydeligst gjennom handling og atferd (Eide & Eide, 2014, s. 37).

Samtidig er vår evne til å kunne vise empati også knyttet til ubevisste biologiske prosesser for overføring av følelser (Eide & Eide, 2014, s. 38). Dersom en pasient overfører positive følelser, styrker disse relasjonen. Er derimot disse følelsene av negativ art, som irritasjon, sinne og engstelse, kan en se en tydelig tendens til at sykepleiere stenger av for denne type følelsesaspekt. Dette kan relateres til et behov for selvbeskyttelse, og kan medføre problemer dersom helsepersonalets evne til mottakelighet og empati forstyrrer relasjonen (Eide & Eide, 2014, s. 39).

2.4 Sykepleiers pedagogiske rolle

I sykepleiepedagogisk praksis er personsentrert sykepleie utgangspunktet. Ved personsentrert sykepleie jobber en for å redusere pasientens sårbarhet og ivareta pasientens behov som individ. Noe som henger tydelig sammen med det yrkesetiske grunnlaget (Brataas, 2014, s. 31). For å oppnå pedagogisk kompetanse kreves det teoretisk kunnskap og læring gjennom erfaring. Dette er noe man vil oppnå både gjennom samarbeid med pasienter og kollegaer (Brataas, 2014, s. 96).

For at en pasient skal kunne håndtere og mestre sin livssituasjon, både under og etter sykdom og behandling, trenger han kunnskap (Brataas, 2014, s. 89). Sykepleiere har en pedagogisk funksjon som inngår som en del av sykepleie i sin helhet. Informering, undervisning, støtte og veiledning utgjør en stor del av sykepleierens arbeid (Brataas, 2014, s. 18). Alle pasienter og pårørende har sin egen livshistorie og livsverden. Med en egen oppfatning og forståelse av helse, sykdom og behandling. Det er sykepleierens oppgave å skape relasjoner til både pasienter og pårørende, som er i en situasjon der de trenger hjelp fra helsetjenesten (Brataas, 2014, s. 91). Personfokuseret pedagogisk sykepleie bygger nettopp på dette. Det å se pasienten som en unik person med sin særegne måte å tenke, reagere og være på, samt med sin egen sosiale og kulturelle tilknytning (Brataas, 2014, s. 36).

Det er viktig for samhandlingen mellom sykepleier og pasient at sykepleier oppnår en kontakt med pasienten der han føler seg forstått og akseptert, altså blir anerkjent. Dette for at pasienten skal kunne klare å kommunisere åpent om sine problemer (Brataas, 2014, s. 113). For å kunne hjelpe pasienten videre er det av betydning at sykepleier klarer å sette seg inn i pasientens forståelse av egen situasjon (Brataas, 2014, s. 114). Sykepleiere kan også kjenne på sterke følelser og bli følelsesmessig engasjert. Dette er noe som kan oppleves hemmende for den pedagogiske oppgaven som hjelper (Brataas, 2014, s. 92).

2.5 Kunnskap, erfaring og refleksjon

Samfunnet forventer at en som sykepleier innehar en profesjonell kompetanse. Denne kompetansen skal bestå av aktuell kunnskap, ferdigheter og ansvarlighet. Noe som behøves for å selvstendig kunne møte de krav og forventninger som medfølger denne rollen (Brataas, 2014, s. 21). Fagkunnskap har også stor betydning for å kunne leve seg inn i situasjonen til et annet menneske. Dette kan ses gjennom betydningen av det å inneha kunnskap om ulike tilstander og situasjoner, sykdommer, medisiner, dosering og bivirkninger. Det knyttes en nær forbindelse mellom fagkunnskap og profesjonell empati (Eide & Eide, 2014, s. 42).

Gjennom veiledning kan man kvalitetsutvikle og kvalitetssikre faget, samt bidra til økt bevissthet og refleksjon. Dette vil igjen føre til personlig vekst, økt trygghet og faglig utvikling (Brataas, 2014, s. 269). Ved yrkesfaglig veiledning vil man kunne reflektere og oppnå forståelse relatert til egne følelser og reaksjoner, andres reaksjoner og handlemåter, samt hvordan man fungerer i samspill (Brataas, 2014, s. 215).

2.6 Ledelse, organisering og struktur

Det en leder sitt ansvar å være synlig, vise omtanke og lede gruppen til å effektivt nå sine mål (Håkonsen, 2014, s. 200). Som avdelingsleder vil det være viktig å skape en kultur som arbeider for å fremme kompetanseutvikling, både for den enkelte og for fellesskapet. Dette kan gjøres ved å gi tilbakemeldinger, gjerne som veiledning og refleksjon i felleskap med kollegaer (Kristoffersen, 2015, s. 199).

Politiske føringer, økonomi, og verdier ved de ulike institusjonene kan være årsaker som medvirker til at pasientene opplever pleielidelse (Kristoffersen et al., 2015, s. 258). Pleielidelse kommer ofte til uttrykk gjennom krenkelse av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøving og uteblitt pleie (Kristoffersen et al., 2015, s. 255). Utilstrekkelig bemanning og mangel på faglært kompetanse er faktorer som kan føre til at pasienter opplever pleielidelse (Kristoffersen et al., 2015, s. 259). Ressursknapphet kan føre til mangel på tid og omsorg for den enkelte pasient. Likeså vil økt fokus på effektivisering og produktivitet av helsetjenestens omsorg få konsekvenser for individuell behandling og omsorg (Kristoffersen et al., 2015, s. 122).

2.7 Travelbee og menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbee sin sykepleieteori har fokus på det mellommenneskelige forholdet mellom sykepleier og pasient. Hun presenterer en sykepleiers mål og hensikt som en interaksjonsprosess, som kun kan nås gjennom utvikling av en relasjon mellom pasient og sykepleier (Travelbee, 2017, s. 5). På bakgrunn av dette ser jeg Travelbee sin sykepleieteori som relevant med tanke på å belyse problemstillingen for oppgaven.

Travelbee sin definisjon på sykepleie bygger på et eksistensialistisk menneskesyn. Hun beskriver et hvert menneske som enestående og uerstattelig, et unikt individ. Hvert eneste mennesker vil oppleve lidelse, tap og smerte, men opplevelsen av lidelse og sykdom vil allikevel være ulik for alle (Travelbee, referert i Kristoffersen et al., 2015, s. 216).

Travelbee beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess der kommunikasjon er av stor betydning (Travelbee, referert i Eide & Eide, 2014, s. 135). En sykepleier blir beskrevet som en som hjelper en person, en familie eller et samfunn, med å forebygge, mestre eller finne mening med lidelse og sykdom (Travelbee, referert i Kristoffersen et al., 2015, s. 216). Videre beskriver hun en sykepleiers oppgave som å bli kjent med pasienten, samt forstå og møte dens behov (Travelbee, referert i Kristoffersen et al., 2015, s. 221).

Travelbee utdyper også hvordan den enkeltes holdning til lidelse kan påvirke den i det å finne mestring eller mening i lidelse og sykdom (Travelbee, referert i Eide & Eide, 2014, s. 136). Hun beskriver videre hvordan et møte mellom en sykepleier og en pasient kan preges av førsteinntrykk, så vel som tidligere erfaringer fra tilsvarende situasjoner. Sykepleierens oppgave vil i en slik situasjon innebære å sette til side sine egne forutinntatte antagelser om hvordan pasienter er eller ikke er, og møte han som et eget individ (Travelbee, referert i Eide & Eide, 2014, s. 137). Dersom sykepleieren ikke evner å se pasienten som et unikt individ vil dette medføre en omsorg karakterisert som upersonlig, mekanisk og overfladisk (Travelbee, referert i Kristoffersen et al., 2015, s. 220). Travelbee understreker betydningen av det å se bort ifra diagnose, som er en generalisering, men se pasientens opplevelse av sin sykdom og hvilken mening han selv tillegger den (Travelbee, referert i Kristoffersen et al., 2015, s. 217). Når en sykepleier konfronteres med en pasients sårbarhet vil en samtidig stilles overfor sin egen sårbarhet. Måten sykepleierne håndterer dette på vil være avgjørende for evnen til å oppfatte, respondere og vise omsorg. I slike situasjoner kan mange reagere med fornektelse, likegyldighet og distansering som en forsvarsmekanisme (Travelbee, 2017, s. 73). Travelbee utdyper hvordan dette vil gjøre sykepleieren ute av stand til å møte den sykes behov, fordi hennes egne behov ikke er oppfylt (Travelbee, 2017, s. 74).

En sykepleiers menneskesyn og forståelse av den enkelte pasient er faktorer som avgjør kvaliteten på den omsorgen som blir gitt (Travelbee, 2017, s. 53). Travelbee beskriver stereotype og forutinntatte holdninger hos sykepleier som et hinder for å kommunisere og etablere en relasjon til pasienten. Dette skjer gjerne når sykepleier ikke opplever pasienten som et individ, men trekker slutninger og danner seg oppfatninger om hvordan atferden til enkelte grupper mennesker er. Videre generaliseres ofte denne oppfatningen i den retning der en ser alle individer i en bestemt gruppe som like (Travelbee, 2017, s. 159). Dersom en sykepleier arbeider under forhold som er preget av høy arbeidsbelastning og mangel på personal, øker dette sannsynligheten for kategorisering og stereotypisering av pasientene (Travelbee, 2017, s. 65). Travelbee beskriver også hvordan institusjonelle forventninger fører til at sykepleieren må gjøre prioriteringer, for å kunne utføre arbeidet på kortest mulige tid. Dette kan medføre at syke blir sett på som en jobb der en ikke tar seg tid eller ser pasienten, og effektivisering da går på bekostning av kvalitet (Travelbee, 2017, s. 66).

3.0 METODE

Dalland (2014) beskriver metode som en fremgangsmåte eller et middel for å komme frem til ny kunnskap. Den metoden man velger sier noe om hvordan innhenting eller etterprøving av kunnskap skal foregå (Dalland, 2014, s. 111). Metoden kan med andre ord hjelpe en til å systematisk samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en valgt problemstilling.

Det skilles mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Valg av metode velges basert på hvilke data man skal innhente. Kvantitativ metode gir data som er av målbar enhet, altså tall og statistikk (Dalland, 2014, s. 112). Gjennom kvantitativ forskning er det mulig å tallfeste om en handling gir bedre resultater enn en annen (Friberg, 2017, s. 119). Kvalitativ metode gir kunnskap om for eksempelvis meninger, opplevelser, erfaringer, holdninger og forventninger, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2014, s. 112). Gjennom kvalitativ forskning kan en få et bedre utgangspunkt for å forstå og få innsikt i andre menneskers opplevelser, erfaringer og lidelser. Hva dette innebærer, og hvordan ulike behov kan møtes. Økt forståelse ses som målet ved kvalitativ metode (Friberg, 2017, s. 129).

3.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven bygger på en systematisk litteraturstudie. Friberg har utviklet en systematisk tankemodell og arbeidsmåte for litteraturbaserte studier (Friberg, 2017, s.84). Det er denne arbeidsprosessen jeg vil basere arbeidet med oppgaven på. Ifølge Friberg (2017) kan data om en problemstilling eller et fenomen samles inn ved innhenting av forskningsstudier. Disse sammenstilles og sammenliknes til et resultat med ny eller økt kunnskap (Friberg, 2017, s. 129). Denne oppgaven baserer seg på fem kvalitative vitenskapelige forskningsartikler, hvorav en av artiklene er både kvantitativ og kvalitativ, om stigmatiserende holdninger mot psykisk syke innlagt på somatisk avdeling. Resultatene fra artiklene vil bli analysert og sammenliknet for å komme frem til ny eller økt kunnskap om temaet. Jeg har valgt å bruke en kvalitativ tilnærming for å svare på min problemstilling. Problemstillingen jeg skal finne forskningsdata om fanger opp mening og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2014, s. 112). Jeg ser derfor kvalitativ metode som den mest ideelle fremgangsmåten for å gi gode data, og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte (Dalland, 2014, s. 111).

Jeg vil hovedsakelig gå ut ifra sykepleiers perspektiv, men også gå inn på pasient perspektivet. Da vinklet i forhold til hvordan stigmatisering fra sykepleiere påvirker psykisk syke ved somatisk avdeling.

3.2 Litteratursøk

Oppgaven tar utgangspunkt i vitenskapelige artikler, relevant sykepleieteori og annen faglitteratur. Artiklene danner det vitenskapelige grunnlaget i oppgaven, mens faglitteratur og sykepleieteori blir benyttet for å kunne drøfte resultatene jeg finner i artikkelanalysen, i lys av ulike perspektiver og forståelse.

3.2.1 Valg av søkestrategi og databaser

Jeg utførte strukturerte litteratursøk som søkestrategi og søkte i databaser tilgjengelige via universitetsbiblioteket ved UiS. Databasene var relatert til helsefag, sykepleie og medisin. Dette for å få et sykepleiefaglig perspektiv. Jeg valgte å søke i databasene Cinah, Academic Search Premier og Medline. For å finne faglitteratur utenom pensum søkte jeg etter bøker relatert til søkeordene i portalen Oria.no, som er felles for de fleste norske fag- og forskningsbibliotek.

For å kunne avgrense søket valgte jeg ut noen kriterier, med problemstillingen som grunnlag. Kriteriene bestod av at artiklene måtte være vitenskapelige artikler som var fagfellevurdert. Geografisk utvalgt, med tanke på at forskningen var utført i land som deler likhetstrekk med helsevesenet i Norge. Artiklene jeg har valgt er fra Europa og Australia. Forskning fra disse landene vurderer jeg til å ha overføringsverdi i sammenlikning med det norske helsevesenet. Søket ble også avgrenset i forhold publiseringer i nyere tid. Forskning regnes som ferskvare, og et kriterium ble derfor at artiklene ikke måtte være eldre enn 10 år.

3.2.2 Valg av søkeord

For å finne vitenskapelige artikler relevante til min problemstilling avgrenset jeg søket ved hjelp av søkeord. Problemstillingen er «Hvordan kan stigmatiserende holdninger fra sykepleiere få konsekvenser for behandlingen av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling?». Ved valg av søkeord så jeg nærmere på ordene i problemstillingen. På bakgrunn av at de fleste vitenskapelige artikler er publisert på engelsk valgte jeg derfor å bruke engelske søkeord. Søkeordene jeg hovedsakelig brukte var stigmatization, somatic care, medical ward, mental health, mental illness, nurse og attitude of health personnel, med søkeoperatoren «AND» i forskjellige kombinasjoner. Når jeg utførte søkene i databasen kom det forslag til alternative ord. Jeg valgte derfor å utvide søkene med andre synonymer eller varianter av samme ord med «OR» mellom disse. Slik oppnådde jeg mange relevant resultater på søkene. Fremgangsmåten for litteratursøket kommer frem i vedlegg 1. Her vises alle søk, søkeord, databaser, antall treff og avgrensinger utfylt i søket. Samt hvilke søk som førte til leste sammendrag og brukte artikler.

3.2.3 Valg av artikler

Ved valg av artikler var jeg ute etter å finne de artiklene som best kunne belyse min problemstilling. Jeg ønsket å finne artikler fra somatisk avdeling på sykehus, på bakgrunn av dette ble flere artikler ekskludert. Jeg valgte ut 10 artikler som jeg ville se nærmere på. Ved vurdering av artiklene benyttet jeg først lesestrategien skanning. Det vil si jeg lette etter spesifikke nøkkelord, opplysninger, detaljer og temaer som samstemte med problemstillingen min. Da jeg leste gjennom artiklene vurderte også jeg hvilken metode som var brukt, hvilket perspektiv artikkelen tok utgangspunkt i og selve oppbygningen av artikkelen. For å vurdere holdbarhet og gyldighet undersøkte jeg om artiklene var bygget opp etter IMRaD-strukturen. Dette vil si at artiklene inneholder en introduksjon, metode, resultat og diskusjon, som er en standardisering som brukes i forskningspublisering i tidsskriftartikler (Dalland, 2014, s. 79). Ved å lese sammendraget til fire artikler og skimle seks artikler fant jeg frem til de fem artiklene som jeg har valgt å benytte i oppgaven.

For å kunne foreta en vurdering i forhold til artiklenes vitenskapelige holdbarhet utførte jeg et sekundærsøk på forfatterne. Her for å undersøke om de var skrevet av kvalifiserte forskere (Friberg, 2017, s. 78). Gjennom dette søket fant jeg ut at hver artikkel hadde en eller flere forfattere med en doktorgrad, og de aller fleste forfatterne hadde vært medvirkende i flere vitenskapelige artikler.

3.3 Analyse

Ved analyse og vurdering av artiklene har jeg jobbet etter Fribergs (2017) analysemodell. Det første jeg gjorde var å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene jeg hadde valgt ut (Friberg, 2017, s. 147). Gjennom å benytte granskningsspørsmål vurderte jeg artiklene og gjorde en totalbedømming av kvaliteten (Friberg, 2017, s. 187). Innholdet ble også vurdert opp mot relevans til problemstillingen i oppgaven. Basert på denne granskningen vurderte jeg om det var nødvendig å utføre en ytterligere datareduksjon.

Jeg fulgte deretter de ulike stegene i Fribergs (2017) analysemodell. Først leste jeg gjennom de valgte artiklene flere ganger. Dette for å kunne se og forstå helheten i artiklene. Deretter lette jeg etter nøkkelord og sammenhenger som kunne fremstilles skjematisk. Jeg utarbeidet et sammendrag fra hver studie for å dokumentere resultat og hovedtrekk fra hver artikkel. Neste steg gikk ut på å sette sammen innhentet data fra artiklene i en tabell (Vedlegg 2). Slik skapte jeg en strukturert oversikt, som dannet grunnlaget for videre analyse (Friberg, 2017 s. 148).

Jeg arbeidet så med å identifisere likheter og ulikheter ved artiklene, oppsummere resultater, hovedtrekk i studiene, og identifisere temaer. Her ifra sammenstilte jeg resultatene fra hver studie til et felles resultat. For å presentere funnene i analyse arbeidet laget jeg en oversikt over resultatene i en tabell, presentert i form av hovedkategori og underkategori (Friberg, 2017, s. 149).

4.0 RESULTATER

Gjennom analysearbeidet kom jeg frem til tre hovedkategorier og fem underkategorier fra studiene, som svarte til hensikten og problemområdet i denne oppgaven. Disse er fremstilt i tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over hovedkategori og underkategori.

Hovedkategori	Underkategori
Stigmatiserende holdninger og atferd.	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk syke identifisert som en problematisk gruppe. • Pasienter med psykisk sykdom får utilfredsstillende pleie og behandling. • Helsepersonell uttrykker frykt, ubehag og angst relatert til arbeid med psykisk syke.
Kunnskap og erfaring.	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel på kunnskap og utilstrekkelig erfaring.
Ledelse, organisasjon og struktur.	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelse, organisering og struktur av helsesystemet ikke tilpasset psykisk syke.

4.1 Stigmatiserende holdninger og atferd

I alle de fem ulike vitenskapelige artiklene ble det gjort funn på stigmatiserende holdninger og atferd (Perry et al., 2020, Rodríguez-Almagro et al., 2019, Brunero et al., 2017, Foye et al., 2020 & Brämberg et al., 2018). Dette vil bli presentert i tre underkategorier, som kommer frem gjennom tabell 1, oversikt over hovedkategori og underkategori.

4.1.1 Psykisk syke identifisert som en problematisk gruppe

I studien til Perry et al. (2020) «Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis», blir psykisk syke identifisert som en problematisk gruppe. Funn tyder på at selv om pasientene har fysiske problemer blir de sett på som annerledes på grunn sine psykiske utfordringer. Gjennom studien kommer det frem at psykisk syke pasienter ofte blir betegnet negativt og klassifisert som krevende, utfordrende, vanskelige og aggressive (Perry et al., 2020, s. 6). En av informantene beskriver «Once you

have been labelled as having a psychiatric illness, it's very difficult to put that label to one side» (Perry et al., 2020, s. 6). Videre refereres det til funn der psykisk syke blir skildret som en byrde for sykehuset, der de opptar ressurser, personal og plass. Pasientene ble betegnet som «... weak, with lack of self-direction, expectation or ability to cope» (Perry et al., 2020, s. 6).

Funn fra studien til Rodríguez-Almagro et al. (2019) «Level of stigma among Spanish nursing students toward mental illness and associated Factors: A mixed-methods study», beskriver hvordan pasienter med psykiske problemer blir møtt og klassifisert. Funn fra studien beskriver hvordan stigma i psykisk helse viser seg gjennom avvisning og isolering av psykisk syke. En informant relaterer dette til «... prejudices, stereotypes or lack of understanding ...» (Rodríguez-Almagro et al., 2019, s. 7), av pasienter med psykiske lidelser. Videre beskriver informanten hvordan pasienter med psykiske problemer blir klassifisert som «... violent, incompetent, irresponsible and unable to carry out their day-to-day activities» (Rodríguez-Almagro et al., 2019, s. 7).

Brunero et al. (2017) «Categorising patients mental illness by medical surgical nurses in the general hospital ward: A focus group study», viser til ytterligere funn relatert til negative kategoriseringer av psykisk syke. Gjennom studien kommer det frem hvordan pasienter med psykiske lidelser blir sett på som uforutsigbare og krevende. Deltagere fra studien refererte til emosjonelle pasienter som «... problematic and emotionally draining» (Brunero et al., 2017, s. 620). Ytterligere funn beskrev hvordan psykisk syke pasienter som ble kategorisert som farlige. Pasientene som inngikk i denne gruppen, hadde en atferd informantene mente kunne føre til risiko for vold. Sykepleiere rapporterte denne type atferd som «... smoking, absconding, drug use and non-compliance with treatments» (Brunero et al., 2017, s. 620). Samtidig gav de uttrykk for at denne atferden kunne være en trigger faktor til vold. Ytterligere begrunnet flere av deltagerne i studien nødvendigheten av å kategorisere denne gruppen, for å kunne forutse og beskytte seg mot potensielt truende og farlig atferd (Brunero et al., 2017, s. 620).

Funn fra studien til Foye et al. (2020) «Somebody else's business: The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards», avdekker hvordan tidligere erfaringer er med på å farge måten man møter psykisk syke pasienter. Funn tyder på at utfordrende og vanskelige erfaringer og minner kan forme helsepersonells oppfattingen av psykisk syke. Informantene gav uttrykk for at slike erfaringer «... created fear in staff, prompting anxiety and nervousness ...» i utfordrende situasjoner (Foye et al., 2020, s. 412). Ytterligere utdypes det hvordan overnevnte opplevelser og erfaringer er med på å underbygge

oppfatningen av at psykisk syke pasienter er vanskelige og aggressive (Foye et al., 2020, s. 412).

4.1.2 Pasienter med psykisk sykdom får utilfredsstillende pleie og behandling

Funn fra til studien til Brunero et al. (2017) tyder på at problemer og diagnoser relatert til psykiske lidelser blir ignorert ved somatiske avdelinger. Likeså blir pasientenes behov eller behandling knyttet til psykiske lidelser avvist eller oversett (Brunero et al., 2017, s. 617). Sykepleiere rapporterte hvordan de «... prioritise the care they deliver for the patient's physical illness, which remains their primary goal throughout» (Brunero et al., 2017, s. 618). Videre avdekkes det funn relatert til pasienter som oppleves emosjonelle. Informanter gir uttrykk for at disse pasientene burde overlates til psykiatrisk avdeling hvor de har tid til emosjonell omsorg (Brunero et al., 2017, s. 617). Ytterligere funn beskriver hvordan de pasientene som ble kategorisert som «de farlige», fikk manglende pleie og behandling. Sykepleiere rapporterte hvordan de trakk seg unna og ekskluderte seg fra behandlingsprosessen (Brunero et al., 2017, 621).

Ytterligere funn fra studien til Foye et al. (2020) beskrev hvordan sykepleiere ved somatisk avdeling, ikke så på psykisk helse som en del av deres arbeid. Psykisk helse ble beskrevet å være usynlig gjort, noe som førte til at sykepleierne ikke engasjerte seg i behandling av pasienter med psykiske lidelser (Foye et al., 2020, s. 411). Flere sykepleiere rapporterte at de behandlet de psykisk syke pasientene «... with resistance or referred straight to mental health services to manage» (Foye et al., 2020, s. 412). Ytterligere funn beskrev hvordan sykepleierne tok avstand fra pasienter som drev med selvskading eller var suicidale. Dette ble relatert til unngåelse av emosjonelt vanskelige betroelser og livshistorier (Foye et al., 2020, s. 412).

Funn fra studien til Brämberg et al. (2018) «Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care», beskriver pasientenes opplevelse av selv-stigmatisering, basert på tidligere møter med helsevesenet. Noe dette sitat sier noe om «... previous experience of not being believed and not being taken seriously» (Brämberg et al., 2018, s. 5). Helsepersonell så først og fremst den psykiatriske diagnosen, og brukte den som utgangspunkt ved tolkning av de somatiske symptomene som pasienten fremviste. Dette ble beskrevet å igjen øke pasientens selv-stigmatisering, og fikk dem til å føle at symptomene de kjente på ikke var ekte (Brämberg et al., 2018, s. 5).

I studien til Perry et al. (2020) omtales psykisk syke pasienter som ikke gyldige pasienter fortjent helsehjelp. Noe dette sitat sier noe om «There was a common perception among helthcare professionals that mental disorders themselves were not real» (Perry et al., 2020, s. 8). Funn fra studien tyder på at fysiske problemer ble sett som ekte problemer. Dersom pasienter med psykiske lidelser hadde fysiske problemer, ble ikke dette vurdert som ekte, på tross av fysiske symptomer. Informanter i studien beskrev hvordan de opplevde å ikke bli tatt alvorlig av helsepersonell. De rapporterte hvordan symptomene de fremviste ble sett på som innbilte og relatert til deres psykiatriske problemer. Funn avdekket også en motvilje hos helsepersonell til å gi behandling til pasienter som drev med selvskading eller hadde et rus og alkoholproblem. Disse pasientene mente de var uverdige (Perry et al., 2020, s. 8). Ytterligere ble den kliniske vurderingen psykisk syke fikk ved mottak beskrevet som utilfredsstillende. Funn beskrev også hvordan helsepersonell ønsket å få pasientene fort videre. Det ble derfor ikke tatt en detaljert anamnese, eller gjort en grundig undersøkelse (Perry et al., 2020, s. 6). Informantene beskrev hvordan de unngikk å få pasienten til å kle av seg for undersøkelser. Samtidig ble få kliniske observasjoner ble tatt og samhandling med pasienten var kun om det helt nødvendige. Ifølge funn handlet dette tilsynelatende om å opprettholde en emosjonell distanse (Perry et al., 2020, s. 8).

4.1.3 Helsepersonell uttrykker frykt, ubehag og angst relatert til arbeid med psykisk syke

Studien til Foye et al. (2020) avdekker funn på at helsepersonell føler angst og frykt i arbeid med pasienter med psykiske lidelser (Foye et al., 2020, s. 412).

Ytterligere funn fra studiene til Brunero et al. (2017) viser at helsepersonell føler seg ukomfortable i relasjon til psykisk syke. Informantene beskriver angst og frykt for å trigge utfordrende atferd i møte med denne pasientgruppen (Brunero et al., 2017, s. 620). Ved behandling av pasienter kategorisert som «de farlige», beskrev informantene å føle seg «... vulnerable and without control» (Brunero et al., 2017, s. 620). Funn avdekket at deltagerne i studien generelt beskrev at de følte seg truet, både fysisk og psykisk, av pasientene i denne kategorien (Brunero et al., 2017, s. 621).

Funn fra studiene til Rodríguez-Almagro et al. (2019) beskriver frykt er relatert til psykisk syke pasienter, innlagt på sykehus (Rodríguez-Almagro et al., 2019, s. 7).

Ytterligere funn fra studiene til Perry et al. (2020) identifiserer hvordan informantene føler ubehag og noen ganger avsky, rundt psykisk syke (Perry et al., 2020, s. 7). Dette utdypes gjennom unngåelse, på bakgrunn av frykt for vold (Perry et al., 2020, s. 8).

4.2 Kunnskap og erfaring

Ved fire av de ulike studiene gjøres det funn på manglende og utilstrekkelig erfaring (Foye et al., 2020, Brunero et al., 2017, Brämberg et al., 2018 & Rodríguez-Almagro et al., 2019). Funnene presenteres i påfølgende underkapittel.

4.2.1 Mangel på kunnskap og utilstrekkelig erfaring

Studien til Foye et al. (2020) identifiserer sykepleiere som ikke føler seg forberedt på å jobbe med psykisk syke. Noe dette sitat sier noe om «The skills needed to manage mental health needs were something that was not felt to be part of the general nurse role ...». Allikevel var dette noe som var forventet at de skulle håndtere (Foye et al., 2020, s. 412).

Brunero et al. (2017) avdekket også gjennom sin studie, funn på at helsepersonell opplevde utfordringer knyttet manglende kunnskap og erfaring. Dette i forhold til behandling og samhandling med psykisk syke pasienter (Brunero et al., 2017, s. 620).

Ytterligere studier ved Brämberg et al. (2018) tyder også på manglende kunnskap og erfaring relatert til psykiske lidelser blant helsepersonell (Brämberg et al., 2018, s. 5). Informantene beskrev dette slik «Their medical training had included psychiatry, but was perceived as insufficient» (Brämberg et al., 2018, s. 6).

Studien til Rodríguez-Almagro et al. (2019) viser også til manglende kunnskap om psykiske lidelser, både i samfunnet som helhet og blant helsepersonell (Rodríguez-Almagro et al., 2019 s. 7). I den kvalitative delen av studien beskriver informantene «... a sort of imaginary mark on the person suffering from mental illness, which society sees, senses and rejects» (Rodríguez-Almagro et al., 2019 s. 7). Informantene rapporterer diskriminering «... based on the population's fear and lack of knowledge of these issues» (Rodríguez-Almagro et al., 2019 s. 7). Den kvantitative delen av studien viser funn som tilsier lavere nivå av stigma hos de studentene som hadde studert lengst. Noe dette sitat sier noe om «... more theoretical training and longer clinical placements are associated with more positive student attitudes towards mental health nursing ...» (Rodríguez-Almagro et al., 2019 s. 9).

4.3 Ledelse, organisasjon og struktur

I fire av de ulike studiene ble det gjort funn relatert til ledelse, organisasjon og struktur av helsesystemer, og hvordan disse i utilstrekkelig grad var tilpasset psykisk syke (Foye et al., 2020, Brunero et al., 2017, Brämberg et al., 2018 & Perry et al., 2020). Disse funnene vil bli presentert gjennom påfølgende underkategori.

4.3.1 Ledelse, organisering og struktur av helsesystemet ikke tilpasset psykisk syke

Funn fra studiene til Foye et al. (2020) beskriver hvordan sykepleierne opplevde mangel på synlig lederskap. Informantene rapporterte også om «... a lack of guidance and support form management ...», relatert til behandling av psykisk syke (Foye et al., 2020, s. 411). Funn tyder på at dette er faktorer som kan medvirke til manglende motivasjon for sykepleiere, i arbeid med å forbedre ivaretagelsen av pasientenes psykiske helse (Foye et al., 2020, s. 411).

Ytterligere funn fra studiene til Brunero et al. (2017) beskriver hvordan omgivelsene ved sykehuset er dårlig tilpasset psykisk syke. Sykepleiere rapporterte om «... busyness and noise of the ward environment ...» (Brunero et al., 2017, s. 618). Det ble beskrevet hvordan dette, samt forløp for samhandling med pasientene var faktorer som kunne medvirke til problemer for behandlingen. Funn fra studien tyder også på at måten avdelingene er organisert og strukturert ikke er tilpasset psykisk syke. Dette kan dermed medføre forverring for pasientenes psykiske helse (Brunero et al., 2017, s. 618). Sykepleiere rapporterte å være «... time poor and thus limited to their basic physical health care tasks» (Brunero et al., 2017, s. 620). Samtidig gav informantene uttrykk for at de ikke hadde mulighet til å samhandle eller støtte psykisk syke pasienter. Dette relaterte de fortrinnsvis til mangel på tid (Brunero et al., 2017, s. 620).

Gjennom studien til Brämberg et al. (2018) ser man et sprik mellom organisering og struktur av helsesystemet, og pasientenes individuelle behov for behandling. Funn tyder på at dette særlig rammer pasienter med samtidige somatiske og psykiatriske lidelser (Brämberg et al., 2018, s. 5). Ytterligere funn tyder også på problemer ved organisering og samspill mellom de ulike delene av helsesystemet. Dette kan igjen trekkes frem som medvirkede faktorer til dårligere helsehjelp (Brämberg et al., 2018, s. 6).

Funn fra studiene til Perry et al. (2020) beskriver også omgivelsene ved sykehuset å være dårlig tilpasset psykisk syke. Sykehuset blir betegnet som et sted designet for de fysisk syke og skadde. Avdelingene ble beskrevet som «... noisy, overcrowded and distracting, and lacks privacy», med lange vente tider (Perry et al., 2020, s. 7). På organisasjonsnivå viste ytterligere

funn hvordan pasienter ble avvist og overført til psykisk helsesektor så raskt som mulig, fremfor til spesialisert avdeling (Perry et al., 2020, s. 8).

5.0 DISKUSJON

Dette kapitlet består av to hoveddeler, metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen vil jeg diskutere artiklene og metoden som er anvendt i oppgaven. Gjennom resultatdiskusjonen vil jeg drøfte funn fra resultatene i studiene opp mot relevant teori, egne erfaringer og refleksjon. Formålet med dette er å danne en ny helhet, som kan brukes for å svare på problemstillingen.

5.1 Metodediskusjon

De valgte studiene gikk alle inn på stigmatiserende holdninger, og var relatert til somatisk avdeling (Perry et al., 2020, Rodríguez-Almagro et al., 2019, Brunero et al., 2017, Foye et al., 2020 & Brämberg et al., 2018). Studiene viste både til pasient og sykepleier perspektiv, og sykepleiere var representert blant informantene i samtlige av studiene. Dette bortsett fra studien til Rodríguez-Almagro et al. (2019), der deltagerne var sykepleierstudenter. Dermed vurderte jeg de valgte vitenskapelige artiklene som relevante for oppgavens tema, samt fremstod velegnet for å kunne gi svar på valgt problemstilling.

Funn fra studien til Foye et al. (2020) var basert på intervju og fokusgrupper, med 30 deltagere. Informantene var representert fra ulike helseprofesjoner. Studien ble utført ved et utvalgt sykehus. Det er derfor mulig at funnene i denne studien hovedsakelig representerer forholdene ved dette sykehuset.

Studien til Perry et al. (2020) var en kvalitativ strukturert syntese, med bruk av 51 studier som bakgrunn for den vitenskapelige artikkelen. Her presenterte forskerne utdrag fra ulike studier, som de satte sammen til et samlet resultat. Det er her fare for at meningen bak utdraget kan forsvinne når det tas ut fra den sammenhengen de opprinnelig stod i, og settes inn i en annen kontekst. Data kan også ha blitt misoppfattet eller ha blitt tolket feil.

Studien til Brunero et al. (2017) baserer sine funn på fokusgruppe intervjuer, med 16 deltagere. Informantene var kun bestående av sykepleiere, hentet fra to avdelinger ved et utvalgt sykehus. Det er mulig at også disse funnene hovedsakelig representerer forhold ved dette sykehuset. Studien gir kun innblikk i hva sykepleierne velger å fortelle i fokusgruppene. Om det som blir fortalt samsvarer med forhold i praksis kan man ikke vite. Det er heller ikke sikkert at dette er forhold som er representative andre steder.

Funn fra studien til Brämberg et al. (2018) var intervjubasert, med 50 deltagere. Informanter bestående både av pasienter, pårørende og ulike helseprofesjoner. De ulike informantene som

representerer helseprofesjonene, jobber ved flere ulike sykehus. Dette gjør studien i større grad representativ i sine funn.

Studien til Rodríguez-Almagro et al. (2019) baserte sine funn på en kvantitativ del med 359 deltagere, og en kvalitativ del med 30 deltagere. Den kvantitative delen ble gjennomført som et spørreskjema, og den kvalitative delen som intervju. Informantene bestod av sykepleierstudenter, som alle gikk på samme universitet. Det er derfor uvisst om funn fra denne studien kan sammenliknes med forhold og erfaringer fra andre universitet. Man kan heller ikke ta for gitt at studentene gir uttrykk for sine faktiske meninger, eller om de sier det de tror er forventet av dem.

Gjennom arbeidet med de vitenskapelige artiklene så jeg flere forhold som jeg vurderte var av betydning å se nærmere på. Lavt deltagernivå kan gjøre funnene mindre representative, og da mindre troverdige. Det samme kan tilskrives når tar studien kun tar utgangspunkt i forholdene ved et enkelt universitet, sykehus eller en valgt avdeling. To av de fem studiene representerte pasient perspektivet (Perry et al. 2020 & Brämberg et al.,2018). Samtidig virket fokuset å være lavt, med relativt få funn. Jeg opplevde derfor at dette perspektivet ikke kom tydelig nok frem.

Tidligere i oppgaven spesifiserte jeg å hovedsakelig ville gå ut ifra sykepleiers perspektiv, men også gå inn på pasient perspektivet. Det er mulig jeg ville fått større grad av troverdige funn, til fordel for å svare på problemstillingen, om jeg hadde hatt et økt fokus på pasient perspektivet. En jevnere balanse mellom sykepleier og pasient perspektiv ville muligens vært mer representativt.

Denne oppgaven er basert på et utvalg av vitenskapelige artikler, som jeg har valgt ut. Disse valgene har jeg tatt basert på valgt metode, avgrensninger, søk og andre kriterier. Basert på disse valgene kan jeg ha ekskludert eller eliminert annen relevant forskningslitteratur. I arbeidet med analysering av studiene, sammenlikning og utarbeidelse av nye resultater, kan det også ha skjedd feil tolkninger og misoppfatninger. Mine egne synspunkter og erfaringer relatert til temaet kan også ha påvirket måten jeg har fremstilt forskningsresultatet (Friberg, 2017, s. 168). Dersom noen andre skulle ha fremstilt et forskningsresultat basert på de samme studiene, er det ikke sikkert vi hadde fått de sammen funnene eller oppfattet ting likt. Samtlige av de vitenskapelige artiklene var på engelsk. I oversettelsesprosessen kan det også hende at noe er blitt misforstått eller feiltolket.

5.2 Resultatdiskusjon

Gjennom denne bacheloroppgaven har hensikten vært å oppnå økt kunnskap og bevissthet rundt stigmatiserende holdninger blant sykepleiere. Samt hvilke konsekvenser dette kan medføre ved behandling av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling. Jeg vil derfor drøfte funn fra artiklene opp mot relevant teori, samt egne erfaringer og refleksjoner, for å forsøke svare på valgt problemstilling. «Hvordan kan stigmatiserende holdninger fra sykepleiere få konsekvenser for behandlingen av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling?». Jeg vil først se nærmere på stigmatiserende holdninger og atferd, som jeg presenterer gjennom tre underkapittel. Deretter vil jeg se på betydningen av kunnskap og erfaring. Til slutt vil jeg vurdere hvordan ledelse, organisasjon og struktur kan være medvirkende faktorer.

5.2.1 Stigmatiserende holdninger og atferd

5.2.1.1 Stigmatiserende holdninger og atferd kommer til uttrykk

Funn fra samtlige av de fem utvalgte studiene tyder på stigmatiserende holdninger og atferd blant helsepersonell (Perry et al., 2020, Rodríguez-Almagro et al., 2019, Brunero et al., 2017, Foye et al., 2020 & Brämberg et al., 2018).

I teorikapitlet beskrev jeg hvordan vårt menneskesyn kommer til uttrykk gjennom måten vi velger å stemple andre mennesker. For en sykepleier vil menneskesynet direkte påvirke måten en oppfører seg, og forholder seg til pasientene (Aadland, 2015, s. 110). Det menneskesynet en innehar utgjør rammene for ens forståelse av en selv, så vel som de rundt en (Kristoffersen et al., 2015, s. 93). Dette støttes også opp av Håkonsen (2014, s.185) som beskriver hvordan våre holdninger har innflytelse på vår atferd, og dermed vil føre til at vi reagerer på bestemte måter. Blant funnene presentert i artiklene var negative generaliseringer relatert til psykisk syke. Forskere fra studiene til Perry et al. (2020) og Brunero et al. (2017) viser til resultater der psykisk syke ble identifisert som utfordrende, krevende, vanskelige, uforutsigbare, voldelige, potensielt farlige, samt oppfattet som en byrde. Dette viser også funnene fra studien til Foye et al. (2020, s. 412), der psykisk syke pasienter blir betegnet som vanskelige og aggressive. Ytterligere funn fra Rodríguez-Almagro et al. (2019, s. 7) viser til funn der psykisk syke blir omtalt som voldelige og inkompetente. Sett i sammenheng med overnevnte studier vil det å stemple pasientene på denne måten gi uttrykk for negativt vurderende eller dømmende holdninger (Håkonsen, 2014, s. 185). Dette kan knyttes til måten man tolker ulike situasjoner og inntrykk, og kan videre baseres på ens fordommer og forforståelser (Aadland, 2015, s.74). På en annen side er det ikke alltid man kan se samsvar mellom holdninger og atferd. Håkonsen (2014) beskriver hvordan situasjonsbetingede faktorer kan påvirke ens atferd. Omstendigheter

som sosialt press, tidspress, eller om en opplever å bli observert, er alle slike faktorer (Håkonsen, 2014, s. 187). Dette støttes også opp av Raaheim (2019, s. 168) som beskriver hvordan redsel for å skille seg ut eller bli utestengt fra en gruppe, kan være affiserende faktorer (Raaheim, 2019, s. 168). Min opplevde erfaring fra praksis på somatisk avdeling ved sykehuset, samsvarer også til en viss grad med funn fra studiene. Gjennom mine tolkninger opplevde jeg at psykisk syke ble betegnet negativt. Imidlertid observerte jeg at dette kun forekom da vi var flere sykepleiere sammen. En til en tolket jeg ikke disse holdningene samsvarende blant majoriteten. Noe som kan støttes opp av overnevnt teori fra Håkonsen (2014) og Raaheim (2019), relatert til situasjonsbetingede faktorer. Samtidig understreker Kristoffersen et al. (2015, s.107) at alle er selv ansvarlige for sine egne holdningsmessige reaksjoner, og skal uansett årsak fremstå på en profesjonell måte.

5.2.1.2 Stigmatiserende holdninger og atferd medfører konsekvenser

Funn fra artiklene viser til utilfredsstillende behandling og pleie av psykisk syke. Studiene til Brunero et al. (2017) og Foye et al. (2020) avdekker funn som tyder på at psykiske behov og problemer blir ignorert eller avvist. Informantene fra begge studiene rapporterte om sykepleiere som trakk seg unna, og verken deltok eller engasjerte seg i pleie og behandling av psykisk syke. Travelbee (2017, s. 159) beskriver hvordan forutinntatte holdninger hos sykepleiere kan stå i veien for å kommunisere eller oppnå en relasjon til pasientene. Måten helsepersonell i studiene beskriver behandlingen av psykisk syke, strider imot det helhetlige menneskesynet som uttrykkes i de yrkesetiske retningslinjene. Der beskrives en sykepleiers ansvar og plikt for å ivareta og utøve omsorg for en pasients fysiske, psykiske, sosiale og religiøse behov (Aadland, 2015, s. 115). På en annen side er det ikke sikkert måten en fremstår stemmer overens med de signalene en prøver å sende. Eide & Eide (2014) beskriver hvordan signalene vi sender kan bli tolket ulikt fra person til person, samt hvordan et møte kan oppleves svært forskjellig. Dette kan knyttes til nonverbale uttrykksmåter (Eide & Eide, 2014, s. 18). Denne uttrykksmåten er essensiell for å vise interesse og innstilling i møte med andre, samt for å oppnå kontakt og trygghet i relasjonen (Eide & Eide, 2014, s. 198).

Artikkelen til Perry et al. (2020) viser også til liknende funn. Forskerne i studien fant mangelfulle kliniske vurderinger av psykisk syke, der samhandling kun ble begrenset til det ytterst nødvendige. I følge Travelbee (2017, s. 53) legges menneskesyn og forforståelse av den enkelte pasient til grunn for kvaliteten på omsorgen sykepleieren gir. Som sykepleier utgjør undervisning, informering, veiledning og støtte som en stor del arbeidet (Brataas, 2014, s. 18). Dersom en pasient skal kunne håndtere og mestre sin livssituasjon, relatert til sykdom og

behandling, trenger han kunnskap (Brataas, 2014, s. 89). Dette tyder på at dersom man ikke samhandler tilstrekkelig med pasienten, gjør gode nok undersøkelser, anamneser eller observasjoner, vil man ikke kunne gi god nok kvalitet på den sykepleien man gir. Det å jobbe pedagogisk med fokus på personsentrert sykepleie, henger tydelig sammen med det yrkesetiske grunnlaget (Brataas, 2014, s. 31). Ifølge Kristoffersen et al. (2015, s. 88) utgjør disse retningslinjene gjeldende kvalitetskrav for sykepleie.

Funn fra artiklene til Brämberg et al. (2018) og Perry et al. (2020) tyder på at de psykisk syke informantene ikke opplevde å bli tatt på alvor. De beskrev også hvordan deres problemer ikke ble anerkjent som ekte. Brataas (2014) beskriver i sin teori hvordan det er en forutsetning at sykepleier viser at hun anerkjenner pasienten, og oppnår en kontakt der han føler seg forstått og akseptert. Dersom pasienten ikke opplever å bli tatt på alvor vil det være vanskelig for han å kunne åpne seg om sine problemer (Brataas, 2014, s. 113). Brataas (2014, s.91) utdyper videre betydningen av å se pasienten som en unik person, med sin egen oppfatning og forståelse av helse, sykdom og behandling. Samtidig beskriver også Eide & Eide (2014, s. 36) aktiv lytting, evne til empati og til å sette seg inn i den andres situasjon, som forutsetninger for profesjonell kommunikasjon og omsorg.

Brunero et al. (2017), Foye et al. (2020) og Perry et al. (2020) viser alle til funn fra artiklene som hentyder at psykisk syke pasienter ikke hører hjemme ved somatisk avdeling. Informantene gav uttrykk for at psykisk syke pasienter burde overføres og overlates til psykiatrisk avdeling. I følge Travelbee (referert i Kristoffersen et al., s. 221) består en av sykepleierens oppgaver i det å bli kjent med pasienten og forstå dens behov. Dette samsvarer også med teorien til Brataas (2014, s. 114) der betydningen av at sykepleieren forstår pasienten betegnes som en forutsetning for å kunne hjelpe ham videre.

Samtidig viser funn fra artiklene til Perry et al. (2020) og Foye et al. (2020) hvordan sykepleiere tar avstand, utviser motvilje og betegner enkelte som uverdige. Informantene rapporterte at dette hovedsakelig gjaldt pasienter som utførte selvskading, var suicidale eller hadde et rus og alkoholproblem. Ytterligere funn fra artikkelen til Foye et al. (2020) knyttet dette til unngåelse av emosjonelt vanskelige temaer. Ifølge Eide & Eide (2014, s.38) kan evne til empati kan knyttes til ubevisste biologiske prosesser, relatert til overføring av følelser. Menneske innehar en tilbøyelighet for å stenge av for negative følelser som irritasjon, sinne og engstelse. Dette kan knyttes opp mot et behov for selvbeskyttelse. Denne ubevisste prosessen kan være et hinder

for å kunne bygge en relasjon til pasienten dersom helsepersonells evne til mottakelighet og empati påvirkes (Eide & Eide, 2014, s. 39).

5.2.1.3 Reaksjoner, følelser og sårbarhet kan virke hemmende

Funn fra artiklene til Foye et al. (2020), Perry et al. (2020), Brunero et al. (2017) og Rodríguez-Almagro et al. (2019) beskriver hvordan helsepersonell kjenner på frykt, angst og ubehag i arbeid med psykisk syke. Brataas (2014) beskriver hvordan sykepleiere i likhet med alle andre kan andre kjenne på sterke følelser og bli følelsesmessig engasjert. For å kunne fremstå pedagogisk som hjelper kan dette oppleves svært hemmende (Brataas, 2014, s. 92). Samtidig utdyper Travelbee (2017, s.73) hvordan sykepleiere kan respondere med ulike forsvarsmekanismer når de møter pasientenes sårbarhet, samt stilles overfor sin egen sårbarhet. Reaksjoner som fornektelse, likegyldighet og distansering kan gjøre sykepleieren ute av stand til å oppfatte, respondere og vise omsorg (Travelbee, 2017, s. 74). På en annen side viser Kristoffersen et al. (2015) til betydningen av i alltid fremtre profesjonelt. Dette vil da medføre at en i ulike situasjoner må tilpasse og justere sin egen væremåte og oppførsel (Kristoffersen et al., 2015, s. 107). På bakgrunn av de funn som er gjort gjennom studiene vil det være av betydning å være klar over hvilke fordomsfulle eller negative holdninger en innehar, samt å kunne reflektere over sine handlinger (Kristoffersen et al., 2015, s. 28). Dette støttes også opp av Brataas (2014) som beskriver betydningen av yrkesfaglig veiledning. Gjennom veiledning og refleksjon vil en kunne oppnå en økt forståelse rundt til egne følelser, reaksjoner og samhandlingsevner. Likeså den andres reaksjoner og handlemåter (Brataas, 2014, s. 215).

5.2.2 Betydningen av kunnskap og erfaring

Både artiklene til Foye et al. (2020), Brunero et al. (2017), Brämberg et al. (2018) og Rodríguez-Almagro et al. (2019) gjorde funn som tilsa at helsepersonell hadde manglende kunnskap og erfaring rundt psykisk helse. Informantene beskrev hvordan disse manglene ble synliggjort gjennom behandling og samhandling med pasienten. Samtidig rapporterte de hvordan de opplevde å ikke ha tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap om psykiatri gjennom utdanningen. Funn fra artikkelen til Rodríguez-Almagro et al. (2019) sier også noe om dette. Forskerne viste til resultater som indikerte lavere nivå av stigma hos de som hadde studert sykepleie lengst, og fremhevet betydningen av teoretisk trening og lange praksisperioder. Dette støttes også opp av Eide & Eide (2014) som beskriver hvordan fagkunnskap er nødvendig, både for å kunne forstå og for å kunne sette seg inn i den andres situasjon. Dette viser til en nær forbindelse mellom fagkunnskap og profesjonell empati (Eide & Eide, 2014, s. 42). Likeså beskriver Brataas (2014) hvordan det knyttes krav og forventinger til rollen som sykepleier. Samfunnet forventer at en

som sykepleier innehar en profesjonell kompetanse bestående av kunnskaper, ferdigheter og ansvarlighet som gjør en i stand til å innfri denne rollen (Brataas, 2014, s. 21). På en annen side trekker også Brataas (2014) frem betydningen av veiledning. For å kunne kvalitetsutvikle og kvalitetssikre faget kreves ikke kun kunnskap og erfaring, men også forståelse. Ved bruk av veiledning vil man kunne oppnå økt bevissthet og refleksjon, noe som igjen vil føre til personlig vekst, økt trygghet og faglig utvikling (Brataas, 2014, s.269).

5.2.3 Ledelse, organisasjon og struktur som medvirkende faktorer

Funn fra artiklene til Foye et al. (2020), Brunero et al. (2017), Brämberg et al. (2018) og Perry et al. (2020) peker alle på sentrale utfordringer knyttet til ledelse, organisasjon og struktur av helsesystemet. Ifølge Kristoffersen et al. (2015, s. 258) kan politiske føringer, økonomi og verdier medvirke til pleielidelse blant pasientene. Sykepleierne i studien til Foye et al. (2020) rapporterte om manglende synlig lederskap, samt veiledning og støtte, relatert til arbeid med psykisk syke. Kristoffersen et al. (2015, s. 199) peker på betydningen av avdelingsleders ansvar ved oppgaven knyttet til veiledning, tilbakemeldinger og kompetanseutvikling. Dette støttes også opp av Håkonsen (2014, s. 200) som beskriver en leders ansvar i å være synlig og effektivt lede de ansatte til å nå de målene som er satt.

Brunero et al. (2017), Brämberg et al. (2018) og Perry et al. (2020) beskriver i sine artikler funn som tilsier at omgivelsene ved sykehuset er dårlig tilpasset psykisk syke. Informantene beskriver travle og overfylte avdelinger, med mye støy og lange ventetider. Faktorer som betegnes å kunne medføre forverring for pasientens psykiske helse. Ifølge Kristoffersen et al. (2015, s. 122) kan ressursknapphet medføre mangel på tid og omsorg for den enkelte pasient. Her vil både mangel på faglært kompetanse og tilstrekkelig bemanning være medvirkende faktorer (Kristoffersen et al., 2015, s. 259). Sett fra en annen vinkling kan høy arbeidsbelastning og mangel på personal knyttes til økt sannsynlighet for kategorisering og stigmatisering (Travelbee, 2017, s. 65). Sykepleiere i studien til Brunero et al. (2017) oppgav mangel på tid som begrunnelse for vansker med å møte pasientenes psykiske behov. Dette kan relateres til Kristoffersen et al. (2015, s. 122) som knytter et økt fokus på effektivisering og produktivitet av helsetjenestene til konsekvenser for individuell behandling og omsorg. Dette støttes også opp av Travelbee (2017) som presiserer hvordan institusjonelle forventninger om tidsbruk kan føre til konstante prioriterings avgjørelser. I slike tilfeller vil ikke pasienten i tilstrekkelig grad kunne få dekket sine behov, noe som vil medføre en effektivisering på bekostning av kvalitet (Travelbee, 2017, s. 66).

Funn fra studien til Brämberg et al. (2018) viser til manglende samspill mellom de ulike delene av helsesystemet. Brataas (2014) beskriver hvordan sykehuset er delt inn i somatikk og psykiatri. Denne inndelingen kan bidra til holdninger i somatikken som støtter opp under ansvarsforskyvning, relatert til psykisk helse (Brataas, 2014, s. 102). Dette er også samsvarene med funn fra studien til Perry et al. (2020) som viser til problemer på organisasjons nivå. Dette kommer til uttrykk ved at pasienter blir avvist eller raskest mulig forsøkt overført psykisk helsesektor, fremfor til spesialisert avdeling. Brataas (2014) utdyper betydningen av at helsepersonell innehar et helhetlig menneskesyn. Et menneske kan ikke inndeles i kropp og psyke (Brataas, 2014, s.102). Dette støttes også opp av Kristoffersen et al. (2015, s. 65) som presiserer hvordan somatiske og psykiske problemer henger sammen, og at det derfor ikke kan gjøres et klart skille mellom dem.

6.0 AVSLUTNING

Gjennom arbeidet med bacheloroppgaven har jeg fått kunnskap og innsikt som kan gi svar på problemstillingen «Hvordan kan stigmatiserende holdninger blant sykepleiere få konsekvenser for behandling av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling?». Før jeg presenterer avslutning og anvendelse i praksis vil jeg nok en gang vise til hensikten med oppgaven. Hensikten bestod i et ønske om å oppnå økt bevissthet og kunnskap relatert til stigmatiserende holdninger blant sykepleiere, og hvilke konsekvenser dette kunne føre til ved behandling av psykisk syke pasienter innlagt på somatisk avdeling. Basert på det arbeidet jeg har presentert gjennom oppgaven vil jeg trekke sammen en konklusjon som kan relateres til hensikt og problemstilling. Videre vil jeg fremstille hvordan denne kunnskapen kan brukes i praksis ved å vise til konkrete tiltak.

Resultater fra artiklene indikerte at stigmatiserende holdninger blant helsepersonell, relatert til psykisk syke pasienter innlagt på somatisk avdeling var et utbredt problem. Det kom frem at helsepersonell ignorerte, avviste og i liten grad engasjerte seg i pleie og behandling av psykisk syke. Samtidig beskrev funn helsepersonell som kjente på frykt, angst og ubehag i arbeid med psykisk syke. Fra pasientens perspektiv fremhevet resultatene hvordan de opplevde å ikke bli anerkjent eller tatt på alvor. Gjennom studiene ser man også hvordan omgivelsene på sykehuset ikke er tilpasset psykisk syke. Samt hvordan pasientene ofte umiddelbart ble søkt overflyttet til psykisk helsesektor, fremfor til spesialisert avdeling. Avdelingene ble beskrevet som travle og overfylte, og sykepleierne opplevde mangel på tid. Det ble også pekt på utfordringer knyttet til manglende ledelse, veiledning og støtte, samt manglende kunnskap og erfaring knyttet til psykisk helse.

Som sykepleier skal man se et hvert menneske som unikt, verdifullt og likeverdig. I arbeid med mennesker vil de holdninger og verdier man innehar påvirke måten en oppfører seg. Dersom man som sykepleier innehar fordomsfulle holdninger, vil dette virke svært hemmende for samhandling med pasienten. Negative og vanskelige følelser relatert til pasientene vil også virke hemmende, samt trigge forsvarsmekanismer som likegyldighet og distansering. Som sykepleier er det viktig å være klar over sin egen sårbarhet og betydningen av å reflektere over sine handlinger. Dersom en klarer å oppnå forståelse rundt sine egne, samt andres følelser og reaksjoner, vil man ha større forutsetninger for å kunne være der for andre. Hvordan avdelingskulturen ved den enkelte avdeling er vil også ha innvirkning. Gjennom redsel for å skille seg ut, sosialt press eller tidspress kan man utvise holdninger eller atferd man egentlig

ikke står inne for. For å oppnå en god avdelingskultur kreves det en leder som er synlig, gir støtte og veiledning, gode tilbakemeldinger til personalet og jobber for kompetanseutvikling.

En stor del av en sykepleiers oppgaver består i å undervise, informere, veilede og støtte. Dette krever samhandling med pasienten. Pedagogisk arbeid med fokus på personsentrert sykepleie er en forutsetning for å kunne forstå den enkelte pasient og dens behov, og dermed ha forutsetning for å kunne hjelpe. Dersom man som sykepleier innehar forutinntatte holdninger, kan dette stå i veien for å kommunisere eller oppnå en relasjon til pasientene. Kunnskap og erfaring ser man også er av betydning for å kunne forstå og sette seg inn i den andres situasjon. Her kan veiledning være viktig for å kunne oppnå nødvendig forståelse, vekst og trygghet, samt faglig utvikling. Som sykepleier har man en rolle som profesjonell og man må dermed vise til en profesjonell kompetanse der man innehar visse kunnskaper og ferdigheter, samt fremstår ansvarlig.

En direkte konsekvens relatert til stigmatiserende holdninger er at pasientene ikke opplever å bli tatt på alvor. En viktig forutsetning for å kunne hjelpe pasientene er at de føler seg trygge, anerkjente, forstått og akseptert. Dersom man opplever å ikke bli tatt på alvor vil det nok være vanskelig å åpne seg om sine problemer. Dette kan igjen føre til at en vegrer seg for å søke hjelp. Da vil man heller ikke kunne få den hjelpen man har behov for.

Sykehuset som organisasjon blir styrt gjennom politiske føringer, økonomi og verdier som kan resultere i pleielidelse. Ressursknapphet, fokus på effektivisering og produktivitet får direkte konsekvenser for individuell behandling og omsorg. Institusjonelle forventninger relatert til tidsbruk kan føre til et effektivitets krav, som kan gå på bekostning av kvalitet. Ved somatiske avdelinger kan man også se en ansvarsforskyving, relatert til psykisk syke pasienter. Dette kan indikere at det ofte gjøres et skille mellom kropp og psyke, på tross av at somatiske og psykiske problemer henger sammen. Noe som igjen strider mot det helhetlige menneskesynet.

Som tidligere nevnt i innledningen lever pasienter med alvorlige psykiske helseutfordringer rundt 20 år kortere enn den øvrige befolkningen. Noe som relateres til fysiske tilstander som kunne vært behandlet og forebygget. Dette vil jeg tolke som en alvorlig konsekvens, som kan bli sett i direkte sammenheng med alle av de overnevnte situasjoner.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg konkludert med at stigmatiserende holdninger og atferd i stor grad kan få konsekvenser for den behandlingen psykisk syke pasienter får ved somatisk avdeling. Den enkelte sykepleier har et ansvar for å tilegne seg tilstrekkelige

kunnskaper og står ansvarlige for sine holdninger og sin væremåte. Det er viktig å være bevisst betydningen av å identifisere sine fordomsfulle holdninger, samt negative holdninger generelt, og ta seg tid til å reflektere over sine handlinger. Avdelingsleder har også et viktig ansvar i å fremme gode holdninger og verdier, et godt arbeidsmiljø, en god faglig utvikling og gi tilbakemelding gjennom veiledning og refleksjon.

6.1 Anvendelse i praksis

«Hvordan kan stigmatiserende holdninger blant sykepleiere få konsekvenser for behandling av psykisk syke pasienter, innlagt på somatisk avdeling?». På bakgrunn av funnene jeg har kommet frem til gjennom denne studien har jeg inntrykk av at det er et stort forbedringspotensial knyttet til dette temaet. De presenterte resultatene håper jeg kan bidra til en bredere kunnskap relatert til stigmatiserende holdninger mot psykisk syke, innlagt på somatisk avdeling. Samt føre til økt bevissthet blant sykepleiere forbundet til hvordan stigmatiserende holdninger kommer til uttrykk, og hvilke konsekvenser de medfører. Ut ifra det jeg har lært gjennom denne bacheloroppgaven vil jeg presentere konkrete forslag, som jeg mener vil være viktige tiltak for å motvirke stigmatiserende holdninger og atferd.

Jeg har kommet frem til tre punkter med forslag for tiltak i praksis, som jeg vil presentere:

- Det kan være hensiktsmessig å danne veiledningsgrupper ved hver avdeling. Gjennom yrkesfaglig veiledning vil man kunne reflektere sammen kollegaer om situasjoner fra praksis, noe som kan fremme en åpenhetskultur. Dette vil kunne føre til personlig vekst, økt trygghet og fagligutvikling.
- Det vil være av betydning med undervisning eller fagdager for å heve kunnskap om psykiske lidelser, samt øke bevisstheten rundt stigmatisering og konsekvensene dette medfører. Dette kan gjøre sykepleierne mer bevisst sine holdninger i møte med psykisk syke. Jeg tenker at det også vil være hensiktsmessig å innføre mer undervisning om psykiske lidelser og stigmatisering gjennom sykepleierutdanningen.
- Ledelsen arbeider for at det er tilstrekkelig bemanning og faglært kompetanse på jobb til enhver tid. Slik vil man i større grad kunne sikre at sykepleierne får tid til å møte pasientenes behov. Samtidig vil dette igjen øke kvaliteten på den pleien og behandlingen pasienten får.

LITTERATUR

Aadland, E. (2015). «Og eg ser på deg» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Brämberg, E. B., Torgerson, J., Kjellström, A. N., Welin, P. & Rusner, M. (2018). Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care. *BMC Family Practice*, 19(1), 12.

Brataas, H. (Red.). (2014). *Sykepleie pedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Brunero, S., Buus, N. & West, S. (2017). Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 614-623.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H., & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet fra <http://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=&h=1>

Foye, U., Simpson, A. & Reynolds, L. (2020). “Somebody else’s business”: The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 406-416.

Friberg, F. (Red.). (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utgave). Lund: Studentlitteratur.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. -A. (Red.). (2015). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. -A. (Red.). (2015). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Nortvedt, P. (2017). *Omtanke. En innføring i sykepleierens etikk*. (2.utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <http://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Perry, A., Lawrence, V. & Henderson, C. (2020). Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis. *Social Science & Medicine* (1982), 255, 112974.

Raaheim, A. (2019). *Sosialpsykologi*. (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quiros-García, J.M, Del Carmen Solano-Ruiz, M, & Gómez-Salgado, J. (2019). Level of Stigma among Spanish Nursing Students toward Mental Illness and Associated Factors: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4870.

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

World health organization. (2021). *Mental health. Overview*. Hentet fra http://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

World health organization. (2021). *Mental health. Burden*. Hentet fra http://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2

Vedlegg

Vedlegg 1 Redegjørelse for fremgangsmåte for litteratursøk

Søk	Søkeord	Database	Avgrensinger spesifisert i søket	Antall treff	Lest sammendrag	Brukte artikler
S1	Attitude of health personnel «AND» (medical wards or inpatients or hospital) «AND» (mental illness or mental health or mental disorder)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfellevurderte vitenskapelige artikler	1,632	0	0
S2	Attitude nurse «AND» (medical ward or hospital wards) «AND» (mental illness or mental health or mental disorder)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfellevurderte vitenskapelige artikler	77	1	0
S3	Stigma of mental illness «AND» (medical ward or hospital ward) «AND» (nurse or nurses or nursing)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfellevurderte vitenskapelige artikler	5	0	0
S4	(Stigmatization or stigma) «AND» (hospitalized patients) «AND» (mental illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfellevurderte vitenskapelige artikler	27	0	0

[Kandidatnummer: 6215]

S5	(Attitude of health personnel or attitude or nurse attitudes) «AND» (medical ward or hospital wards) «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	304	2	2
S6	(Stigmatization or stigma) «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness) «AND» (medical ward or hospital wards)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	33	1	0
S7	(Attitudes or preceptions or opinions) «AND» (medical ward or hospital wards) «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	451	0	0
S8	(Nurse or nurses) «AND» (medical ward or hospital wards) AND»	CINAHL with full text	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	9	0	0

[Kandidatnummer: 6215]

	stigma of mental illness or stigma of mental health)	Academic Search Premier MEDLINE				
S9	Hospital ward «AND» (stigma or stigmatization) «AND» (mental illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	16	0	0
S10	Somatic care «AND» (stigma or prejudice or attitude or discrimination) «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	41	2	1
S11	(Attitudes or preceptions) «AND» somatic treatment «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	17	0	0
S12	(Nurses or nursing staff or nurse) «AND» (somatic care or general hospital) «AND» stigma of mental health or	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleurderte vitenskapelige artikler	11	1	1

[Kandidatnummer: 6215]

	stigma of mental illness)					
S13	Stigma mental health «AND» (somatic care or general hospital) «AND» (nurse or nurses or nursing)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleverderte vitenskapelige artikler	11	0	0
S14	Stigmatization «AND» (somatic care or general hospital) «AND» (mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness)	CINAHL with full text Academic Search Premier MEDLINE	Publisert mellom 2011-2021. Fagfelleverderte vitenskapelige artikler	81	3	1

Vedlegg 2 Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1	
Tittel	“Somebody else’s business”: The challenge of caring for patients with mental health problems on medical and surgical wards
Tidsskrift/årstall	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2020)
Forfattere	Foye, Una, Simpson, Alan, & Reynolds, Lisa.
Perspektiv	Helseprofesjoner
Problem	Psykisk syke pasienter som trenger behandling, dette relatert til både psykisk og fysisk helse, kan bli oversett eller oppleve at helsepersonell ikke gjenkjenner, eller anerkjenner deres behov.
Hensikt	Å utforske erfaringer blant ansatte ved behandling av pasienter med psykiske problemer.
Metode	En kvalitativ service evaluering. 30 ansatte i ulike helseprofesjoner ved et sykehus i London deltok i intervjuer og to fokusgruppe studier.
Resultater	Resultatene viste at de ansatte følte mangel på synlig lederskap, veiledning, støtte og motivasjon fra ledelsen, knyttet til psykiske helse utfordringer. Flere helsepersonell hadde hatt dårlige og vanskelige opplevelser med psykisk syke pasienter. I etterkant av slike hendelser hadde det ikke blitt gjennomført noen form for debriefing eller refleksjon. Kun uformelt prat mellom de ansatte. Frykt, angst og distansering var følelser som preget arbeidet med psykisk syke pasienter. De ulike helseprofesjonene beskrev en dårlig avdelingskultur, der psykisk helse ikke ble sett på som en del av deres arbeid. Det ble rapportert om manglende kunnskap i forhold til psykisk helse, samt utilstrekkelig trening i forhold til samarbeid med denne pasientgruppen. Pasientenes behov relatert til psykisk helse ble oversett og usynliggjort.

Artikkel 2	
Tittel	Categorising Patients Mental Illness by Medical Surgical Nurses in the General Hospital Ward: A Focus Group Study
Tidsskrift/årstall	Archives of Psychiatric Nursing (2017)
Forfattere	Brunero, Scott, Buus, Niels, & West, Sandra.
Perspektiv	Sykepleiere
Problem	Medisinske og kirurgiske sykepleiere kategoriserer psykisk syke pasienter i utførelsen av klinisk praksis på sykehus. Hvordan denne kategoriseringen blir utført, og den innvirkningen kategorisering kan ha på arbeidspraksisen er lite forstått.
Hensikt	Målet er å få innsikt i medisinske og kirurgiske sykepleieres kategorisering av psykisk syke på sykehus.
Metode	En fokusgruppe studie, med 16 medisinske og kirurgiske sykepleiere. Ved analyse av innhentet data ble det brukt en diskurs analyse.
Resultater	Resultatet av studien viste at sykepleierne delte de psykisk syke inn i fire kategorier. De håndterbare, de uforutsigbare, de emosjonelle og de farlige. Gjennom å kategorisere pasientene følte sykepleierne det ble lettere å vite hva de kunne forvente, samt forutse pasientens atferd. Dette gjorde det lettere å rettferdiggjøre og forklare hvordan de behandlet psykisk syke pasienter. Fysisk sykdom ble prioritert, med minimalt fokus på psykisk helse. En oppfatning om at denne pasientgruppen var bedre overlatt til psykiatrien var gjennomgående. Dette førte til at sykehuset hadde vansker med å tilfredsstillte pasientens behov. Sykepleiere følte på frykt, angst, ubehag sårbarhet og i møte med psykisk syke pasienter. Samtaler ble unngått i frykt av å trigge utfordrende atferd. Følsomme pasienter ble beskrevet som problematiske og emosjonelt utmattende. Pasienter som røykte, misbrukte rusmidler, kom og gikk som de ville, eller hadde dårlig compliance ble sett på som farlige. Sykepleierne beskrev mangel på tid som den dominerende grunnen for å ikke møte psykiske behov, eller bruke tid på denne pasientgruppen.

Artikkel 3	
Tittel	Access to primary and specialized somatic health care for persons with severe mental illness: A qualitative study of perceived barriers and facilitators in Swedish health care.
Tidsskrift/årstall	MC Family Practice (2018)
Forfattere	Björk Brämberg, Elisabeth, Torgerson, Jarl, Norman Kjellström, Anna, Welin, Peder & Rusner, Marie.
Perspektiv	Sykepleiere Ulike helseprofesjoner Pasienter Pårørende
Problem	Dødelighetsraten for personer med alvorlige psykiske lidelser er 15-20 år før den generelle befolkningen. Forekomsten av somatiske og medisinske problemer for denne pasient gruppen er også høyere. En faktor som kan forklare de høye tallene relatert til somatiske lidelser i denne gruppen, er helsesystemets vansker med å tilby somatisk behandling basert på deres behov.
Hensikt	Målet med studien var å utforske erfaringer og synspunkter relatert til individuelle eller organisatoriske faktorer, som enten tilrettelegger eller hindrer adgang til somatisk helsehjelp for personer med alvorlig psykisk lidelse.
Metode	Kvalitativ studie. Data ble innhentet gjennom intervjuer med 50 deltagere. Deltagerne bestod av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, pårørende, og helseprofesjoner fra primær og spesialist heletjenesten.
Resultater	Resultatet viste et stort sprik mellom organisering og struktur av helsesystemet og pasientenes individuelle behov for behandling. Den somatiske delen av helsesystemet ble beskrevet å være ute av stand til å støtte pasienter med psykiatrisk/somatisk komorbiditet. En annen barriere viser seg i manglende samspill mellom de ulike delene av helsesektoren. De ulike helseprofesjoner beskrev mangel på kunnskap, og utilstrekkelig trening i psykiatri gjennom utdanning. Likeså mangel på ressurser, produktivitets press, lite støtte for ansatte og mangel på rutiner. Fra pasientenes side ble det beskrevet ulike barrierer som selvstigma og redsel for å ikke bli tatt alvorlig eller trodd. Samtlige beskrev tidligere er opplevelser av å ikke bli tatt alvorlig, og behandlerne som kun så den psykiatriske diagnosen. Pårørende fremhevet pasientenes kognitive tilstand som en barriere som kunne gjøre det vanskelig å kunne forklare seg og bli forstått.

Artikkel 4	
Tittel	Level of Stigma among Spanish Nursing Students toward Mental Illness and Associated Factors: A Mixed-Methods Study.
Tidsskrift/årstall	International Journal of Environmental Research and Public Health (2019)
Forfattere	Rodriguez-Almagro, Julian, Hernandez-Martinez, Antonio, Rodriguez-Almagro, David, Miguel Quiros-Garcia, Jose, Del Carmen Solano-Ruiz, Maria, & Gomez-Salgado, Juan.
Perspektiv	Sykepleierstudenter.
Problem	På tross av framgang på medisinske områder og helse forskning når det kommer til behandling av ulike tilstander, er stigma assosiert med psykisk helse en faktor som fortsetter å øke.
Hensikt	Målet med denne studien er å fastslå graden av stigma og assosierte faktorer mot personer med psykiske helseproblemer blant studenter som tar bachelor i sykepleie. Samt integrere teoretiske perspektiver og øke forståelse.
Metode	Studien består av en kvantitativ del og en kvalitativ del. Den kvantitative delen bestod av spørreskjema, med 349 sykepleierstudenter som deltagere. Den kvalitative delen bestod av dybde intervju med 30 sykepleierstudenter.
Resultater	Resultatet av den kvantitative delen av studien viser at stigmatisering av psykisk syke blant sykepleiere gjennomsnittlig var moderat. Sykepleierstudenter som hadde studert 3 eller fire år, hadde det laveste nivå av stigma. Dette gjaldt også for de studentene som hadde psykisk syke familiemedlemmer. I den kvalitative delen av studien kom det frem at det i samfunnet var liten grad av bevissthet rundt psykiske lidelser, samt mangel på integrering av psykisk syke. Avvisning og diskriminering ble sett i sammenheng med frykt og manglede kunnskap i samfunnet. Faktorer som kom frem gjennom forutinntatte holdninger, stereotypi og mangel på forståelse. Psykisk syke ble ofte beskrevet som voldelige, inkompetente, uansvarlige og ute av stand til å fungere i dagliglivet. Studentene fremhevet kunnskap i samfunnet som den viktigste måten å motvirke stigma. Ved å spre kunnskap vil man kunne endre måten folk tenker på og eliminere misoppfatninger.

Artikkel 5	
Tittel	Stigmatisation of those with mental health conditions in the acute general hospital setting. A qualitative framework synthesis.
Tidsskrift/årstall	Social Science & Medicine (2020)
Forfattere	Perry, Amanda, Lawrence, Vanessa, & Henderson, Claire.
Perspektiv	Sykepleieperspektiv Legeperspektiv Pasientperspektiv
Problem	Pasienter med psykiske lidelser i det akutte helsesystem opplever stigmatiserende holdninger og atferd, samt diskriminering på strukturelt nivå.
Hensikt	Innsikt og forståelse i hvordan pasienter med psykiske lidelser blir stigmatisert og behandlet i det akutte helsesystem. Identifisere mønster ved stigmatisering, og angi områder for fremtidig intervensjon.
Metode	En kvalitativ strukturert syntese. Bruker eksisterende stigma teorier for å sette opp en syntese og danne rammen for arbeidet. Systematisk søk etter kvalitative studier. Endte opp med 51 studier ble brukt som bakgrunn for den vitenskapelige artikkelen.
Resultater	Resultatet viser at stigmatisering av psykisk syke i det akutte helsevesen ble identifisert som nedvurdering, sosialkontroll, unngåelse, avvising, sviktende handling, sette merkelapp og stereotypi. Helsepersonell beskrev psykisk syke som en problematisk gruppe. Omtalt som krevende, utfordrende og aggressive, samt svake, med mangel på retning. En byrde for sykehuset som opptok plass, ansatte og ressurser. Det ble gitt uttrykk for mangel på kunnskap om psykisk helse. Flere hadde tidligere hatt dårlige erfaringer med forstyrrende og farlig atferd hos psykisk syke pasienter, som preget holdningene deres. På organisasjonsnivå kom unngåelse og ansvarsfraskrivning til uttrykk gjennom å overføre pasientene til psykisk helsesektor, fremfor til spesialisert avdeling. Strukturen og omgivelsene på sykehuset var ikke lagt opp for pasienter med psykisk lidelse, men fysiske skader og sykdom. Pasientene opplevde å bli avvist og ikke tatt på alvor. De beskrev at behandlingen de fikk gav dem følelsen av å ikke være en gyldig pasient, eller fortjent helsehjelp. Helsepersonell erkjente utilfredsstillende klinisk vurdering. Psykiske lidelser ble ikke sett som ekte eller legitime. Flere hadde problemer med å gi omsorg til enkelte pasientgrupper, som de mente ikke fortjente behandling. Primært gjaldt dette selvskadede, og pasienter med alkohol eller rusproblematikk.