

BSYBAC_5

Bachelor i Sykepleie

*Sykepleieres erfaringer med ivaretagelse av grunnleggende fysiologiske behov hos pasienter
med psykiske lidelser*



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 03.11.22]

Jeg tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Gjennom sykepleieutdanningen har jeg bemerket meg at det i psykiske helsetjenester i stor grad blir lagt vekt på den psykiske dimensjonen. Det varierer i hvor stor grad det legges vekt på grunnleggende fysiologiske behov. Der det er nødvendig med en helhetlig tilnærming, blir det i mindre grad lagt vekt på den fysiske delen. Sykepleiere som arbeider i psykiatrisk helsetjeneste, må ha god kompetanse om en helhetlig tilnærming og hvordan anvende denne i praksis.

Hensikt

Hensikten er å utvikle kunnskap som kan bidra med å forbedre ivaretagelsen av grunnleggende fysiologiske behov for pasienter med psykiske lidelser.

Metode

I denne oppgaven har jeg brukt kvalitativ metode for å belyse oppgavens hensikt. Fire vitenskapelige forskningsartikler har blitt analysert. Resultatene fra forskningsartiklene, relevant teori og egne refleksjoner utgjør grunnlaget for besvarelsen.

Resultater

Resultatene viste at sykepleiere har manglende kompetanse til å kartlegge og vurdere grunnleggende fysiologiske behov hos pasienter med psykiske lidelser. Videre kommer det til uttrykk at sykepleierne anser det som utfordrende å avdekke behovene, og at avdekkingen kompliseres grunnet ulike oppfatninger av hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet skal utføres. Disse faktorene utgjør barrierene sykepleiere opplever for å kunne ivareta pasienten med en helhetlig tilnærming.

Nøkkelord: Sykepleie, psykiatrisk helsetjeneste, kompetanse tverrprofesjonelt samarbeid, grunnleggende fysiologiske behov, helhetlig sykepleie, kommunikasjon, ressurser

1.0	Innledning.....	5
1.1	Bakgrunn for valg av tema	5
1.2	Problemformulering	5
1.3	Hensikt.....	6
1.4	Begrepsavklaring.....	6
1.4.1	Psykiatrisk helsetjeneste	6
1.4.2	Fysiologiske behov	6
1.5	Presiseringer og avgrensninger.....	6
1.6	Oppgavens oppbygning	7
2.0	Teori	8
2.1	Helhetlig sykepleie	8
2.1.1	Virginia Hendersons behovsteori.....	8
2.1.2	Abraham Maslows behovspyramide.....	8
2.1.3	Ernæring	9
2.1.4	Søvn og hvile.....	9
2.2	Sykepleiers kompetansenivå.....	9
2.2.1	Kommunikasjon	10
2.2.2	Katie Eriksson	11
2.2.3	Kari Martinsens omsorgsteori.....	11
2.3	Tverrfaglig samarbeid.....	12
2.4	Faglig forsvarlighet	12
3.0	Metode.....	14
3.1	Valg av metode.....	14
3.2	Søkeprosessen.....	14
3.2.1	Søkestrategi	14
3.2.2	Valg av database og søkeord	15
3.3	Valg av artikler.....	15
3.4	Analyse.....	16
4.0	Resultater.....	17
4.1	Sykepleiernes mangelfulle kompetanse.....	17
4.1.2	Usikkerhet rundt egen rolle	17
4.1.3	Liten oppmerksomhet mot helhetlig tilnærming.....	17
4.2	Utfordrende tverrprofesjonelt samarbeid.....	18
4.2.1	Uklare oppfatninger av prioriteringer	18
4.2.2	Ressursmangel og ulike tilnæringsmetoder	19

4.3 Utfordrende samhandling med den psykiatriske pasienten.....	19
4.3.1 Sykepleiers evne til å formidle og forstå informasjon	19
4.3.2 Pasientens evne til å uttrykke seg og prosessere informasjon.....	20
4.3.3 Vanskelig relasjon med pasienten.....	20
5.0 Diskusjon.....	21
5.1 Metodediskusjon.....	21
5.1.1 Valg av metode.....	21
5.1.2 Kildekritikk.....	22
5.2 Resultatdiskusjon.....	23
5.2.1 Sykepleierens kompetansenivå i utøvelse av helhetlig sykepleie	23
5.2.2 Tverrfaglig samarbeid, en barriere for helhetlig tilnærming.....	25
5.2.3 Sykepleierens holdninger i møte med den psykiatriske pasient.....	27
5.3 Konklusjon	29
6.0 Anvendelse i praksis.....	30
6.1 Forslag	30
7.0 Litteratur.....	31
Vedlegg 1. Søkelogg	37
Vedlegg 2. Utvalgte artikler	40

1.0 Innledning

Studietiden på UiS har gitt meg økt fagkunnskaper, ansvarsoppgaver for egen profesjon og ulike erfaringer ute i praksisfeltet. Særlig har jeg blitt nysgjerrig på psykiatriske helsetjenesters tilnærming til pasientene. Alvorlig psykiske lidelser er nær forbundet med fysiske sykdommer og redusert forventet levealder. Forekomsten av økt dødelighet kan forbindes med dårlige levevaner som for eksempel usunt kosthold (Folkehelseinstituttet, 2021). Videre ser man at søvnvansker også henger tett sammen med de fleste mentale lidelser og øker risikoen for andre helseplager. (Folkehelseinstituttet, 2021a). Pasienter med psykiske lidelser har behov for sykepleiere med bred kompetanse om hvordan fysiske behov både kan være forebyggende og behandlende.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Psykiatriske helsetjenester har stor variasjon mht grad av bistand for å dekke de grunnleggende fysiologiske behovene. WHO's helsedefinisjon tar utgangspunkt i menneskets ulike dimensjoner. Disse er den fysiske, psykiske og sosiale dimensjonen. (FN-sambandet, 2020). Gjennom sykepleieutdanningen har jeg bemerket meg at det i psykiske helsetjenester i stor grad fokuseres på den psykiske dimensjonen. Den fysiske delen av helhetlig sykepleie vektlegges i mindre grad. Pasienter i psykiatrien trenger sykepleiere som også har god kompetanse om grunnleggende fysiske behov og hvordan denne kompetansen skal anvendes i praksis. Tilnærmingen må være i tråd med å ivareta hele menneskets behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2015, s. 97).

1.2 Problemformulering

Ivaretagelsen av grunnleggende behov er fundamentalt i sykepleieutdanningen. Forståelsen av sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse står sentralt som sykepleier. Manglende ivaretagelse av grunnleggende behov kan gi negative konsekvenser for den individuelle psykiske helse (Folkehelseinstituttet, 2021). De fysiske behovene er avgjørende for god helse og da vesentlig i utøvelsen av helhetlig sykepleie. Virginia Henderson fremstilte menneskelige behov i 14 kategorier hvorav de 8 første er fysiologiske, og de 6 siste er psykososiale (Kristoffersen, 2015, s. 226). Helhetlig sykepleie handler om å se hele mennesket; det fysiske, psykiske og sosiale. For å kunne arbeide mot det helhetlige må man starte med det som er

nødvendig for å leve; ernæring, søvn, hvile og hygiene som også kommer frem i Maslows behovspyramide (Stai, 2021). Dette er også noe psykisk lidende har lave forutsetninger for å ivareta på egenhånd. Oppgaven vil ta for seg hvordan grunnleggende fysiologiske behov ivaretas i psykiatrisk helsetjeneste. Fokuset skal spesielt være rettet mot hvordan det tilrettelegges, og forhold som har innvirkning på ivaretagelsen av fysiske behov.

1.3 Hensikt

Hensikten er å utvikle kunnskap som kan bidra med å forbedre ivaretagelsen av grunnleggende behov for pasienter med psykiske lidelser.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Psykiatrisk helsetjeneste

Ved å bruke ordet psykiatriske helsetjeneste i oppgaven mener jeg å inkludere alle helsetjenester som behandler personer med psykiske lidelser. Det vil si psykisk helsevern som blir brukt som beskrivelse av spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid, som brukes for å omtale kommunale tjenester.

1.4.2 Fysiologiske behov

Fysiologiske behov menes de fysiske grunnleggende behovene. I oppgaven har jeg valgt å bruke dette begrepet som beskrivelse av ernæring, søvn og hvile, altså behov som man ifølge Abraham Maslow kaller mangelbehovene, de man ikke kan leve uten (Stai, 2021).

1.5 Presiseringer og avgrensninger

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til et sykepleieperspektiv, hvor erfaringer fra feltet kommer direkte fra sykepleiere eller annet helsepersonell i nær tilknytning til arbeidet sykepleiere utfører. Sykepleieperspektivet er mest relevant for å kunne svare på hensikten i oppgaven, og på bakgrunn av bachelorens størrelse velger jeg bort pasient- og pårørendeperspektiv. Psykiske, sosiale og åndelige behov blir sett bort i fra da jeg vil sette søkelys på behovene som er nødvendige for å leve; ernæring, søvn og hvile. Videre har jeg avgrenset oppgaven til å omhandle psykiske helsetjenester, i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapitler. I det første kapitlet tar jeg for meg bakgrunn av valg av tema og hensikten med oppgaven. I kapittel to blir relevant teori lagt frem, som senere blir brukt i drøftingen. I kapittel tre beskrives metoden som er brukt, samt analysearbeidet av forskningsartikler. I kapittel fire presenteres resultatene fra analysearbeidet, og kapittel fem drøfter disse opp mot relevant teori. Det drøftes også om metoden hadde noen styrker og svakheter. I kapittel seks gis forslag om anvendelse i praksis.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg trekke frem helhetlig sykepleie, hvor Virginia Hendersons behovsteori og Abraham Maslows behovspyramide er viktige. Videre vil jeg rette fokus på sykepleiernes kompetansenivå. Senere vil jeg kort redegjør for tverrprofesjonelt samarbeid og faglig forsvarlighet. Dette vil danne grunnlaget for resultatdrøftingen.

2.1 Helhetlig sykepleie

Helhetlig sykepleie er et sentralt begrep i sykepleiefaget hvor det inkluderes flere viktige faktorer. Pasienten skal ivaretas med en helhetlig tilnærming med en fysisk, psykisk og sosial del. Det er viktig å tenke at sykepleie omfavner seg rundt den syke, hvor vi som helsepersonell skal fremme gode opplevelser for den syke. Den nyanserte helhetlige tilnærmingen vektlegges i stor grad gjennom lover, forskrifter, retningslinjer og reformer.

2.1.1 Virginia Hendersons behovsteori

Virginia Henderson var en amerikansk sykepleieteoretiker, og en av de første til å utarbeide en sykepleieteori. Hennes sykepleiedefinisjon omhandler gjøremål som er nødvendig for god helse, helbredelse eller en fredfull død. (Kristoffersen, 2015, s. 224). For å ivareta menneskets grunnleggende behov hevder Henderson at mennesket har 14 grunnprinsipper, fysiske og psykiske, som må dekkers (Henderson, 1998, s. 45-46). Videre fokuserer Henderson på observasjoner og oppgaver utført av sykepleiere slik at pasienten får ivareta sine grunnleggende behov. Ifølge Kristoffersen (2015, s. 223-226) understreker Henderson at ivaretagelse av et annet menneskes grunnleggende behov må baseres på kjennskap til personen og være i samsvar med det som han selv ville gjort, dersom han hadde vært i stand til det. Viktig presisering er at behovene vil variere hos ulike pasienter noe som er viktig å ta med i betraktning ved utøvelse av sykepleie (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015).

2.1.2 Abraham Maslows behovspyramide

Behovspyramiden er delt inn i fem nivåer hvor kroppslige behov ligger nederst som et fundament for velvære og selvrealisering (Mørch, 2021). De fysiologiske behovene er et mangelbehov, som vil si at man trenger det for å overleve. Når disse ikke blir oppfylt vil det gå

ut over vår fysiske og psykiske helse. Iboende i hvert menneske ligger motivasjonen til å dekke mangelbehovene for å oppleve velvære. Stai (2021) hevder at Maslow belyste menneskers behov for hjelp til å dekke behovene for å oppnå best mulig helse.

2.1.3 Ernæring

Sykepleiere skal ha grunnleggende forståelse om hvem som er særlig utsatt for ernæringssvikt. Et viktig utgangspunkt er å ha kunnskap om hvordan en kartlegger ernæringsstatus, hvordan identifisere behov gjennom observasjoner og undersøkelser. (Aagaard & Bjerkreim, 2014, s. 170-175). «Matvaretilbud og kostholdsvaner i for personer med psykiske plager og lidelser skal i utgangspunktet følge Nøkkelrådskost.» (Kosthåndboken, 2016 s. 225). Helsedirektoratets (2016b) nasjonale råd for ernæring beskriver viktige faktorer som bør tas med i vurderingen av ernæringstiltak. Psykisk lidelser påvirker i stor grad hverdagslige rutiner. Fokus på ernæring og måltider til faste tidspunkt kan være med på å danne en struktur i hverdagen (Helsedirektoratet, 2016, s. 225).

2.1.4 Søvn og hvile

«Søvn er vesentlig for at vi skal kunne fungere tilfredsstillende og ha god livskvalitet.» (Halvorsen-Bastøe & Frantsen, 2014, s. 302). Vi kan føle oss tappet for krefter og mangel på overskudd om en ikke får den søvnen man trenger. Søvn er avgjørende for menneskets helse, velvære og rehabilitering etter sykdom. Helsepersonell må kartlegge søvn hos pasientene og vite at søvnløsheten kan være en faktor som påvirker allmenntilstand og sykdommer over et lengre tidsperspektiv. «Langvarige søvnproblemer kan dessuten påvirke oss negativt psykisk, blant annet vet man at det kan øke risikoen for depressive reaksjoner.» (Helsedirektoratet, 2013, s. 8). Depresjon er en negativ konsekvens av mangel på søvn som igjen påvirker det daglige livet. Tilrettelegging for bedre søvn og tiltak mot søvnproblemer er viktig for helsepersonell å ha kunnskap om.

2.2 Sykepleiers kompetansenivå

Kompetanse blir definert av kunnskapsdepartementet som summen av kunnskap, ferdigheter og holdninger, hvor dette blir brukt til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner. (NOU 2018: 2, s. 14). Utvikling av kompetanse i sykepleiefaget er avhengig av sykepleier evne og vilje til å reflektere kritisk over egen yrkesutøvelse og motta

tilbakemeldinger av kollegaer (Kristoffersen, 2015a, s. 193). For å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie må man bruke kunnskap, ferdigheter og holdninger i sammenheng med hverandre.

Alvsvåg (2010) skiller mellom ulike typer kunnskap; erfaringsbasert kunnskap, teoretisk kunnskap og vitenskapelig kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er praktisk, konkret og situasjonsnær. Det kreves erfaring og øving for å oppnå høyt nivå av denne kunnskapsformen. Teoretisk kunnskap lærer oss å forstå hva det er vi ser i ulike pasientsituasjoner. «Gjennom å kombinere erfaring med teoretisk innsikt lærer den profesjonelle betydningen av ulike tegn og uttrykk.» (Alvsvåg, 2010, s. 101). Det å kunne forstå hva man observerer og utøve sykepleie i henhold til det, er vesentlig for å møte pasientens behov for helsehjelp. Vitenskapelig kunnskap bidrar til å identifisere og beskrive erfaringer, opplevelser og hypoteser innenfor sykepleiefaget. Dette bidrar til økt forståelse og innsikt i sykepleiesituasjoner som gir grunnlag for å ta vurderinger og handle ut i fra vurderingene (Kristoffersen, 2015a, s. 166-171). Den personorienterte profesjonaliteten kommer til uttrykk om man bruker kunnskapsformene på tvers av hverandre. Psykomotoriske ferdigheter inkluderer kunnskapen i utførelsen av spesifikke handlinger. For eksempel ernæringsveiledning med psykiatriske pasienter innebærer at man har kunnskaper om den psykiatriske pasient, hvordan samhandle og hvordan bruke kunnskapen om ernæring i veiledningen.

2.2.1 Kommunikasjon

Når man prater om kommunikasjon i sykepleien tenker man oftest på innholdsaspektet og relasjonsaspektet. Innholdsaspektet er temaet som skal formidles og relasjonsaspektet er knyttet til hvordan vi formidler innholdet på. Man skal kunne ha evne og vilje til å lytte og forstå pasientens følelser, samtidig skal man klare å formidle dette tilbake til pasienten. Kristoffersen (2015c, s. 351) beskriver sykepleieren som en ekspert på sitt felt, men også som en likeverdig samtalepartner. Sykepleiefaglig kompetanse er utgangspunktet for god kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleier og pasient. Det skal oppnås noe i samtalen, uten at det går ut over relasjonen dem i mellom. En veileder skal være en profesjonell samtalepartner for pasienten, og veiledningen skal alltid skje på pasientens premisser. Eide og Eide (2017) belyser også hvordan dette varierer fra pasient til pasient, og hvor viktig det er som veileder å se hva det er pasienten uttrykker. Når man prater med pasienten skal man forholde seg åpent og anerkjennende, være oppmerksom og tilstede i samtalen. Videre fokuserer Eide og Eide (2017) på det gyldne øyeblikket hvor pasienten uttrykker noe gjennom verbal eller nonverbal

kommunikasjon. «Rollen som helsepersonell innebærer å skulle fylle en hjelpende og motiverende funksjon for andre i kraft av vår faglige kompetanse og rolle.» (Eide & Eide, 2017, s. 32). Man prater altså om profesjonell kommunikasjon hvor den man kommuniserer med har kontakt med deg som sykepleier på grunn av manglende kunnskaper om egen helsetilstand. Eide og Eide (2017) beskriver personorientert kommunikasjon som noe hjelpende, støttende og problemløsende.

2.2.2 Katie Eriksson

Katie Eriksson var sykepleier og har skrevet flere bøker om sykepleie, omsorgsforskning og omsorg. Hennes tanker rundt omsorg blir presentert i et forsøk om å beskrive omsorgens grunnleggende idé og er ikke spesifikk for sykepleie. Ifølge Kristoffersen beskriver Eriksson mennesket slik; «menneskers opplevelser er dets egne og kan aldri helt forstås eller tolkes av andre.» (Kristoffersen, 2015, s. 241). Videre beskrives hennes tanker om sunnhet i forbindelse med mental helse og friskhet i forbindelse med menneskets fysiske funksjon. Når man er psykisk frisk og handler på en helsefremmende måte kan det betegnes som sunn hevdes det at Eriksson mente (Kristoffersen (2015, s. 243). Katie Eriksson sier; «Når kampen mot lidelse er på sitt mest intense, savner mennesket ofte evnen til å formidle sin lidelse til andre.» (Eriksson, 1999, s. 27). Man kan ut i fra Erikssons litteratur forstå at å gi omsorg handler om å se det lidende menneske.

2.2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleier som fokuserer på omsorgsfilosofi. Etter 30 års erfaring er hun fortsatt en sentral skikkelse i debatter om sykepleie og kunnskapsutvikling. Martinsen tar avstand fra å sette opp mål, men vektlegger på andre siden pasientens situasjon her og nå og hvordan omsorgen blir et mål i seg selv. (Kristoffersen, 2015a, s. 250). Martinsen forklarer det kliniske blikket ved hjelp av det sanselig deltakende øyet og et objektiviserende blikk. Det sanselige øyet ser pasientens situasjon som en helhet, man er delaktig og til stede. Er man objektiv ser man gjerne situasjonen utenfra hvor man ikke deltar selv, ei heller ikke lar pasienten få uttrykke seg. Martinsen understreker at man må kunne bruke sansningen og det kliniske blikket i overføring til utøvelse av faglig skjønn. (Kristoffersen, 2015a, s. 179 og 189) Videre understreker Martinsen at sykepleie blir gitt ut i fra pasientens nåværende helsestatus hvor den moralske omsorgen er overordnet (1990, s. 62). Situasjoner hvor omsorg blir gitt til

pasienten der og da vil fremme velvære (Kristoffersen, 2015, s. 255). Martinsen beskriver tillit i sammenheng med omsorg slik: «I vår henvisthet til hverandre er tillit fundamentalt. Tillit er et interaktivt og moralsk begrep, og det er sentralt i sykepleierens omsorg.» (Martinsen, 1990, s. 63).

2.3 Tverrfaglig samarbeid

For å kunne gi psykiatriske pasienter en helhetlig tilnærming til helsehjelp er det vesentlig å nevne tverrprofesjonelt samarbeid. En sykepleier skal kunne se når behovet for tverrsektorielt samarbeid melder seg. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2015, s. 19). På grunn av store utfordringer med å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, la regjeringen fram samhandlingsreformen som tredde i kraft 2012 (Kristoffersen, 2015b, s. 299 og s. 311). Reformen knyttes til behovet om å fornye oppgaver, konkretisere målgruppene og endre organisering av tjenestene. St.meld.nr.47 (2008-2009) skulle gi større ansvar til kommunen. Spesialisthelsetjenesten skulle på sin side bruke sin spesialiserte kompetanse mer effektivt. Utgangspunktet var at pasientene ikke fikk gode nok koordinerte tjenester. Det å vite noe om når man skal koordinere med andre profesjoner er vesentlig for pasientens ivaretagelse. Man skal ha en klar og tydelig fagidentitet som sier noe om hvem som har ansvaret for hva, og at representanten fra de forskjellige fagområdene tydeliggjør sitt felt (Kristoffersen, 2015b s. 304). Videre skal man kunne være i stand til å vurdere hvilke pasienter som har størst behov for tverrfaglig samarbeid. I de senere år har det blitt dokumentert at tverrfaglig samarbeid gir grunnlag for både økt kvalitet, økt pasienttilfredshet og trivsel i arbeidet. Samtidig kan man se at det oppstår utfordringer knyttet til tverrprofesjonelt samarbeid (Kristoffersen, 2015b, s. 312).

2.4 Faglig forsvarlighet

Oppdatert og relevant kunnskap står som et fundament i faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Det er viktig å se begrepene faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i sammenheng med hverandre. Norsk sykepleieforbund (2018) beskriver forsvarlighetskravet som en lovregulert rettslig minstestandard og en rettssnor for god praksis. Videre formuleres det et delt ansvar i forsvarlighetskravet. Helsepersonelloven (1999, §4) beskriver det individuelle ansvaret helsepersonell har. Det er leders eller arbeidsgivers ansvar å legge til rette for at sykepleie blir utøvd med faglig forsvarlighet, hvor pasient får et helhetlig og koordinert tilbud (helsepersonelloven, 1999, §16, spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-2 og helse- og

omsorgstjenesteloven 2011, §4.1). Omsorgsfull hjelp innebærer å vise omtanke og respekt for pasienten (Norsk Sykepleieforbund, u.å.). Omsorgen skal integreres i utøvelsen av sykepleie, og sammen med et integrert kunnskapsgrunnlag, gi utgangspunkt for faglig forsvarlighet. For å øke faglig forsvarlighet i helse- og omsorgstilbudene er det utarbeidet forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016, §1).

3.0 Metode

I dette kapitlet har jeg beskrevet utgangspunktet for valg av kvalitativ metode, og deretter lagt frem søkeprosessen. Videre har jeg begrunnet valg av artikler, og hvordan analysearbeidet ble gjennomført. Til slutt presenteres hovedkategorier med underkategorier.

3.1 Valg av metode

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode i oppgaven. Hensikten lar seg best belyse med denne metoden da den fanger opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle. (Dalland, 2021, s. 54-55). Kvalitativ tilnærming går i dybden av undersøkelsesfeltet. Utgangspunktet er å systematisk innhente informasjon fra vitenskapelige kvalitative forskningsartikler med et kritisk blikk (Friberg, 2017, s. 144). Resultat i forskningsartiklene og teori knyttet opp mot hverandre, bidrar til å danne en ny helhet og forståelse i lys av oppgavens hensikt. Fokuset i oppgaven vil være sykepleiers erfaringer med ivaretagelsen av grunnleggende fysiologiske behov. Dette lar seg best besvare med beskrivelse av erfaringene, mer enn tallfesting av ulike erfaringer.

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Søkestrategi

Dalland (2021) beskriver et strukturert litteratursøk som søkestrategi. I forkant av søket satte jeg avgrensinger. Artiklene skulle være fagfellevurdert slik at jeg viste at informasjonen var kvalitetsikret og troverdig. Grunnet forskjellig praktisering hos helsetjenester i ulike land, startet jeg med geografisk avgrensede søk, med hovedfokus på Skandinavia. Videre en språklig avgrensing for å få artikler på engelsk. For å få informasjon som var aktuell for nåtidens helsetjeneste, valgte jeg i første omgang tidsavgrensning fra 2017-2022. Dette ble underveis utvidet til perioden 2013-2022, for å få flere treff. Samtidig som jeg justerte tidsperioden, brukte jeg også inklusjons- og eksklusjonskriterier mer aktivt (vedlegg 1). Ved søk i British Nursing Index hadde jeg også muligheten til å inkludere og ekskludere enkeltord. I Cinahl kunne jeg gjøre de fleste avgrensninger før selve søket, valgte fagfellevurdering og engelskspråklig. I British Nursing Index kunne jeg velge språk som avgrensing før søket, og brukte inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Etterhvert inkludertes også England i søkene. IMRaD-strukturen ble

brukt som inklusjonskriteriet. Krav om innhold og form gjorde det enklere å orientere seg. (Dalland, 2021, s. 157).

3.2.2 Valg av database og søkeord

Jeg begynte mine søk i Cinahl. Den inneholder referanser til artikler i engelskspråklige tidsskrifter for sykepleiefaget (Underdal, 2013). Databasen blir brukt i hele verden. (Friberg, 2017, s. 130). Da jeg ved første gjennomlesing av treffene fant ut at de fleste artiklene var med pasientperspektiv, valgte jeg å prøve andre databaser som PubMed og British Nursing Index. Etter en del søk som resulterte i artikler uten relevans for oppgaven, ble Cinahl brukt videre i søkeprosessen. Etterhvert oppdaget jeg at det var mulig å bruke OR i større grad enn jeg hadde gjort. Dette ble til stor hjelp da artiklene gjerne var skrevet med synonymer av mine første søkeord. British Nursing Index ble forsøkt bruk som database igjen. Søkeprosessen ble enklere når jeg lærte å bruke kombinasjoner av søkeordene. Det var enklere å avgrense geografisk i British Nursing Index. Mental helse, fysisk helse og sykepleiers perspektiv har vært sentrale søkeord gjennom hele søkeprosessen. Kvalitetene til treffresultatene varierte. Med ulike kombinasjoner av nevnte søkeord, varierte antall treff fra 20-240 artikler.

Viser til vedlegg 1 over søkestrategier.

3.3 Valg av artikler

Litteratursøket har vært omfattende og tidkrevende. For å ikke bruke for mye tid på å lese hele artiklene, så jeg gjennom titlene for å plukke ut de med høyst sannsynlig relevans for oppgaven. Deretter ble abstraktene gjennomgått for å velge ut relevante artikler. Det var viktig å finne artikler som kunne sette lys på oppgavens hensikt. Ønsket at artiklene var troverdige og av kvalitet. Sjekket derfor opp forfatterens bakgrunn (Dalland, 2021, 154). Søkeprosessen resulterte i fire vitenskapelige forskningsartikler. Tre av artiklene hvilke er fra Sverige og en fra England. Bramberg et al. (2018) og Butler et al. (2020) tar for seg erfaringer og meninger knytter opp mot somatisk helsehjelp for personer med psykiske lidelser på kommunalt nivå. Bergqvist et al. (2013) ser på sammenhengen mellom psykiske lidelser og metabolsk syndrom og sykepleieres erfaringer knyttet opp mot hvordan det blir tilrettelagt for å forebygge dette. Zetterberg et al. (2022) tar opp hvordan sykepleiere opplever at psykisk syke mennesker blir møtt prehospitalt.

3.4 Analyse

Analyse av artikler beskriver Friberg (2017) som en bevegelse som går fra en helhet til deler, og derfra til en ny helhet. Resultatene i artiklene ble plukket ut med utgangspunkt i oppgavens hensikt. Disse resultatene utgjør delene som Friberg (2017) skriver om. Den nye helheten skapes av den beskrivende sammenhengen mellom resultatene og bakgrunnsteori. Nøkkelfunnene i artiklene ble identifisert ved å gå nøye gjennom hver artikkels resultater. Kvalitative studier bruker ofte tema og kategorier for å presentere resultatene. Derfor prøvde jeg å finne ut hvilke tema artiklene satte søkelys på. Jeg brukte fargekoder til å sortere temaer som kom frem i de forskjellige artiklene. Det viste seg at resultatene i artiklene hadde fellestrekk med hverandre. Disse er utgangspunktet for det som presenteres i resultatdelen. Tre hovedkategorier med underkategorier er skissert i tabellen under.

Tabell 1: Sykepleiers erfaringer med ivaretagelsen av psykiatriske pasienters fysiske helse.

Hovedkategorier	Underkategorier
Sykepleiernes mangelfulle kompetanse	Usikkerhet rundt egen rolle. Liten oppmerksomhet mot helhetlig tilnærming.
Utfordrende tverrprofesjonelt samarbeid	Uklare oppfatninger av prioriteringer. Ressursmangel og ulike tilnærmingmetoder
Utfordrende samhandling med den psykiatriske pasienten	Sykepleiers evne til å formidle og motta informasjon. Pasientens evne til å uttrykke seg og prosessere informasjon. Fravær av tillit og respekt i relasjoner

4.0 Resultater

I dette kapittelet legges resultatene av analysearbeidet i forskningsartiklene frem. Resultatene vil presenteres med utgangspunkt i 3 hovedkategorier med underkategorier. Mangelfull kompetanse, utfordrende tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling med den psykiatriske pasienten er tema som går igjen i artiklene. Det kommer frem i samtlige artikler hva som er barrierer, men også hvordan det tilrettelegges for helhetlig helsehjelp.

4.1 Sykepleiernes mangelfulle kompetanse

Mangelfull kompetanse blir belyst som barriere for helhetlig tilnærming i psykiatriske helsetjenester. Dette kan tyde på lite fokus rundt ernæring, søvn og hvile. Studiene trekker frem ulike oppfatninger om hvorfor dette er problematisk, hvor det i oppgaven har blitt delt inn i usikkerhet i egen rolle og liten oppmerksomhet mot helhetlig tilnærming.

4.1.2 Usikkerhet rundt egen rolle

Sykepleierne i Zetterberg et al. (2022, s. 4) er redde for å gjøre noe feil; «...afraid that doing the wrong thing might worsen the patient's mental illness.» Samtidig kommer det frem at informantene i Bråmberg (2018) er usikre på om egne observasjoner av pasientens symptomer er reelle. Videre opplever deltakerne i Butler et al. (2020) å ha manglende kunnskap som kan være årsak til usikkerheten rundt egen rolle. Sykepleierne i Bergqvist et al. (2013, s. 354) opplever derimot å ha en form for kontroll; «... you must make them understand that it is important, that it concerns their lives.»

4.1.3 Liten oppmerksomhet mot helhetlig tilnærming

Zetterberg et al. (2022) formidler at sykepleierne opplever å ha for lite kompetanse om helhetlig tilnærming i psykiatriske helsetjenester. Videre ser man at deltakerne i Bråmberg et al. (2018, s. 6) ønsker mer trening og samarbeid for å forbedre tilnærming av fysiologiske behov hos psykiatriske pasienter; «They identified the need for training and cooperation.» Dette får man også informasjon om i studiene til Butler et al. (2020) og Bergqvist et al. (2013) hvor mangel på erfaring ble beskrevet som en barriere for forståelse av pasientens symptomer. «The ability to read the patient, find confidence... » (Zetterberg et al., 2022, s. 6). Sykepleierne ser på evnen til å kunne lese pasienten som en forutsetning for en helhetlig tilnærming. En sykepleier i

studiene til Bergqvist et al. (2013, s. 353) sier; « I think it is important to educate staff; there is a tendency to forget about somatic health in psychiatric care.» Hen understreker at det bør være et større fokus på somatikk i psykiatrien, samtidig vises det en forståelse for at sykepleie må utføres med å se pasienten i sin helhet. Bergqvist et al. (2013) legger det frem som et positivt utgangspunkt for videre fokus på økt kompetanse i arbeid med psykiatriske pasienter med grunnleggende behov. Deltakerne i studiet til Butler et al. (2020) ønsker å integrere fysisk og psykisk helsehjelp i hverandre. Butler et al. (2020) legger frem at informantene opplever at pasientens sykdomsbilde ofte blir delt inn i hoveddiagnose og sekundærdiagnose. Grunnleggende behov kommer som sekundærdiagnose hos personer med psykiske lidelser. Dette gjør at pasientene ofte blir behandlet som at det er psykiske plager som er årsaken til den dårlige fysiske helsen (Butler et al., 2020).

4.2 Utfordrende tverrprofesjonelt samarbeid

Fravær av tverrprofesjonelt samarbeid blir i studiene trukket frem som barriere for å møte den psykiatriske pasienten med en helhetlig tilnærming. Prioriteringer, kartlegging og ressurser kommer frem som viktige tema.

4.2.1 Uklare oppfatninger av prioriteringer

«Differing expectations across different mental healthcare teams could make clarifying responsibility confusing. » (Butler et al., 2020, s. 4). Deltakerne beskriver situasjoner hvor det er usikkerhet om hvem som har ansvaret. Dette kommer også frem i Brämberg et al. (2018, s. 7) hvor en av deltakerne sier; «... no one has main responsibility for the patient.» I Brämberg et al. (2018) kommer det også frem at mangelfullt samarbeid på tvers av instansene gjør det utfordrende å ha en felles forståelse av ansvarsfordelingen. De opplevde begrensinger i forhold til konferere med andre profesjoner om pasientens sykdomsproblematikk (Brämberg et al., 2018, s. 6). Sykepleierne i Zetterberg et al. (2022) beskriver; «Patients with no real physical damage fall between the cracks. There is nobody who will take responsibility for them.» På grunn av lite tverrprofesjonelt samarbeid blir oppfatningene av hvem som skal ta ansvaret for pasienten uklare.

4.2.2 Ressursmangel og ulike tilnæringsmetoder

Informantene gir videre uttrykk for å ikke alltid bruke kartleggingsverktøy for å identifisere og forhindre fysiske plager. Årsaken til dette var at kartleggingsverktøyene ikke alltid var tilpasset psykiatriske pasienter og deres sykdomsproblematikk (Bergqvist et al., 2013). Videre kommer det ulike oppfatninger til uttrykk. Et helsepersonell i Butler et al. (2020, s. 5) sier; «If we had more resources then I could certainly see a case for us doing it in-house if we had the equipment and if we had the, you know, the extra staff to do it.» Motsatt ser vi deltakere som ønsker å kun fokusere på psykiatri; «Furthermore some clinicians wanted to focus more on their client's mental health and hand over physical health workload to the GP. » (Butler, et al., 2020, s. 5). I studiet til Brämberg et al. (2018) kommer det frem at deltakerne opplever en spesialisthelsetjeneste som kun fokuserer på enkeltdiagnoser. Dette beskrives som en fordel kun for de med én diagnose, men pasienter som har flere diagnoser er utfordrende da fysiske og psykiske behov ikke blir sett på i sammenheng med hverandre.

4.3 Utfordrende samhandling med den psykiatriske pasienten

For at psykisk syke skal få nødvendig helsehjelp er det en forutsetning at samhandlingen er preget av en gjensidig forståelse av hva informasjonsutvekslingen handler om. Relasjonen mellom sykepleier og pasient må inkludere respekt og tillit. Forskningsartiklene legger frem deltakernes erfaringer i samhandling med psykiatriske pasienter.

4.3.1 Sykepleiers evne til å formidle og forstå informasjon

I tre av studiene uttrykket deltakerne vanskeligheter med å kommunisere med alvorlig psykisk syke pasienter (Bergqvist et al., 2013; Brämberg et al., 2018 & Zetterberg et al., 2022). Det viser seg vanskelig å få tak i tidligere sykehistorie da pasientene ikke klarer å uttrykke seg på en måte som gjør at sykepleierne forstår hvordan de har det og opplever sin situasjon og hvilken hjelp de trenger til å få ivaretatt grunnleggende behov. Informantene sier også at pasientene ikke blir tatt like mye på alvor når de ikke klarer å uttrykke seg på en forståelig måte (Brämberg et al., 2018). En sykepleier i studiet til Bergqvist et al. (2013, s. 254) sa; «... not just individualized, but also provided when the patients were open to it. Written, as well as verbal, information needs to be repeated.» Hen uttrykket å ha forståelse for at informasjonen måtte tilrettelegges for hver enkelt pasient.

4.3.2 Pasientens evne til å uttrykke seg og prosessere informasjon

Utfordringer knyttet til å gi pasienten ansvaret for egne handlinger ble sagt av en sykepleier i Bergqvist et al. (2013, s. 355); «Making the patients take responsibility for their own actions was described as difficult for many participants.» Informanter i alle studiene trekker frem pasientens kognitive forstyrrelser som en barriere for livsstilsendringer og helsehjelp (Bergqvist et al., 2013, Brämberg et al., 2018, Butler et al., 2020 & Zetterberg et al., 2022). Sykepleiere i Bergqvist et al. (2013) tar opp at pasientene uttrykker å forstå informasjon om fysisk helse, men ikke gjør noe med det. Kunnskapen om egen helse, kosthold og hverdagslige gjøremål varierte fra pasient til pasient (Butler et al., 2020 & Bergqvist et al., 2013). Videre opplyser informantene i Brämberg et al. (2018) og Zetterberg et al. (2022) at pasientene ikke har evnen til å se sitt eget beste, og dermed avlyser og unngår avtaler.

4.3.3 Vanskelig relasjon med pasienten

«The participants stated that their goal during an initial encounter with a mentally ill patient was to lay the foundation for a trusting relationship.» (Zetterberg et al., 2022, s. 5). Utgangspunktet til informantene er å skape en god relasjon med pasientene. Videre ser man i studiene til Zetterberg et al. (2022) at relasjonsbygging oppleves utfordrende for sykepleierne, da sykepleierne ikke har tillit til pasientene og at redselen for å fremprovosere truende atferd kommer til uttrykk i samspillet. Det kommer også frem at pasientens manglende innsikt i egen helse og behovet for helsehjelp la grunnlaget for utfordrende relasjon til helsevesenet generelt. «The patients were occasionally perceived as uninterested in participating...» (Zetterberg et al., 2022, s. 5). Resultatene viser utfordringer hvor pasienten ikke ønsker kontakt med sykepleierne, noe som er en dårlig forutsetning for relasjonsbygging. På den andre siden nevner sykepleierne i Zetterberg et al. (2022) respekt som et viktig element når de skal bli kjent med pasientene. Videre opplever informantene i Brämberg et al. (2018) at pasientene oftere følger opp avtaler om de har en kontaktperson å forholde seg til.

5.0 Diskusjon

Jeg vil innledningsvis i kapitlet diskutere valg av metode hvor det trekkes frem styrker og svakheter. Videre redegjør jeg for artiklenes gyldighet og relevans. Deretter drøftes artiklenes resultater opp i mot relevant teori i resultatdrøftingen.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Valg av metode

En litteraturbasert oppgave er velegnet som besvarelse med tanke på oppgavens omfang og tid til rådighet. Gjennom valgt metode har jeg fått muligheten til å undersøke vitenskapelige forskningsartikler som et grunnlag for oppgaven. Kunnskap har blitt anvendt og gitt meg ny faglig innsikt som vil anvendes i arbeidet som sykepleier.

Artiklene er valgt på bakgrunn av å kunne belyse oppgavens hensikt. Da alle artiklene er skrevet på engelsk har det blitt gjort en del oversettelse. Jeg tar med i betraktning muligheten for å ha oversett eller mistolket data i denne prosessen. Det ble brukt to ulike databaser i søket etter artikler. Selv om artiklene gir meg god data, utelukker jeg ikke at artikler bedre egnet for oppgavens hensikt har blitt utelatt. Valg av databaser og søkeord kan være grunner til dette. Kvalitativ tilnærming har bidratt til dybdeforståelse gjennom informantenes personlige erfaringer i feltet. Svakheten til denne tilnærming er begrenset antall informanter som er med i studiene. Jeg mener likevel at artiklene har bidratt til å belyse hensikten i oppgaven innenfor rammene som er gitt.

Kvalitativ tilnærming har også sine svakheter. Jeg har plukket ut forskningsartiklene på grunnlag av mitt synspunkt og oppgavens hensikt. Oppfattelsen av funn i resultatene er basert på hvordan jeg i utgangspunktet stiller meg til temaet og hvordan forfatterne har valgt å ordlegge seg. Det tas med i betraktning at forskningsartiklene har blitt valgt på grunnlag av hvilke standpunkt jeg har til problemformuleringen (Friberg, 2017, s. 143). I etterpåklokskapens lys kunne jeg ha vært bevisst på å gå inn i søkeprosessen mer objektivt. Eventuelle bedre resultater kunne forekommet om jeg hadde variert mer i bruk av søkeord.

5.1.2 Kildekritikk

Forskernes bakgrunn er doktorgrader i omsorgsvitenskap, psykologi, sykepleiere med spesialisering og professorer. Dette gir et mangfold av erfaring og kunnskap innenfor helsefagområdet. Med viten om forskernes bakgrunn bekreftes det at artiklene er skrevet med troverdig innhold. I tillegg får jeg bred informasjon som kan være med på å bygge opp besvarelse til egen problemstilling og hensikt. På den andre siden har de egne erfaringer, som er med på å tolke og vurdere informasjonen som blir gitt av deltakerne i studiene. Dette kan ha bidratt til hvordan resultatene i artiklene er presentert.

Det var viktig å begrense søket geografisk slik at helsevesenet i aktuelle artikler hadde likhetstrekk med det norske helsetjenesten. Forskningsartiklene presenterer funn fra Sverige og England.

Studiene rekrutterte informanter fra ulike psykiatriske behandlingstilbud. Brämberg et al (2018) og Butler et al. (2020) inkluderer også pasient og pårørende i sin forskning. Ikke alle informantene som blir referert til som helsepersonell er sykepleiere i disse to artiklene. Jeg velger å inkludere alles perspektiv i min besvarelse da viktigheten om tverrprofesjonelt samarbeid kommer tydelig frem på denne måten. Ifølge nasjonale faglige råd, er ernæringsarbeid i stor grad preget av tverrprofesjonelt samarbeid (Helsedirektoratet, 2016). Dermed bør det også prege bacheloroppgaven. Forkunnskapen og erfaringene kan være ulike, som igjen gir et mangfold i besvarelsen. Intervjuene ble holdt ansikt til ansikt. Dette førte til et mer personlig forhold mellom deltaker og intervjueren enn om de samlet data gjennom spørreundersøkelser. I Bergqvist et al. (2013) og Zetterberg et al. (2022) brukte de sykepleiere som intervjuere. Sykepleierne som intervjuet kan da ha kjent igjen eller vært i lignende situasjoner selv, som kan være avgjørende i hvordan informasjon fra deltakerne tolkes. Videre har Zetterberg et al. (2022) valgt å ikke ha noen eksklusjonskriterier. Det kan føre til at deltakerne ikke har den erfaringen forskerne ønsket. Bergqvist et al. (2013) inkluderte kun kvinnelige deltakere. Kvalitativ forskning er ofte gjort i begrenset omfang hvor det er få deltakere med i studien. Ekskluderingen av menn i studien kan ha bidratt til at resultatene har blitt noe mer ensformige.

Deltakerne i samtlige av studiene ble informert om etiske retningslinjer. De fikk muligheten til å trekke seg og stille spørsmål gjennom hele fasen, altså informert samtykke. De ble også

opplyst om at forskerne hadde taushetsplikt. Bergqvist et al. (2013) hadde som utgangspunkt at det kun var førsteforfatter som skulle ha tilgang til datainnsamlingen for å bevare taushetsplikten.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sykepleierens kompetansenivå i utøvelse av helhetlig sykepleie

Virginia Henderson (1998) syn på sykepleie vektlegger pasientens grunnleggende behov og at sykepleier har behov for ubegrensede kunnskaper og ferdigheter for å hjelpe pasienten med disse. Sykepleiers kompetanse må være tilstrekkelig for å kunne kartlegge behovene, men også å kunne utøve sykepleie i henhold til behovene som er identifisert. Sollid, S. (2010, s. 173-174) beskriver læringssirkelen som et begrep for å se kunnskap, ferdigheter og simulering i sammenheng med hverandre som et grunnlag for sykepleierens kompetanse. Alle de analyserte studiene (Brämberg et al., 2018; Bergqvist et al., 2013; Butler et al., 2020 og Zetterberg et al., 2022) peker på manglende kompetanse som en mulig barriere knyttet til ivaretagelse av grunnleggende behov i psykiatriske helsetjenester. Dette handlet blant annet om å kartlegge den psykiatriske pasientens fysiske symptomer og forstå hva pasienten uttrykker.

Kristoffersen (2015a, s. 180) beskriver grunnleggende ferdigheter som evne til å forstå andre gjennom aktiv lytting og gjøre seg selv forstått ved hjelp av et klart språk. Videre understreker Romsland et al. (2018, s. 106) kartleggingen av ernæringsstatus som en sykepleieoppgave og at kartleggingen ofte gjennomføres i samtale med pasienten. Det kommer frem i Bergqvist et al. (2013) at deltakerne må være bevist på at god kommunikasjon er en viktig faktor for kartleggingen. På tross av dette uttrykker deltakerne i samtlige artikler utfordringer med å kartlegge grunnleggende behov hos pasientene (Brämberg et al. (2018); Bergqvist et al. (2013); Butler et al. (2020) og Zetterberg et al. (2022). Sterkes uttrykkes det i studiene til Brämberg et al. (2018) at det er utfordrende å forstå hva pasienten uttrykker. Ut i fra dette kan det tenkes at sykepleierne har god forståelse for hvorfor det skal kartlegges, men ikke tilstrekkelige ferdigheter om hvordan kartlegging av for eksempel ernæringsstatus skal gjennomføres.

Brämberg et al. (2018) trekker frem deltakernes mening om at kunnskaper rundt somatikk i større grad bør fokuseres på i psykiatriske helsetjenester. Dette kan ses i sammenheng med økt fokus på ernæring, søvn og hvile da dette er grunnleggende for sunn somatisk helse. Katie

Eriksson uttrykket på sin side; «Utgangspunktet er det lidende mennesket i forhold til helse. Dette gir bedre forutsetninger for en pleie av helheten.» (Eriksson, 1999, s. 83). Det kan tenkes at det er elementært med bred kunnskap og erfaringer for å kunne møte Eriksson meninger. Videre presiserer Butler et al. (2020) i sin diskusjonsdel; sammenlignet med andre kvalitative studier har de til felles å se viktigheten med grunnleggende fysisk helse i psykiske helsetjenester. Med andre ord er det nødvendig med sykepleiere i psykiatriske helsetjenester som har fagkunnskap og ferdigheter om grunnleggende fysiologiske behov som ernæring, søvn og hvile. I Nortvedt og Grønseth (2016, s. 24) beskrives sykepleiers evne til å foreta kliniske vurderinger som avgjørende i klinisk praksis. Ansvar for å observere, vurdere, sette inn tiltak og definere mål er som sykepleier en forutsetning for å tidlig oppdage ernæringssvikt, noe også sykepleierne i Bergqvist et al. (2013) opplyser om. Sykepleier skal ha en tilnærming til pasientens behov for helsehjelp slik at det anses som forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Zetterberg et al. (2022) legger frem deltakernes mening om at det er for lite fokus på helhetlig tilnærming i psykiatriske helsetjenester. «Grunnleggende sykepleie ... å hjelpe pasienten ... eller sørge for å skape forhold som gjør at han kan utføre dem uten hjelp.» (Henderson, 1998, s. 46). Skal sykepleie defineres kun ut i fra Henderson beskrivelse, kan det virke som at psykiatriske helsetjenester ikke gir tilstrekkelig helsehjelp. På den andre siden ser man at informantene i Brämberg et al (2018) ønsker mer kompetanse på hvordan utføre helhetlig sykepleie. I yrkesetiske retningslinjer formuleres sykepleier funksjon som å fremme helse og underbygge sykdom, samtidig ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2019, pkt. 2.1 & 2.3). Med utgangspunkt i dette må helhetlig tilnærming i større grad innebære integrering av grunnleggende fysiske behov også i psykiatriske helsetjenester.

Kristoffersen og Nortvedt (2015, s. 92) skriver omsorg er knyttet opp mot ønske om å hjelpe og å kunne hjelpe: «Ønsket om å hjelpe kan være stort selv om en ikke har evne og kunnskaper til å gjøre noe.» Sykepleiere har et personlig ansvar for å praktisere ut i fra egen kompetanse. Også i yrkesetiske retningslinjer står det beskrevet at veiledning skal søkes ved behov (Norsk Sykepleieforbund, 2019, pkt. 4.2). Butler et al. (2020) og Bergqvist et al. (2013) viser til at deltakerne har ytret ønske om mer trening i kontakt med psykisk syke. Studiene trekker frem at deltakerne tar en form for ansvar til å øke sin kompetanse. Martinsen, K. (1990, s. 80) beskriver skjønn til konkrete situasjoner hvor man i stor grad er emosjonelt involvert og bruker

situasjonsanalyse for å overveie handlingsalternativene. Skjønn brukes for å vurdere pasientens behov der og da. Det er derfor relevant å si at man i større grad vil bruke faglig skjønn riktig med den treningen informantene i Butler et al. (2020) og Bergqvist et al. (2013) etterlyser. Alvsvåg (2010, s. 160) sier at yrket må utøves godt og riktig, basert på et faglig godt skjønn. Bruk av skjønn er vesentlig i vurderinger for hvor mye omsorg pasientene trenger i for eksempel ernæringsveiledning.

Sykepleiers ansvar er ifølge Virginia Henderson (1998, s. 46); «... å hjelpe mennesker, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse ...» Helsetjenesten har et ansvar om å legge til rette for at ressursene blir brukt på en slik måte at pasientene får utbytte av det (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Sykepleierne skal kunne ta ansvar, kartlegge og vurdere pasientenes behov for bistand i etablering av søvnrutiner med en forsvarlig fremtoning. Fundamentalt for denne vurderingen vil da være relasjonen med pasienten. Studiet til Zetterberg et al. (2022) legger frem opplevelsen av utfordrende forhold i dannelsen av god relasjon med pasientene. Butler et al. (2020) bygger opp under dette med å vise til deltakere som er usikre i egne roller, noe som vil prege relasjonen med pasienten. Nortvedt og Grønseth (2016, s. 21-22) legger det frem som sykepleiers evne til å tilnærme seg og ivareta pasienter i alle situasjoner, og at dette påvirker sykepleien som gis. Ansvar er hos sykepleier selv om relasjonene ikke oppleves som gunstige i utøvelsen av grunnleggende sykepleie til psykiatriske pasienter.

5.2.2 Tverrfaglig samarbeid, en barriere for helhetlig tilnærming

Halvorsen, Stjernø og Øverbye (2019, s. 204) trekker frem; «Det trengs en sammenhengende behandlingsskjede og samarbeid mellom ulike aktører for å få en mer funksjonell arbeidsdeling.» Samhandlingsreformen (2012) skulle sikre gode overganger mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Ved å sammenligne forskningsartiklene opplever jeg at samhandlingen på tvers av profesjoner og institusjoner er noe ulikt. Butler et al. (2020, s. 6) har et eksempel på dette; «... varied on how much of a role in physical healthcare they thought mental health team should take.» Det pekes på utfordringer knyttet til samarbeidet. Ulike forventninger og uklar ansvarsfordeling er nevnt som årsaker. På den andre siden opplevde informantene i Brämberg et al. (2018) at sykepleierne hadde en viktig rolle for å ivareta pasienten, men at samarbeidet mellom ulike profesjoner var problematisk.

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.» (Norsk Sykepleierforbund, 2019, pkt. 2.3). Dette legger til grunn at man også i psykiatriske helsetjenester skal ha fokus på grunnleggende behov. I studiet til Butler et al. (2020) kommer det frem at informantene ønsker at fysisk og psykisk helse blir mer integrert i hverandre. Dette samsvarer også med lovverket hvor det er virksomheten som yter helsetjenestene sitt ansvar å samarbeide med andre tjenesteytere om det er nødvendig for helhetlige tjenester (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1e; helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1).

Alvorlig psykisk syke har 10-15 års kortere levetid. Kortere levealder kan kobles mot somatiske sykdommer, som for eksempel metabolsk syndrom. (Hofstad, 2021). Somatisk sykdom kan forebygges, hvor kosthold og søvn kan spille en viktig rolle. Ifølge deltakerne i Butler et al. (2020) blir fysisk og psykisk helse sett på som hhv. hoveddiagnose og sekundærdiagnose. På denne måten dannes et skille på hva som er viktigst. Den tverrprofesjonelle samhandlingen vil også være preget av hva som er hoved- og sekundærdiagnose. Videre forventes det ifølge nasjonal veileder for rehabilitering at alt helsepersonell skal ha nok kompetanse til å kunne identifisere hvilke behov pasienten har og eventuelt melde dette videre (Helsedirektoratet, 2020). Det juridiske grunnlaget for ernæring formulerer helsepersonellens plikt; «Ernæringsarbeid er i stor grad preget av tverrfaglig tilnærming ... følge opp forhold som kan være avledet av tilstanden, sykdommen eller plagene pasienten har (Helsedirektoratet, 2016a.)» Sykepleiere har et individuelt ansvar for å vite når pasienten har behov for hjelp fra andre profesjoner for å forebygge og behandle.

Organisasjonens og lederens ansvar er å tilrettelegge for samarbeid på tvers av profesjoner innad i organisasjonen, men også på tvers av helsetjenestetilbudene. Dette kommer frem i Spesialisthelsetjenesteloven (1999, §3-10). Informantene i Bergqvist et al. (2013) bruker ikke alltid arbeidsplassens retningslinjer, da den ikke har vært oppdatert og dermed ikke samsvarer med pasientenes individuelle behov. Vevatne (2020, s.103-107) nevner økonomi som en årsak til at leder har andre elementer som skal vektlegges i utøvelsen av helsearbeidet. Leder er gjerne ikke like mye ute i feltet og kan si så mye om pasientenes individuelle behov for ernæringsveiledning for eksempel. Dette kan være en av årsakene til retningslinjer som ikke henger sammen med virkeligheten. «Some staff mentioned that they, or their patients, had been in contact with a nutritionist, which had proved to be a great complement to the health promotion work.» (Bergqvist et al., 2013, s. 353). Det kan tenkes at sykepleierne er bevisst når

det skal organiseres tverrprofesjonelt samarbeid. Sykepleierne har nødvendigvis ikke skyld alene i dårlig tverrprofesjonelt samarbeid, men har et ansvar om å informere om helsehjelpen ikke er tilpasset pasientens komplekse helse.

Ernæring, søvn og hvile blir i Maslows behovspyramide beskrevet som mangelbehov, altså livsviktige fysiologiske behov (Stai, 2021). I verdenserklæringen vises det til art. 25 i menneskerettighetene (FN-sambandet, 2020a) hvor alle menneskers rett på tilstrekkelig levestandard for egen helse og velvære beskrives. I Butler et al. (2020) blir ivaretagelsen av behovene sett på som utfordrende, hvor tverrprofesjonelt samarbeid trekkes frem som en av årsakene. «Fysisk og psykisk helse skal ses i sammenheng med hverandre og vektlegges like mye.» (Kristoffersen, 2015, s. 223-226). Med støtte i Virginia Henderson sykepleiedefinisjon og behovsteori, kan det hevdes at det tverrprofesjonelle samarbeidet ikke bør ses på som en hindring for ivaretagelsen av grunnleggende fysiologiske behov.

5.2.3 Sykepleierens holdninger i møte med den psykiatriske pasient

Relasjon er viktig for å kunne forstå og tilrettelegge for at pasienten skal få hjelp til å dekke grunnleggende fysiologiske behov. Sykepleierne i Zetterberg et al. (2022) viser å være klar over dette, men erfarer å ikke nå inn til pasienten. Symptomer og signaler kan mistolkes, som igjen kan føre til ivaretagelse av behov på feil grunnlag. Samtlige studier trekker frem usikkerhet i egen rolle og redsel for å gjøre feil (Bergqvist et al., 2013; Brämberg et al., 2018; Butler et al., 2020 og Zetterberg et al., 2022). Solidaritet blir trukket frem som en viktig faktor i relasjon mellom helsepersonell og pasient (Halvorsen et al., 2019, s. 115). Som sykepleier skal man være aktiv og tilstede for å danne gjensidighet og likeverd i relasjonen med pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 10). Sykepleierne i Bergqvist et al. (2013) viser å ha forståelse for viktigheten med kommunikasjon, mens deltakerne i Brämberg et al. (2018) og Butler et al. (2020) uttrykker usikkerhet i samhandlingen. Det kan derfor stilles spørsmål om ivaretagelsen av fysiologiske behov alltid er tilstede i den grad det burde hos pasienter med psykiske lidelser.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal sikre alle lik tilgang på helse- og omsorgstjenester. I studiet til Brämberg et al. (2018, s. 5) får jeg et inntrykk av en form for stigmatisering; «You've got these problems because of your bipolar diagnosis and the side effects of your medication.» Pasientene opplyser ikke om fysiske plager, da de tidligere har opplevd å ikke bli tatt på alvor. «... pasienters opplevelse av fornedrelse, skyld og skam i

forbindelse med sykdom og behandling er en følge av ... helsepersonells kunnskap og evne til innlevelse i situasjonen.» (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2015, s. 254). Sykepleiernes holdninger har i stor grad innvirkning på hvordan helsehjelpen blir gitt. Martinsen (1990, s. 71) beskriver det slik; «Med min holdning kan jeg gjøre andres liv truende eller trygt.» Jeg velger å tyde at det skal beskrive meningen med egen holdning, kan invitere pasienten til å delta i egen behandling eller ikke. Stigmatisering av psykisk syke kan tenkes å være en barriere for ivaretagelsen av grunnleggende fysiske behov da det ofte skyldes på den psykiske diagnosen. Slettebø (2013, s. 23) trekker frem integritet som viktig i helsearbeidet og hevder det beskriver pasientens selvstendighet og egne meninger. Dette kan føre til et annet utgangspunkt for vurdering av helsehjelp, enn om pasienten blir tatt på alvor og inkludert i egen behandling.

Kristoffersen og Nortvedt (2015 s. 93) beskriver Kari Martinsens tolkning av omsorgens moralske side og hvordan det er knyttet opp med hvordan vi oppfører oss ovenfor pasienten, altså holdningene våre. Holdningene våre kan som nevnt ha innvirkning på helsehjelpen man gir. Omsorg er en stor del av ivaretagelsen av pasientens behov for helsehjelp og er både lovfestet i helsepersonelloven (1999, §4) og beskrevet i yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (Norsk sykepleieforbund, 2019, pkt 2.3). Når pasienten føler seg ivaretatt, gir det en følelse av omsorg. Sykepleierne i Bergqvist et al. (2013) beskriver viktigheten med å utøve sykepleie på pasientens premisser. Ifølge Kristoffersen (2015, s. 245) beskriver Katie Eriksson omsorg slik; «Omsorg skal utøves i samspill mellom to likeverdige, levende aktører.» Bergqvist et al. (2013) og Erikssons omsorgsteori har fellestrekk som er verdt å nevne da omsorgen beskrives å være gitt på pasientens premisser. Når omsorgen gis på pasientens premisser, kan det tenkes at respekt og tillit er tilstede. Zetterberg et al. (2022) opplyser at sykepleierne ser på respekt som viktig element for ivaretagelsen av grunnleggende behov i psykiatrisk helsetjeneste. Ifølge Martinsen (1990, s. 64) er tillit en grunnverdi i omsorg. Pasienten må beskrive egen livssituasjon ved kartlegging for ivaretagelse av søvnbehov. Tillit vil i en slik situasjon være elementær for å få riktig informasjon for å ivareta pasientens behov.

5.3 Konklusjon

I drøftingen kommer det frem at sykepleiers kompetanse, utfordrende tverrfaglig samarbeid og lite fokus på egne holdninger er tema som bør vektlegges mer, da det oppleves som barrierer for den helhetlige tilnærmingen. Ivaretagelse av grunnleggende fysiologiske behov er vektlagt noe ulikt ifølge deltakerne i forskningsartiklene. På den ene siden virker det som at deltakerne ikke har nok kompetanse i utøvelsen av helhetlig sykepleie. På den andre siden kan man knytte mangelfullt tverrprofesjonelt samarbeid med hvorfor helhetlig tilnærming i liten grad legges vekt på. Det nevnes i artikkelen til Zetterberg et al. (2022) at det bør legges vekt på å vise pasientene respekt. Videre ser man at det legges lite fokus på omsorg, respekt og tillit, og at relasjonsbyggingen er noe utfordrende. Det kan tenkes at ivaretagelsen av grunnleggende fysiologiske behov preges av dette, og at mangler i ivaretagelsen gir pasienten en form for pleie- og sykdomslidelse.

6.0 Anvendelse i praksis

Med ivaretagelse av grunnleggende fysiologiske behov anser jeg sykepleierens rolle som svært sentral. Ansvar for å holde seg faglig oppdatert ligger hos sykepleier for å ha den kompetansen som er nødvendig for å kunne kartlegge og vurdere pasientens helhetlige behov for helsehjelp, samt kunne utføre den helsehjelpen vurderingene viser er relevant for hver enkelt pasient. Jeg mener det er viktig med et arbeidsmiljø hvor det er rom for å stille spørsmål og be om veiledning. Forbedringsforslagene presentert nedenfor tar utgangspunkt i resultatdiskusjonen. Bakgrunnen i forslagene er å forbedre sykepleierens kompetanse og det tverrprofesjonelle samarbeidet og å øke fokuset rundt sykepleierens holdninger til psykiatriske pasienter.

6.1 Forslag

- Jeg foreslår at det gis veiledning til sykepleiere på arbeidsplasser hvor de møter psykiatriske pasienter. Dette for å sikre tilstrekkelig kompetanse for å kunne kartlegge og vurdere pasientens ernæringsstatus, søvn- og hvilebehov. Simulering anses ofte som en god læringsarena hvor det er lav terskel for å stille spørsmål og det kan gis veiledning underveis. På denne måten får sykepleierne mulighet til å trene på hvordan kommunisere, observere og vurdere en psykiatrisk pasient med en helhetlig tilnærming.

- Jeg foreslår at det utarbeides retningslinjer og kartleggingsverktøy som er egnet for pasienter med psykiske lidelser. Dette kan være alt i fra hvordan spørsmål skal stilles i ulike situasjoner til hvilke symptomer og tegn som kan kartlegges uten å stille spørsmål.

- Jeg foreslår at det tverrfaglig samarbeidet bør forbedres slik at de ulike profesjonene kan få og ta i mot veiledning av hverandre. På denne måten økes det faglige nivået betraktelig og flere psykiatriske pasienter vil få ivare tatt sine fysiologiske behov.

- Jeg foreslår at bemanningen innenfor hver instans er høy nok til at det ikke er ressursmangel som er årsaken til at de grunnleggende behovene ikke blir ivare tatt. Dette vil gi kvalitet og kontinuitet i sykepleien.

7.0 Litteratur

- Aagaard, H. & Bjerkreim, T. (2014). Væske og ernæring. I E.-A. Skaug (Red.)
Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov. (2. utg., bind 2, s. 161-208).
 Gyldendal Akademisk.
- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen: Om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet.* Akribe.
- 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. *BioMed Central*. Doi: 10.1186/s12875-017-0687-0
- Butler, J., Cassan, S. De., Turner, P., Lennox, B., Hayward, G. & Glogowska, M. (2020). Attitudes to physical healthcare in severe mental illness; a patient and mental health clinician qualitative interview study. *BioMed Central*: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01316-5>
- Clancy, R., Lewin, T. J., Bowman, J. A., Kelly, B. J., Mullen, A. D., Flanagan, K. & Hazelton M. J. (2019). Providing physical health care for people accessing mental health services: Clinicians' perceptions of their role. *Mental health nursing*.
 Doi: 10.1111/inm.12529
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjon: personorientering, samhandling, etikk.* (3.utg.). Gyldendal Akademisk
- Eriksson, K. (1999). *Det lidende menneske – sykepleieteori.* TANO
- FN-sambandet. (2020, 9. oktober). *Verdens helseorganisasjon (WHO).*

<https://www.fn.no/om-fn/fns-organisasjoner-fond-og-programmer/verdens-helseorganisasjon-who>

FN-sambandet. (2020a, 21. desember). *FN's verdenserklæring om menneskerettigheter*:

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Folkehelseinstituttet. (2021, 3. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Folkehelseinstituttet. (2021a, 8. november). *Søvnvansker i Norge*.

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/#konsekvenser-og-utfordringer>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata.

<https://lovdata.no/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

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

Halvorsen- Bastøe, L.-K. & Frantsen, A.-K. (2014). Søvn og hvile. I E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov*. (2. utg., bind 2, s. 301-303). Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, K., Stjernø, S. & Øverbye, E. (2019). *Innføring i helse- og sosialpolitikk*. (7.utg.). Universitetsforlaget.

Haugan, V. (2022). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Nasjonal digital læringsarena. <https://ndla.no/nb/subject:1:f644f829-4e7a-4e74-a63a-342ef786f68a/topic:2:8fe9a9ea-6263-4def-b1ae-31a97e5f5eaa/topic:2:40d19fc3-1410-4d25-9ed7-0abb0a537e17/resource:66cc3b74-7318-43da-b1b4-58923c75d9b6>

Helsedirektoratet. (2013). *Sov godt – Gode råd for bedre søvn* [Brosjyre].

https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/sov-godt-gode-rad-for-bedre-sovn/Sov_godt_-_Gode_råd_for_bedre_søvn_brosjyre.

Helsedirektoratet. (2016, september). *Kosthåndboken – Veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenester*. Oslo.

Helsedirektoratet (2016a, 14. juni). *Det juridiske grunnlaget for god ernæringspraksis*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/ernaering-kosthold-og-maltider-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-ernaeringspraksis/det-juridiske-grunnlaget-for-god-ernaeringspraksis>

Helsedirektoratet. (2016b, 24. oktober). *Kostrådene*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/kostrad-for-befolkningen#variert-kosthold-praktisk>

Helsedirektoratet. (2020). *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/formal-og-overordnede-prinsipper-for-habilitering-og-rehabilitering-individuell-plan-og-koordinator/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

(LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur: En refleksjon og dens konsekvens for praksis, forskning og utdanning: refleksjon etter 25 år*. Universitetsforlaget.

Hofstad, E. (2021, 17. august). *Alvorlige psykiske lidelser rammer hele kroppen*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2021/08/alvorlige-psykiske-lidelser-rammer-hele-kroppen>

- Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2015). Lidelse, mening og håp. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., bind 3, s. 245-294). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2015). Om sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 15-30). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2015). Relasjon mellom sykepleier og pasient. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., bind 1, s. 83-133). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., bind 1, s. 207-280). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015a). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 161-206). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015b). Sykepleie i organisasjon og samfunn. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., bind 1, s. 281-342). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2015c). Den myndige pasienten. I E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener og livsutfordringer*. (2. utg., bind 3, s. 337-386). Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I K. Jensen, (Red.), *Moderne omsorgsbilder*. (s. 61-98). Gyldendal Norsk Forlag.
- Mørch, W. T. (2021, 24. juni). *Abraham Maslow*. Det store norske leksikon.
https://snl.no/Abraham_Maslow#-Behovspyramiden

Norsk Sykepleieforbund (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 30. oktober 2022 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Norsk Sykepleieforbund (2018) *Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. (4. utg.). <https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/>

Norsk Sykepleieforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016) *Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar*. I H. Almås (Red.) *Klinisk sykepleie*. (5. utg., bind 1, s. 17-32). Gyldendal Akademisk.

NOU 2018: 2. (2018). *Fremtidige kompetansebehov I: kunnskapsgrunnlaget*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/e6acac1df4964805a34c767fa9309acd/no/pdfs/nou201820180002000dddpdfs.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2018). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.

Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.

Sollid, S. (2010). *Simulering og akuttmedisin: Simulering og læringssirkel*. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet; teori og praksis i helsevesenet* (s. 172-189). Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjeneste*. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Stai, S. (2021. 27. februar). *Maslows behovspyramide* Nasjonal digital læringsarena: <https://ndla.no/article/29789>

St. meld. Nr. 47. *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartement.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Underdal, H. (2013, 14. februar). *Er du på jakt etter sykepleieforskning eller kvalitative studier om pasienterfaring? Cinahl kan være databasen for deg!* Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>

Vevatne, K. (2020). *Ledelse for sykepleiere: Likeverd i relasjoner*. Fagbokforlaget.

Zetterberg, J., Visti, Elin., Holmberg, M., Andersson, H. & Alex, J. (2022).

Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. *BioMed Central*:

<https://doi.org/10.1186/s12912-022-00868-4>

Vedlegg 1. Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
30.08.22	Cinahl	Mental illness or mental health or mental disorder AND primary care or primary health care or primary healthcare AND nurses experience or perspective or view or attitude AND community AND nutrition or diet or both	- Hel tekst - År: 2017-2022 - Skrevet på engelsk. - Fagfelleurdert - Europa	24	4	0	0
30.08.22	Cinahl	- Mental illness or mental health or mental disorder AND - Primary care or primary health care or primary healthcare AND - nurses experience or perspective or view or attitude	- Hel tekst - År: 2017-2022 - Skrevet på engelsk. - Fagfelleurdert - Europa	240	60	6	1
05.09.22	Cinahl	Nurs* AND severe mental health AND physical health	- Hel tekst - Tilgang på sammendrag - År: 2017-2022 - Skrevet på engelsk.	4	4	1	0

			- Fagfelleverdert - Europa				
05.09.22	Cinahl	Mental illness or mental health or mental disorder AND primary care or primary health care or primary healthcare AND nurse experience or perceptions or attitudes or view or feeling AND physical health	- Hel tekst - Tilgang på sammendrag - År: 2017-2022 - Skrevet på engelsk. - Fagfelleverdert - Europa	33	20	3	1
29.09.22	British Nursing Index	Prevent primary care AND psych* AND nurs* perceptions OR experience OR feelings OR views OR attitudes	- Norge, Sverige og Danmark - År: 2013-2022 - Fagfelleverdert -Inkluderte stikkord: nurses, mental disorder, mental health, nursing, mental depression, health care, attitudes, mental health care.	46	5	2	0
30.09.22	British Nursing Index	Nutrition OR diet OR food AND mental illness OR mental health OR mental disorder OR psych* AND nurs* experience OR perceptions	- Norge, Sverige og Danmark - År: 2013-2022 - Fagfelleverdert - Inkluderte kvalitative research, health care, mental	109	2	2	1

		OR feelings OR views	depression, mental health, mental disorder, nurses, nursing, nursing care, diet, nutrition, attitudes				
03.10.22	British Nursing Index	Primary Care AND Primary health care AND mental illness	- Norge og Sverige - År: 2013-2022 - Fagfelleurdert - Engelskspråklig	116	2	2	1

Vedlegg 2. Utvalgte artikler

Forfatter, årstall, land:	Hensikt:	Perspektiv:	Metode:	Database:
Bergqvist, A., Karlsson, M., Foldemo, A., Wärdig, R. & Hultsjö, S. (2013) Sverige.	Sykepleiernes erfaring med å bistå psykiatriske pasienter med å gjøre livsstilsendringer mtp. forebygging av metabolsk syndrom.	Sykepleiere som jobber innen psykiatri i kommunen	Kvalitativ tilnærming hvor 12 sykepleiere ble intervjuet. Det ble gitt informasjon og mulighet til å stille spørsmål før individuelle intervju.	British Nursing Index
Brämberg, E. B., Torgerson, J., Kjellström, A. N., Welin, P. & Rusner, M. (2018) Sverige.	Erfaringer om hvor mye somatisk helse det ble fokusert på for personer med psykiske lidelser.	Helsepersonell ansatt i kommunale helsetjenester. Pasient og pårørendeperspektiv var inkludert i studiet, men ekskludert i denne oppgaven.	Kvalitativ tilnærming hvor 21 ansatte ble intervjuet individuell.	Cinahl
Butler, J., De Cassan, S., Turner, P., Lennox, B., Hayward, G. & Glogowska, M. (2020) England.	I hvor stor grad det erfares å ha en helhetlig tilnærming til pasienter med psykiske lidelser.	Helsepersonell ansatt i kommunale helsetjenester. Pasienter var også inkludert i studiet, men ekskludert i denne oppgaven.	Kvalitativ tilnærming hvor 15 ansatte ble intervjuet individuell.	Cinahl
Zetterberg, J., Visti, E., Holmberg, M., Andersson, H. & Aléx, J. (2022) Svergie.	Hvordan sykepleiere erfarte å møte pasienter med psykiske lidelser.	Sykepleiere som jobbet innen ambulansetjenester.	Kvalitativ tilnærming hvor 17 sykepleiere ble intervjuet individuell.	British Nursing Index