

BSYBAC-6 23H

Bacheloroppgave i sykepleie

Hvordan sykepleiere kan sikre en forsvarlig behandling for pasienter med samtidig psykiatrisk lidelse og somatisk sykdom, med hovedvekt på kommunikasjon og stigmatiserende holdninger.



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultetet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger 30.12.2023

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

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Pasienter med psykisk lidelse med samtidig somatisk lidelse blir ofte feildiagnostisert og stigmatisert. Denne pasientgruppen dør i gjennomsnitt 15-20 år tidligere enn befolkningen ellers. På bakgrunn av dette ønsker vi økt søkelys på kompetanseheving for å kunne gi en faglig forsvarlig sykepleie til denne pasientgruppen.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan sikre en forsvarlig behandling for pasienter med samtidig psykisk lidelse og somatisk sykdom, med hovedvekt på stigmatiserende holdninger og kommunikasjon.

Metode

Opgaven vår er en integrativ litteraturstudie i henhold til Fribergs metode. Fem vitenskapelige artikler ble analysert. Artikkene var både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Funn fra relevant teori og resultatene fra artikkene var grunnlaget for oppgaven.

Resultater

Resultatene viser at mennesker med psykiske lidelser og samtidig somatisk sykdom opplever stigmatisering, og da særlig fra helsepersonell. Den somatiske sykdommen blir ofte undertrykt eller tilskrevet som et symptom på den psykiske lidelsen. Funnene fra forskningen viser at vi trenger økt kunnskap om ulike kommunikasjonsferdigheter, og en bedre forståelse av denne pasientgruppen. Det kommer frem av forskningen at det er flere ulike tiltak som kan benyttes for å kunne sikre en bedre kommunikasjon og en mer forsvarlig behandling. Blant annet simulering, og bedre samhandling mellom sykepleiere og pårørende.

Nøkkelord

Psykisk lidelse, somatisk helse, kommunikasjon, tidspress, sykepleier, stigmatisering, pårørende, erfaringer, simulering og kunnskap.

Innhold

FORSIDE

SAMMENDRAG

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt	6
2.0 TEORI	7
2.1 Psykisk lidelse.....	7
2.2 Somatisk sykdom	7
2.3 Kommunikasjon	7
2.4 Holdninger og etikk	8
2.5 Pårørende	9
2.6 Sykepleieteori	10
2.7 Pedagogisk praksis i sykepleie.....	10
3.0 METODE.....	12
3.1 Litteraturstudie	12
3.1.2 Valg av databaser	12
3.1.3 Valg av søkeord.....	13
3.1.4 Valg av artikler	13
3.2 Analyse	14
Hoved og underkategorier relatert til funn i artiklene.....	14
Oversikt over valgte artikler	15
4.0 RESULTAT.....	17
4.1 Pasientperspektiv	17
4.1.1 Tid	17
4.1.2 Kommunikasjon	17
4.1.3 Farget av stigma	18
4.1.3 Frykt.....	18
4.2 Sykepleieperspektiv	19
4.2.1 Tid	19
4.2.2 Manglende kunnskap/kompetanse	19
4.2.3 Frykt.....	20

4.2.4 Farget av stigma	20
4.2.5 Kommunikasjon.....	21
5.0 DISKUSJON	23
5.1 Metodediskusjon	23
5.1.1 Geografi	23
5.1.2 Forskernes bakgrunn	23
5.1.3 Studienes deltakere	23
5.1.4 Studienes metoder	23
5.2 Resultatdiskusjon.....	24
5.2.1 Pasientperspektiv	24
5.2.2 Sykepleierperspektiv.....	26
6.0 KONKLUDERENDE AVSLUTTNING OG RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	31
Litteraturliste:.....	33
Vedlegg 1 Søkelogg	
Vedlegg 2 Litteraturmatrise	

Antall ord: 7866

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Etter endt praksis i psykiatrien, er vår erfaring at helsevesenet nå står overfor stadig mer sammensatte utfordringer når det kommer til pasientmøter med pasienter som lider av samtidig somatiske og psykiatriske lidelser. Denne pasientgruppen har sine utfordringer og har, på lik linje med alle andre pasientgrupper, krav på en helhetlig og forsvarlig tilnærming for å sikre den behandlingen som trengs. Vi, sykepleiere, er noen av omsorgsgiverne disse pasientene møter, og hvordan vi imøtekommer dem i praksis er avgjørende.

Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) peker på at det er viktig å arbeide aktivt for å redusere tap av leveår i pasientgruppene med alvorlig psykiske lidelser. De trekker frem at denne gruppen mottar mindre helsehjelp og lever 15-20 år kortere enn befolkningen ellers. De viser også til at det er somatisk sykdom, og ikke selvmord eller andre direkte konsekvenser av pasientgruppens psykiske lidelser, som i hovedsak forklarer forskjellen (UKOM, 2023, s. 198). Helsedirektoratet støtter også opp under påstanden om at denne pasientgruppen dør tidligere. Det trekkes frem at det har sammenheng med somatiske sykdommer, som kan oppstå grunnet manglende diagnostisering og forsinket behandling: "I tillegg til økt forekomst av unaturlig død i gruppen, kan overdødeligheten i stor grad tilskrives somatiske sykdommer" (Helsedirektoratet, 2022). Med dette ser vi at vår problemstilling har høy relevans.

1.2 Problemformulering

Andelen mennesker som lider av en form for psykisk lidelse i Norge er et stadig økende helseproblem. Vi viser til folkehelseinstituttet som skriver: «Psykiske plager og lidelser er vanlig i befolkningen. Mellom én av seks og én av fire vil oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse i løpet av et år. Alvorlige psykiske lidelser er forbundet med uførhet, fysiske sykdommer og redusert forventet levealder» (Folkehelseinstituttet, 2014). Vi tar for oss problemformulering: "Hvordan sykepleiere kan sikre en forsvarlig behandling for pasienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sykdom, med hovedvekt på kommunikasjon og stigmatiserende holdninger".

1.3 Hensikt

Som det fremgår i problemstillingen over, er hensikten å ha fokus på kommunikasjon og stigmatiserende holdninger. Vi vil legge vekt på pasienter både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

2.0 TEORI

2.1 Psykisk lidelse

«Psykisk lidelser er en samlebetegnelse for sykdommer og tilstander som påvirker tanker og følelser. Psykiske lidelser medfører ofte nedsatt funksjonsevne i dagliglivet og kan skape ubehag som redusere livskvaliteten» (Malt & Aslaksen, 2022). Det oppstår ulike former for fysiologiske forstyrrelser i menneskets psykiske funksjon. Begrepet psykiske lidelse blir i dag brukt fremfor psykisk sykdom, diagnosen blir først stilt når en oppfyller bestemte kriterier (Kristoffersen, 2021, s. 113).

2.2 Somatisk sykdom

Somatisk/fysisk sykdom er en svikt knyttet til menneskets fysiologiske og fysiske funksjon. Symptomene vil variere ut fra hvor i kroppen infeksjonen har oppstått, symptomene vil også variere utfra alvorlighetsgraden av infeksjonen/sykdommen (Kristoffersen, 2021, s. 113).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er en evne som alle er født med og som er dypt naturlig. At vi som sykepleiere kommuniserer personorientert betyr at vi ser personen vi kommuniserer med som en hel person når det gjelder egen helse og livssituasjon, ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer. Pasienter uttrykker seg sjeldent om det som ligger hjertet nærmest, viser forskning. Helsebekymringen til pasientene uttrykkes sjeldent direkte, men gjennom indirekte kommunikasjon (Eide & Eide, 2021). Kommunikasjon forutsetter at det er en avsender og en mottaker, og at budskapet skal bli forstått fra begges ståsted. Oppstår det svikt i kommunikasjonen vil det si at budskapet er feiltolket, misforstått eller ikke oppfattet i det hele (Travelbee, 1999, s. 158).

I kommunikasjonen mellom en pasient og sykepleier er det viktig å tenke på maktfordelingen i denne settingen. Vi som sykepleiere er i en form for maktsituasjon, en situasjon som kan være langt sterkere enn man selv er bevisst på. Man tenker gjerne ikke over hvor mye makt man faktisk innehar, men ser gjerne på oss selv som likeverdige i pasientmøte, mens pasienten selv kjenner på det stikk motsatte. I og med at helsepersonell er i en givende rolle og pasienten er den som skal motta hjelp, vil det automatisk være et ujevnt maktforhold. I rollen

som helsepersonell følger det med en hel del forventninger både i forhold til holdninger, ferdigheter og kunnskap (Eide & Eide, 2021). Det er viktig å tenke på at pasienter, brukere og pårørende ofte automatisk gir helsepersonell troverdighet og tillit. «Tillit og mistillit er grunnleggende i mellommenneskelig kommunikasjon» (Eide & Eide, 2021).

Tillit handler om å gi fra seg deler av kontrollen i møte med den andre parten. Man tar en risiko man ikke alltid er forberedt på, når begge parter gir fra seg litt kontroll, og på den måten velger å stole på den andre parten. Man våger å gi fra seg noe ubestemt, sammen, som igjen viser gjensidig tillit. Når pasienter forholder seg til helsepersonell, vil man gjerne automatisk utlevere mer informasjon, enn hva man ellers hadde gjort, til en annen hvilken som helst person. Videre vil man kunne kjenne på at om man viser tillit, kan den også brytes (Eide & Eide, 2021).

Svikt i kommunikasjonen er ofte en årsak til at det oppstår uønskede hendelser rundt pasientsikkerheten. For å kunne styrke denne sikkerheten og heve kvaliteten på sykepleie-pasientmøte, er det viktig å utvikle gode kommunikasjonsferdigheter. Å inneha slike ferdigheter er et nyttig verktøy for å kunne forstå pasienten som person, kunne gi bedre støtte og hjelp, samt bygge en god sykepleie-pasient relasjon. På grunnlag av dette, kan vi sammen ta gode beslutninger og styrke trygghet hos pasienten (Eide & Eide, 2021). Arbeidshverdagen som helsepersonell er ofte travel, noe som gjør at man gjerne ikke får fullført påbegynte oppgaver, og heller ikke lyttet nok til pasienten. Dette kan medføre konsekvenser for pasienten i form av at viktig informasjon tilbakeholdes, i frykt for ytterligere belastninger på sykepleieren (Eide & Eide, 2021, s. 64).

2.4 Holdninger og etikk

En god relasjon mellom bruker og tjenesteyter har stor betydning for behandlingsresultatet, og kan ofte være viktigere enn hvilken behandlingsmetode som blir brukt (Stian Biong, 2018). Det er en maktskeivhet i relasjonen mellom helsepersonell og pasient, som gjør at pasienten er spesielt utsatt for å bli og føle seg krenket. Pasientene befinner seg i en vanskelig situasjon de i liten grad kan påvirke, og kan derfor være sårbare. Både helsepersonell og pasienter kan ha forskjellig syn på hva som oppfattes som god behandling og omsorg (Marit Helene Hem & Gonzalez, 2021). Sykepleieren har et ansvar, både etisk og profesjonelt, med tanke på å skape

et pålitelig møte med hver enkelt pasient. For at pasienten skal kunne føle seg trygg er denne relasjonen avgjørende. Sykepleieren må kunne forstå nødvendigheten av trygghet for å kunne fremme trygghet i pasientmøte (Gustafsson, 2021). Det stilles også krav til helsepersonellets utførelse av helsehjelpen. Helsepersonellets plikt til faglig forsvarlighet sier at man skal utøve helsehjelpen på en faglig forsvarlig og omsorgsfull måte (Helsepersonelloven, 2001, s. §4). Før ethvert pasient-helsepersonell-møte, kan det være relevant å reflektere over:

Hva betyr verdiene tillit, respekt, pålitelighet for meg som helsepersonell? Og hvordan kommer dette til uttrykk i møte med pasienter, brukere og pårørende? Hva betyr det å respektere pasientens autonomi i den aktuelle situasjonen? Hvordan balanserer jeg respekten for pasientens autonomi opp mot min plikt til å hjelpe? (Hem & Gonzalez, 2021, s.85).

For å fremme det rette og det gode, må helsepersonell ha en god situasjonsforståelse og kjenne de ulike alternativene for handlinger som finnes i den aktuelle situasjonen. Hvordan man tolker situasjonen er derfor avgjørende. Viktigheten av å være nysgjerrig i møte med pasienten blir også fremhevet (Marit Helene Hem & Gonzalez, 2021).

Den etiske refleksjonen handler om bevisstgjøring av ens holdninger og verdier, hva som er rettferdig og urettferdig, godt eller vondt, samt rett og galt. Helsepersonells holdninger til medarbeidere, pårørende og pasienter er essensielt (Marit Helene Hem & Gonzalez, 2021). Holdningsverdier er verdier som er sammenkoblet til opplevelsen av mening og den frie vilje. Holdningen vi velger å innta når man står overfor vanskelige livssituasjoner, kan være med på å styrke oss i hvordan vi håndterer livet. Holdningsverdi er en viktig del av mennesket uansett hvorvidt man har et religiøst livssyn eller ikke (Kristoffersen & Breievne, 2021).

Ifølge Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, betyr stigmatisering at vi gir pasientene dårlig omdømme eller en såkalt «merkelapp». Dette kan igjen medføre at de føler seg mindreverdige og at de ikke får den rettferdige behandlingen de fortjener. Helsehjelpen som blir utøvd er ofte farget av helsepersonellets forutinntatte bilde av pasientene (Hoel, 2021).

2.5 Pårørende

Pårørende er ofte en av de som kjenner pasienten best, og for oss som sykepleiere, er det viktig å bruke pårørende som en ressurs. De som står oppført som pårørende, kjenner pasienten, og kan bidra til støtte og motivasjon. Videre sitter de også ofte inne med kunnskapen om hvordan livet til pasienten tidligere har vært. Denne informasjonen kan bidra

til at omsorgen vi sykepleiere utøver ovenfor pasienten blir personsentrert (Kristoffersen et al., 2021, s. 24). Pasient og brukerrettighetsloven, sier at utgangspunktet og hovedregelen er at pårørende og nærmeste pårørende er de som pasienten/brukeren selv velger (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbri, 1999). Det er viktig å avklare med pasienten hvem som er deres nærmeste pårørende, da det er denne personen vi som sykepleiere har rettslige plikter overfor (Bøckmann & Kjellebold, 2021, s. 56).

2.6 Sykepleieteori

Travelbees teori sier at dersom man skal kunne etablere et godt forhold mellom sykepleier og pasient, eller menneske til menneskeforhold, er det viktig å se på hverandre som personer og ikke som roller. Hun mener at kommunikasjon er noe av det mest sentrale når en etablerer menneske til menneskeforhold.

Gjennom kommunikasjon kan man sikre at sykepleietiltakene er i tråd med den enkelte pasients behov (Kristoffersen, 2021, s. 256 og 257). I følge Travelbee er måten vi kommuniserer med pasienten, avgjørende for hvordan pasienten vil oppleve god omsorg. Motsatt, vil dårlig kommunikasjon, kunne forsterke ensomhet og isolasjonsfølelse hos pasienten. Pårørende og pasientene vil lettere kunne snakke om frykt og redsel dersom de har etablert en tillitsfull relasjon med sykepleieren (Travelbee, 1999). «Den ikke dømmende holdningen er en myte, for alle mennesker har en tendens til å bedømme andres atferd» (Travelbee, 1999, s. 198). Joyce mener at sykepleieren ikke skal gå inn i et pasientmøte med å være «ikke dømmende», men snarere tenke over hva vi faktisk dømmer pasienten for, i det aktuelle tilfellet, og hvordan dette kan påvirke pasient-sykepleier relasjonen. Det som gjør at man dømmer eller har slike holdninger, kommer an på hvor langt fra ens egne meninger eller holdninger til et tema denne pasienten er (Travelbee, 1999, s. 198).

2.7 Pedagogisk praksis i sykepleie

«Pedagogikk handler om læring og metoder som fremmer læreprosesser» (Evensen, 2019, s. 16). Sykepleierpedagogisk praksis innebærer å kunne møte forskjellige pasienter i ulike arenaer og situasjoner. Som helsepersonell må man derfor tilpasse den enkeltes situasjon og forutsetning for å tolke læringen (Evensen, 2019, s. 17). Simulering blir brukt i sykepleiestudiet for å styrke studentenes kompetanse. Simulering er en læreprosess som illustrerer ulike scenarioer fra virkeligheten. Kritisk tenkning og praktiske ferdigheter blir

fremmet i denne læreprosessen, nettopp for å unngå skade eller fare for pasienten (Evensen, 2019, s. 117).

3.0 METODE

Metode er et redskap vi bruker for å undersøke noe. Den hjelper oss å kunne samle inn data, slik at vi får den informasjonen vi trenger i analysen av de artiklene vi har valgt (Dalland, 2020, s 54). Vi har benyttet både kvalitativ og kvantitativ metode i oppgaven. Metoden skal gi troverdig kunnskap. Det vil si at man skal være objektiv og ærlig i prosessen, samt at data skal systematiseres. Resultatene skal være etterprøvbare og feilmarginer skal oppgis (Dalland, 2020, s 43,53). Den kvantitative metoden gir oss målbare data i tall. Den går i bredden av et tema, og eksempelvis kan den vise til gjennomsnitt av en befolkning eller prosentandel av befolkningen (Dalland, 2020, s 54). Den kvalitative metoden, kan på en annen side, ikke tallfestes eller måles, men viser heller til meningen og opplevelsen av et tema. Denne metoden gjør at man kan gå i dybden, hvor man får frem det særegne, og dermed en større forståelse av det aktuelle tema (Dalland, 2020, s 54-55).

3.1 Litteraturstudie

Vi har valgt en integrativ litteraturstudie, i henhold til Fribergs metode, for å belyse vår problemstilling: «Hvordan sykepleiere kan sikre en forsvarlig behandling for pasienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sykdom, med hovedvekt på kommunikasjon og stigmatisering». Det innebærer å lage en litteraturoversikt over aktuell kunnskap, innenfor sykepleierens kompetanseområde (Friberg, 2018, s148-150). En integrativ litteraturstudie bygges opp av ulike analysetrinn: Først redusering av data, deretter en oversikt over relevant data, videre en sammenligning av de ulike artiklene, og til sist konklusjoner som man til slutt bekrefter og godkjenner (Friberg, 2018, s 150).

3.1.2 Valg av databaser

I litteratursøket har vi benyttet søkemotoren Oria og valgt databaser innenfor helse og sykepleiefaget som Idunn, Cinahl, Pubmed, Medline, British Nursing Index, Svemed+ og Psyk Info. Vi var først mest opptatt av å finne norske og skandinaviske artikler, både grunnet språkbarrierer og mest mulig likhet til det norske helsesystemet. Dette viste seg imidlertid å være vanskelig. Til slutt ble det derfor engelske forskningsartikler vi bestemte oss for, og de ble primært funnet i den engelske databasen Cinahl.

3.1.3 Valg av søkeord

Etter anbefaling på akademisk kurs i regi av UIS, ble det brukt engelske ord i søkeprosessen for å finne flest mulig artikler. Det ble videre anbefalt å bruke Mesh for å finne synonym, bredere og mer presise fagbegrep, som gjorde oss bedre rustet til søkeprosessen på engelsk. Funnene ble lagt inn i PICO skjema etter anbefalinger fra UIS og etter lest pensumlitteratur Friberg (Friberg, 2018, s 41). PICO fungerer som et verktøy som hjelper oss med å få søkeprosessen i struktur. Dette gav oss en fin oversikt, samtidig som det gav oss mer presise søkeord. Videre var det med på å gjøre oss mer kritiske i søkeprosessen, da det stod mer klart for oss hva som hadde relevans for vår problemstilling og ikke. Trunkering ble også tatt i bruk for å få med alle bøyingsformer av orda som ble benyttet i søka, og dermed flere søkeresultat (Östlundh, 2018). Trunkering er en teknikk som benyttes for å få mer ut av søkeprosessen. Søker man eksempelvis med ordet nurse*, får man opp nurse, nurces og nurcing, i stedet for bare et av dem (Östlundh, 2018). Ordene vi primært brukte var «Mental health or mental illness» or «mental disorder or psychiatric illness» AND nurse or nurses or nursing. AND “physical illness and mental health AND communication”.

3.1.4 Valg av artikler

Når vi søkte i de ulike databasene hadde vi ulike inklusjon- og eksklusjonskriterier som ble tatt i bruk, vi la inn begrensninger, og søket tok utgangspunkt i artikler som var skrevet på engelsk. (Se egen tabell.) Vi avgrenset søket vårt til fagfelleverderte artikler med en maksalder på 10 år, voksne over 18 år og engelskspråklige artikler. Flere av de nyere artiklene som ble publisert de siste årene var forskning som ble gjort i forhold til påvirkning av Covid19, de artiklene valgte vi å ekskludere. Se ellers vedlagt tabell.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfelleverderte artikler	Artikler eldre en 10 år
Personer over 18 år	Yngre en 18 år
Norsk eller engelsk språk	Artikler som ikke var fagfelleverdert
Publiserings år 2013-2023	Skal ikke inneholde covid19
Skal kunne relateres til norsk/vestlig helsevesen.	Ikke afrikanske land

Artikler ble ekskludert dersom tittel og sammendrag ikke samsvarte med det valgte tema, samt om de ikke oppfylgte inklusjonskriteriene. Artiklene som oppfylte inklusjonskriteriene, ble hentet ut i fulltekst, hvor vi begge fikk gjennomgått dem hver for oss. Artikkelen «How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness» fant vi bare sammendraget av inne på Chinal. Vi måtte derfor ta kontakt med Universitetsbiblioteket for å få denne uthentet i papirformat fra annet bibliotek. Biblioteket ved UIS hadde tilgang, og skrev den ut fra nettstedet Sciencedirect, som er en stor bibliografisk database, med vitenskapelige og medisinske publikasjoner. Vi fant dermed artikkelen via et sekundærsøk. Forskning vi fant, var av både kvalitativt og kvantitativt materiale. Noen av artiklene var basert på intervju, mens en var basert på simulering.

3.2 Analyse

Fribergs analysemodell ble benyttet i vårs analysearbeid, for å sikre at data ble systematisert på riktig måte. Vi leste først gjennom artiklene ved flere anledninger, tolket de hver for oss og sammen til slutt. Metoden gav oss anledning til å identifisere og anerkjenne det viktigste i artiklene. Deretter sammensatte vi artiklene, for å finne vår felles forståelse av innhentet data (Friberg, 2018a). Sammen utarbeidet vi en litteratormatrise, med mål om å skaffe oss en oversikt over de viktigste momentene i artiklene. Videre ble alle artiklene skrevet ut og kodet med ulike farger, for en bedre oversikt over de ulike hoved- og underkategorier som er presentert i tabellen under.

Hoved og underkategorier relatert til funn i artiklene

Hovedkategori	Underkategori
Pasientens perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> • Tid • Kommunikasjon • Farget av stigma
Sykepleierens perspektiv	<ul style="list-style-type: none"> • Tid • Manglende kunnskap/kompetanse • Frykt • Farget av stigma • Kommunikasjon

Oversikt over valgte artikler

Forfattere, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study	Hvordan sykepleiere møter pasienter med psyksike lidelser prehospitalt	Undersøke sykepleieres erfaringer med å møte pasienter med psyksike lidelser	Sykepleieperspektiv.	Kvalitativ studie med 17 deltagere.
How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review	Hvordan sykepleiere opplever og håndterer stigmatisering. Og hvordan pasientene erfarer diagnostisk overskygging.	Undersøke hvordan stigmatisering og diskriminering påvirker sykepleien til pasienter med psykiske lidelser.	Tre av artiklene var fra pasientperspektiv, mens 4 av artiklene var fra sykepleieperspektiv. Og en fra både sykepleier og pasientperspektiv.	Kvalitativ studie med søk i syv ulike databaser.
Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature	Feilvurdering av fysiske helsesyntom til pasienter med samtidig psykiske lidelser.	Er å øke helsepersonells kunnskapen i forhold til denne pasientgruppen	Sykepleieperspektiv	Kvalitativ og kvantitativ

Improving Interprofessional Approaches to Physical and Psychiatric Comorbidities Through Simulation	Simuleringstrening som har blitt foreslått som ett verktøy for å forbedre helsepersonellens håndtering hos pasienter med samsatte lidelser.	Forbedre kunnskapen med tanke på å møte pasienter med samtidig psykisk og fysisk sykdom	Sykepleie og legeperspektiv.	Simulering. Både kvantitativ og kvalitative mål ble gjennomført både før og etter endt simuleringskurs.
Experiences and views of carers regarding the physical health care of people with severe mental illness: An integrative thematic review of qualitative research.	Pasienter med psykiske lidelser har også ofte somatiske plager	Vi som sykepleiere bør være oppmerksomme på risikoen for diagnostisk overskygging, og lytte til de pårørende.	Pårørende perspektiv.	Kvalitativ forskningsresultater.

4.0 RESULTAT

Hensikten vår med oppgaven er å utforske hvordan vi som sykepleiere kan sikre en forsvarlig behandling for pasienter med samtidig psykisk og fysisk lidelse, med hovedvekt på kommunikasjon og stigmatiserende holdninger. Her vil relevante funn fra artiklene bli presentert fortløpende.

4.1 Pasientperspektiv

Funnene fra artiklene blir her presentert gjennom et pasientperspektiv.

4.1.1 Tid

Tyermans studie viser at tid var en alvorlig barriere i forhold til pasient-sykepleiemøte. Pasientene følte at sykepleierne ikke hadde nok tid til å gi riktig omsorg, eller til å se og høre dem. Det fantes ikke tid til å diskutere, verken fysisk eller psykiske helseutfordringer. Møtet ble preget av hast og lite effektiv behandling (Tyerman et al., 2021). «Patients often felt rushed by their caregivers. For patients who experienced this, short encounters were felt to be insufficient to discuss mental or emotional health” (Tyerman et al., 2021).

4.1.2 Kommunikasjon

I følge artikkelen til Zetterberg, har mange pasienter med psykiske lidelser dårlige erfaringer med helsevesenet, hvor hovedgrunnen er svikt i kommunikasjonen og dårlig relasjon til pleieren (Johanna et al., 2022). Pasientene rapporterte om manglende selvsikkerhet og selvtillit, som kreves i å kommunisere med helsepersonell i fysiske helsetjenester. Som følge av dette var det utfordrende for pasientene å lage avtaler og diskutere passende behandling (Ho et al., 2022). Ineffektiv kommunikasjon mellom helsepersonell, brukere og pårørende var vanlige identifiserte problemer. Det påpekes at det var vanlig å skille den fysiske helse fra de psykiske helseutfordringene. De somatiske helseutfordringene ble også ofte oversett (Ho et al., 2022). Pårørende syntes at det var vanskelig å diskutere fysiske helseforhold med pasienten, da dette kunne trigge en mulig konflikt, eller brudd i omsorgsrelasjonen til bruker, om de minnet brukeren om å benytte noen av forslagene som kunne være bra for deres fysiske helse. Denne kommunikasjonsproblematikken hindret pårørende i å gi riktig støtte (Ho et al., 2022).

4.1.3 Farget av stigma

Helsepersonellens holdninger og kliniske kompetanse er også med på å påvirke pasientenes fysiske heelerfaringer. Det ble også nevnt at dette førte videre til diagnostisk overskygging, noe som reduserte responsen til tjenestene pasientene søkte. Forskningen viser at helsepersonell har dårligere holdning til disse pasientene. De fysiske helseplagene ble sett på som symptomer på den psykiske lidelsen (Ho et al., 2022). Stigmatiserings og diagnostisk overskyggingsproblematikken, ble sett på som barrierer for å oppsøke og motta støtte og for å få den behandlingen de trengte. Den forsinkede responsen på de fysiske helseplagene hos disse pasientene ble ikke tatt på alvor, noe som over tid førte til en forverring av deres fysiske helseproblem (Ho et al., 2022).

I følge til artikkelen til Tyerman, definerer WHO stigma som: “mark of shame, disgrace, or disapproval” for those living with mental illness. Discrimination results from stigmatization of mental illness whereby one’s human rights and freedoms are violated in all facets of life, including access to health care” (Tyerman et al., 2021). Pasientene var sårbare og manglet selvinnsikt i forhold til sin psykiatriske diagnose. Frykten for å bli stemplet, førte til at informasjonen de oppga ble sensurert. Stigma, erfart fra de med psykiske lidelser, fører til at de ikke søker den helsehjelpen de faktisk trenger i frykt for å møte stigma (Tyerman et al., 2021).

Studien til Hallyburton & Allison-Jones tar også opp problematikken, der personer med psykiske lidelser, ofte unngår å oppsøke helsehjelp grunnet frykt for stigma fra helsepersonell. Pasientene kan samtidig også stigmatisere seg selv, og unngår da å få nødvendig behandling og diagnose for egne psykiske bekymringer (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). Det finnes stigmatisering både på individ, institusjon og sosialt nivå. Å bli møtt med stigmatisering fra helsepersonell førte til sinne, frykt, frustrasjon og håpløshet. Stempel eller merkelapper de ofte fikk var: manipulator, utfordrende, oppmerksomhetssøkende, vanskelige og uforutsigbare. De ble heller ikke likestilt med andre pasientgrupper i forhold til oppfølging av sin medisinske tilstand. Dette var med på å skape barrierer i forhold til behandling av denne pasientgruppen (Tyerman et al., 2021).

4.1.3 Frykt

Frykt for dårlig oppfølging og feil behandling fra helsepersonell fører ofte til at pasienter med psykiske lidelser unngår å søke hjelp/behandling for sine fysiske plager og utfordringer (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). Erfaringsmessig sier flere av pasientene i Tyermans

studie, at de ved å bli stigmatisert eller diskriminert, førte til at de kjente på følelser som frykt, sinne, frustrasjon og håpløshet. Denne frykten for å bli stigmatisert førte også til redusert informasjon i møte med helsepersonellet (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

4.2 Sykepleieperspektiv

Her vil vi presentere relevant funn sett fra sykepleieperspektiv som kan påvirke vårt resultat i forhold til problemstilling.

4.2.1 Tid

Ifølge artikkelen (Hallyburton & Allison-Jones, 2023) forteller denne at tidspress kan være årsak til mangelfull hjelp og behandling. Tidspresset fører til at triagering av pasientene blir utsatt, noen som igjen kan føre til mangelfull og riktig hjelp. Det stilles også stadig høyere krav til helsepersonellet som igjen er med på å øke tidspresset (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). For å kunne opprette et godt pasient-sykepleie møte er noe av det mest grunnleggende tid. Det kreves tålmodighet og tid for å kunne forstå pasienten i pasientmøte, og uten tidspress vil det kunne legge til rette for en tillitsfull relasjon (Johanna et al., 2022). Mangelen på tid kan få sykepleieren til å stille seg selv spørsmål ved sitt ansvar for å ta vare på pasienten (Johanna et al., 2022). Sykepleierne i Tyermans artikkel forklarte tid som en barriere og grunn til dårlig og lite effektiv pleie. De følte også at denne pasientgruppen krevde mer tid enn det det faktisk hadde disponert tid til (Tyerman et al., 2021).

4.2.2 Manglende kunnskap/kompetanse

Helsepersonell i primærhelsetjenesten, somatiske sykehus og psykiske helsetjenester kan mangle kunnskap, selvtillit og gode nok ferdigheter i å møte pasienter med samtidig fysiske og psykiske helsebehov (Fernando, 2016). Simulering er dermed foreslått som en av metodene for å kunne bedre nettopp dette område for helsepersonell (Fernando, 2016). Hallyburton & Allison- Jones skriver at omsorgspersonell som jobber med denne pasientgruppen opplever det vanskelig å sette fysiske diagnoser hos psykiske syke mennesker, og at en bør informere de som jobber med denne pasientgruppen om fare for diagnostisk overskygging (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

Håpløshet og utilstrekkelighet oppstod når sykepleierne ikke følte de klarte å nå eller beskytte pasienten. Dette førte til sykepleierne tvilte på sin faglige kompetanse og ansvar, som igjen ga

dem følelser av skyld og fiasko. Møte med pasienter med psykiske lidelser krevde at sykepleierne hadde riktig kunnskap om fremgangsmåte for å kunne gi et best mulig behandlingstilbud til den enkelte (Johanna et al., 2022). Funnene i Zetterbergs artikkel viser at sykepleiere med manglende kunnskap om psykisk lidelsesomsorg står i fare for å oppfatte denne pasientgruppen som mindre interessant enn pasienter med somatiske lidelser. Det understrekes også behovet for å kunne utvikle sykepleierens evner til å forstå pasientperspektivet i sykepleier-pasient relasjonen (Johanna et al., 2022). Hallyburtons studie tar opp at manglende trening og kunnskap i arbeid med personer med psykiske lidelser er en faktor som ofte kan føre til feildiagnostisering av disse pasientene når de behøver behandling, og omsorg for fysiske sykdommer (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

4.2.3 Frykt

Deltagerne i Zetterbergs artikkel, refererer til frykt og usikkerhet grunnet pasienter med psykiske lidelser opplevdes uforutsigbare. Pasient-sykepleiersituasjoner kunne raskt endres og bli utrygge. Uventede pasientreaksjoner kunne oppstå, og de måtte da tilpasse seg endringer under stressende forhold. Sykepleieren opplevde at de ikke kunne stole på pasienten, og måtte derfor være på vakt for eventuelle endringer. Forsøk på etablering av kontakt med pasienten, kunne fremkalle truende atferd og dermed utløse en farlig situasjon (Johanna et al., 2022). I lys av dette, opplevde sykepleierne at det var vanskelig å resonnerer klinisk i pasientmøte, da de fryktet å si, eller å gjøre noe feil, som igjen kunne forverre pasientens psykiske lidelse. Et annet tema var helsepersonellens frykt for å overse tegn på somatisk sykdom (Johanna et al., 2022). Frykt for vold, eller utfordrende adferd fra pasienter med psykiske lidelser, nevnes som en årsak til helsepersonells manglende omsorg og pasientkommunikasjon (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

4.2.4 Farget av stigma

Stigmatisering av pasienter med psykiske lidelser foregår i hele samfunnet, og helsepersonell blir også farget av dem. Stigma blir identifisert som en nøkkelfaktor til feildiagnostisering av pasienter med psykisk sykdom med samtidig fysisk sykdom, da den fysiske sykdommen ofte blir oversett (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). Helsepersonell møter ofte disse pasientene med en forutbestemt holdning og oppfatning, om at denne pasientgruppen er vanskelig og ser på dem som inkompetente, uforutsigbare, vanskelig og til tider voldelige. Stigma kan føre til

at pasientene får dårlig behandling, kan føle seg ekskludert, oversett, avvist eller feildiagnostisert (Tyerman et al., 2021).

Når helsepersonellet ikke greide å gjenkjenne de fysiske plagene, førte dette til forverring av de fysiske symptomene og noen ganger til tidligere død (Tyerman et al., 2021). Sykepleierne var emosjonelt påvirket. De opptrådte med negative holdninger når de skulle gi omsorg og pleie til denne pasientgruppen. De følte ikke at de kom noen vei: «What is the point?», og de følte ikke at de kom til å bli bedre, de var usikre på om det de gjorde faktisk hjalp pasientene (Tyerman et al., 2021). Stigmatiserende holdninger blant helsepersonell, har tidligere også blitt identifisert som en av hovedårsakene til utilstrekkelig respons på fysiske helseproblemer, da helsepersonell lett kan bli farget av den psykiske lidelsen (Ho et al., 2022).

4.2.5 Kommunikasjon

Forskningen fra «Experiences and views of carers regarding the physical health care of people with severe mental illness» indikerer også at helsepersonell må kunne kommunisere med pårørende på en mer effektiv måte, og at de tar innover seg pårørendes bekymringer om fysisk sykdom hos dem med psykiske lidelser. De må også være klar over, og tenke på diagnostisk overskygging, som en vanlig belastning med tanke på kommunikasjonen relatert til denne pasientgruppen (Ho et al., 2022). Det er derfor nødvendig at psykiatriske sykepleiere, eller sykepleiere som jobber med pasienter med psykiske lidelser, jobber aktivt med å involvere pårørende i å håndtere fysiske helseutfordringer, spesielt med å utforme felles fysiske helseplaner med praktisk informasjon og råd (Ho et al., 2022).

I Zetterbergs studie, oppga sykepleierne at informasjonen de fikk før oppdragene ikke alltid samsvarte med hva de faktisk møtte ved ankomstet. Dette var med på å skape vansker. Om sykepleierne imidlertid tok seg tid til å finne et lukket rom, med rolig atmosfære for å ta ankomstsamtalen, ville dette gi et bedre grunnlag for god kommunikasjon. Det viste også at dersom sykepleieren kunne lytte til pasienten, være empatisk og ha fokus på både verbal og non verbal kommunikasjon, ville dette kunne styrke tillitsforholdet dem imellom (Johanna et al., 2022). Dette samsvarer også med Tyermans studie som viser til sykepleiernes vanskelighet med å forstå denne pasientgruppen. Det var også utfordrende å finne et egnet, rolig sted, for å kunne skape en god relasjon for denne pasientgruppen og for å videre kunne utøve effektiv kommunikasjon og god behandling (Tyerman et al., 2021).

Hallyburtons studie viser til sykepleiernes viktige rolle. Om sykepleierne jobber i primærhelsetjeneste, psykiatriske døgnenheter eller akuttmottak, er deres jobb avgjørende for å kommunisere med pasienter. De må vise empati og kunne gi en passende omsorg til den enkelte (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). Til slutt, viser også simuleringsstudien til bemerkelsesverdig god effekt i forhold til forbedring av blant annet kommunikasjonsferdigheter blant helsepersonellet. Helsepersonellet rapporterte om økte ferdigheter i å bedre omsorgen til pasienter med fysiske og psykiske helseplager (Fernando, 2016).

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Geografi

De utvalgte studiene ble gjort i Norge, Sverige, Spania, Australia, UK, USA, Canada og Japan. Vi ønsket å ha artikler hvor flest mulig av studiene kunne relateres til vestlig og norsk kultur og helsetjenester, slik at en kunne belyse tiltak som lett kan brukes i det norske helsevesenet. Den ene artikkelen tok for seg en liten del fra Japan, dette var imidlertid en så liten del av totalen at vi likevel valgt å ta den med.

5.1.2 Forskernes bakgrunn

Vi utførte et sekundærsøk på de ulike artikkelforfatterne angående deres kvalifikasjoner. Det viste seg at flere av dem hadde lang fartstid i sin profesjon som både professorer, spesialsykepleiere, sykepleiere, psykologer og leger. Dette var med på å kvalitetssikre artiklene og dermed støtte oppunder vårt valgte tema. Vi så oss dermed fornøyd med tanke på kvaliteten på valgte artikler.

5.1.3 Studienes deltakere

Deltakerne i studiene var både kvinner og menn med ulik sosial bakgrunn og alder med somatisk og psykiatrisk lidelser. Ulike yrkesgrupper av helsepersonell som leger, sykepleiere, psykologer, psykiatrisk sykepleiere og annet helsepersonell deltok. Samtlige studier ivaretok etiske forhold ved å anonymisere deltagerne, studien var frivillig og deltagerne hadde også mulighet til å trekke seg. Noen hadde lengre fartstid enn andre. Dermed ga det ulikt perspektiv både hos pasienter og helsepersonell.

5.1.4 Studienes metoder

Vi har valgt å bruke studier som benyttet seg av både kvantitativ og kvalitativ metode. Dette for å kunne gi dybde og breddeforståelse (Friberg, 2018b). Noen tok utgangspunkt i pasientsentrert perspektiv og andre sykepleieperspektiv, mens andre inkluderte begge perspektiv. Det ble benyttet både simulering, intervjustudie og Whittermore og Knafl gjennomgangsmetodikk som inkluderer problemidentifikasjon, litteratursøk, dataevaluering, dataanalyse og presentasjon av endelig analyse. Når vi på ny skulle gjennomgå artiklene for

resultatanalyse fant vi at den ene artikkelen ikke svarte godt nok på vår problemstilling. Vi bestemte oss derfor for å ekskludere denne artikkelen, og finne en ny. En svakhet med oppgaven vår, er at vi har valgt ut artikler som er skrevet på engelsk og oversettelsen av artiklene kan derfor være en mulig feilkilde. Der vi har valgt å sitere, har vi valgt å sitere på engelsk i frykt for feiltolking.

I etterpåklokskapens lys ser vi at artikkelen til Fernando (2016) som omhandler simulering i forhold til denne pasientgruppen, gjerne kunne lagt mer vekt på tid og kommunikasjon. Da dette kunne ha vært med å styrke svaret på vår problemstilling ytterligere. Samtidig føler vi at de andre artiklene sammen med denne svarer godt på problemstillingen vår.

5.2 Resultatdiskusjon

Dette kapittelet tar for seg diskusjon av funn og teori, både fra pasient og sykepleieperspektiv, samt egne refleksjoner og erfaringer.

5.2.1 Pasientperspektiv

Tid

Helsepersonell prater ofte om hvor travelt de har det i arbeidssituasjonen både overfor pasienter og kollegaer. De opplever at de ikke har god nok tid til å ta seg av pasientene. Pasientene vil da føle seg til bry, og ofte unnlater viktig informasjon i forhold til sin helsesituasjon (Eide & Eide, 2021, s. 64). De tidsutfordringene helsepersonell møter daglig, kan få negative konsekvenser og gjerne medføre at man ikke gjør oppgavene på en ordentlig måte, og deretter ser på pasienten som en byrde (Eide & Eide, 2021, s. 64). Dette samsvarer med funnene i Tyermans studie, hvor det fortelles om pasientene unnlater å fortelle om sine fysiske og psykiske helseutfordringer grunnet tid og følelse av å være utilstrekkelig (Tyerman et al., 2021). Vi har selv erfart hvor lett vår hektiske hverdag kan påvirke pasienten. Når pasientene ser oss løpe fra det ene til det andre, og ikke har tid til å sette seg ned for å ha en rolig, fortrolig samtale kan dette påvirke pasienten slik at de ikke tør å ta opp problemer eller tema de ønsker å få hjelp til.

Imidlertid sier helsepersonelloven at vi skal utføre et forsvarlig arbeid, men klarer vi som fremtidige sykepleiere å gi en omsorgsfull hjelp til denne pasientgruppen, når vi som helsepersonell stadig er under tidspress? (Helsepersonelloven, 2001). I lys av dette tenker vi at denne pasientgruppen ikke alltid får den faglig forsvarlige helsehjelpen de har krav på.

Kommunikasjon

Funnene fra studien til Zetterberg (Johanna et al., 2022) viser til svikt i kommunikasjonen, og dårlig relasjon mellom pasient og helsepersonell. Dette fører til at pasienter med psykiske lidelser har dårlig erfaring med helsevesenet (Johanna et al., 2022). (Ho et al., 2022) støtter opp om kommunikasjonsproblematikken knyttet til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter med psykisk lidelser med samtidig fysisk sykdom. Studien forteller om pasienter som slet med lav selvtillit og selvsikkerhet, som medførte problemer med å kunne ta opp kommunikasjon knyttet til sine helseproblem (Ho et al., 2022). Ifølge teorien står pasient og helsepersonell i et ujevnt maktforhold, da pasient er mottakeren av pleie, mens sykepleiere er i den givende rollen (Eide & Eide, 2021). For å utjevne dette maktforholdet viser våre erfaringer at det må opprettes en tillitsfull relasjon til pasienten. Dette kan gjøres med en åpen og lyttende kommunikasjon. Det er viktig at pasienten føler seg sett og hørt. Våre erfaringer blir også støttet opp av Travelbees teori, der pasienter lettere vil kunne prate om frykt og redsel dersom det er etablert en tillitsfull relasjon med sykepleieren (Travelbee, 1999).

Farget av stigma

Funn fra Tyermans studie viser at stigmatiserende holdninger fra sykepleiere påvirker pasientenes rett til autonomi, og at sykepleierne heller ikke klarer å gi en helhetlig behandling til pasientene. De psykisk syke pasientene sitter igjen med en følelse av at de fysiske plagene blir underbehandlet (Tyerman et al., 2021). Stigmatisering foregår både på individ og samfunnsnivå. Pasientene har ofte stemplet seg selv som psykisk syk, og har derfor problemer med å få fysisk helsehjelp grunnet frykten for at helsepersonell skal gjøre det samme. Dette medfører at de unngår å søke aktuell helsehjelp (Tyerman et al., 2021). Hallyburtons studie ser ut til å ha kommet frem til samme resultat, der pasientene har problem med å faktisk tørre å oppsøke den nødvendige helsehjelpen i frykt for stigma (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

Våre erfaringer fra praksis i rus og psykiatri viste også at flere pasienter kvier seg for å ta kontakt med helsepersonell, da de følte at de fysiske plagene ikke ble tatt på alvor, men heller ble relatert til den psykiske lidelsen. Dette blir også hevdet i Ukoms rapport (UKOM, 2023) som igjen støttes av forskningen til Ho et al.,(2022). Rapporten sier at pasientenes fysiske helseplager ofte blir oversett eller relatert til den psykiske lidelsen. Dette fører til at denne pasientgruppen ofte kommer tilbake senere med en langt mer kritisk helsetilstand (Ho et al., 2022).

5.2.2 Sykepleierperspektiv

Tid

Funn fra både Hallyburton & Allison-Jones, (2023) og Johanna et al., (2022) viser at mangel på tid til pasientene er en barriere for at sykepleierne skal kunne yte god nok omsorg og behandling til denne pasientgruppen. Det krever tid å skape en trygg og tillitsfull relasjon i møte med pasienten, både for pasient og sykepleier. I sykepleier-pasientmøte kan det å ha avklart en tidsramme på møtet, være et nyttig hjelpemiddel. På den måten kan man lettere konsentrere samtalen om det aktuelle problemområdet, både for pasient og sykepleieren (Eide & Eide, 2021, s. 125). Det handler ikke om å tidsbegrense møtet, men å skape en ramme for det som er vesentlig. Dette er med på å etablere bedre og raskere kontakt, og gir dermed en mer tilfredsstillende behandling (Eide & Eide, 2021, s. 125). Erfaringsmessig krever pasienter med psykisk lidelse med samtidig somatisk lidelse, mer tid enn hva som ofte er avsatt i et sykepleier-pasient-møte. Dette illustreres også i Tyermans studie: «Nurses often felt patients presenting with a mental illness needed excessive surveillance which required more time than they felt they did not have» (Tyerman et al., 2021).

Manglende kunnskap/kompetanse

Ifølge Johanna (2022) er det manglende kompetanse blant sykepleiere i psykisk helseomsorg. Dette er med på å skape en barriere i sykepleier- pasientenrelasjonen. I tillegg står sykepleierne i fare for å oppfatte denne pasientgruppen som mindre interessante enn pasienter med somatisk tilstander. Dette viser viktigheten av å jobbe med intervensjoner og holdninger blant helsepersonell for å kunne etablere en omsorgsfull relasjon (Johanna et al., 2022). Det er en overhengende fare for at sykepleierne ikke oppfatter pasientenes tillit riktig, og på den måten oppstår det en konflikt mellom pasientenes behov og sykepleiernes opplevde ansvar (Johanna et al., 2022). Forskning viser at pasientene ikke opplever seg godt nok ivaretatt i en nødsituasjon. Dette understreker behovet for sykepleierens evne til å forstå sykepleier-pasientrelasjonen fra et pasientperspektiv (Johanna et al., 2022).

I følge Hallyburtons studie kan manglende trening og kunnskap føre til feil behandling og manglende omsorg (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). Teorien forteller at simulering kan være et nyttig verktøy som kan være med på å styrke sykepleiernes kompetanse (Evensen, 2019). Fernando støtter denne teorien og viser til gode resultater ved bruk av ulike simuleringstreningsverktøy (Fernando, 2016). Simuleringstrening kan bidra til å bygge bro mellom de ulike helseinstitusjonene innen somatisk og psykisk helse. Simuleringen er en gjenskaping av

virkelige scenarioer ved hjelp av audiovisuell teknologi, videre etterfulgt av en debrief. Dette blir gjort for å kunne fremme helsepersonellens faglige kompetanse. Slik simuleringstrening er med på å gi helsepersonellet bedre kunnskap om hvordan de skal håndtere denne pasientgruppen på en mer omsorgsfull og profesjonell måte (Fernando, 2016). Denne forskningen er med på å gi helsepersonell utvidet kunnskap og en bedre klinisk forståelse og anerkjennelse av psykopatologi. Pasientens tillit til den kliniske sykepleiebehandlingen har vist seg å bli bedre med denne typen simulering inkludert i utdanningen. Simuleringen viser videre til en reduisering av negative holdninger til pasienter med psykiske lidelser, og ikke minst bedring av kommunikasjonsferdigheter med denne pasientgruppen (Fernando, 2016).

Under siste praksis i psykiske helse og rus fikk vi delta i simulering i regi av SUS. Her fikk vi erfare hvordan en psykisk syk pasient kan oppleve et sykepleie-pasient-møte. Ved hjelp av hodetelefoner fikk vi selv kjenne på flere forstyrrende, og skremmende stemmer/lyder mens en angivelig sykepleier eller helsepersonell prøvde å få i gang en samtale med oss. Lyd, lys og stemning påvirket måten man tenkte og handlet på. Etter en gjennomgang av de ulike scenarioene i etterkant, satt vi igjen med ny og nyttig kunnskap om hvordan den psykisk syke pasienten kan oppleve oss som helsepersonell. Det gav oss viktig innsikt og kunnskap i forhold til best mulig samhandling og kommunikasjon med denne pasientgruppen.

Frykt

Ifølge (Gustafsson, 2021) har sykepleierne et etisk og profesjonelt ansvar når det gjelder å skape en trygg relasjon til hver enkelt pasient. Imidlertid viser realiteten tidspresset i sykepleiehverdagen, som gjerne kan være en markør for hvorfor en har problemer med å skape en tillitsrelasjon til pasienten (Eide & Eide, 2021). Hem & Gonzalez peker også på viktigheten av god situasjonsforståelse, og kunnskap om de ulike handlingsalternativene for den enkelte situasjon (Marit Helene Hem & Gonzalez, 2021).

Fra våre erfaringer i rus & psykiatripraksis kan det i enkelte tilfeller oppleves skremmende i pasientmøter, grunnet frykt for reaksjoner som fysisk vold eller verbal utagering. Dette påpeker også to av våre analyserte artikler (Johanna et al., 2022) og (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). De hevder at frykt kan være en barriere i pasient-sykepleier forholdet, den kan endre stemningen raskt, og frykten for fysisk vold er ofte det som vanskeliggjør

kommunikasjonen. Sykepleierne i studien hadde problemer med å stole på pasienten, og må derfor være på vakt for endringer. Forsøk på etableringen av et sykepleie-pasient-forhold kunne ofte fremkalle truende adferd og på den måten fremkalle en farlig situasjon. Dette kan videre føre til manglende omsorg og helsehjelp (Johanna et al., 2022).

Stigmatiserende holdninger

Holdningsverdier er ifølge teorien verdier som er sammenkoblet med opplevelsen av uavhengighet. Hva som er rett eller galt, urettferdig eller rettferdig (Marit Helene Hem & Gonzalez, 2021). Helsepersonellens holdninger og kliniske kompetanse er med på å påvirke pasientenes fysiske helseerfaringer (Ho et al., 2022). Tyermans studie hevder også at helsepersonell ofte kan være farget av holdninger der pasientene opplever å bli stemplet som mindreverdige (Tyerman et al., 2021). Joyce Travelbee viser til dette med et eksempel der en pasient med psykosomatisk lidelse kan bli stemplet som «nevrotisk». Videre beskriver hun at helsepersonell automatisk vil gå inn i pasientmøte med en forutbestemt mening om hvordan denne pasienten er. Man må være bevisst sine egne, mulige forutinntatte holdninger, og hvordan denne pasienten vil oppfatte sykepleierens holdning i pasient-sykepleier møte (Travelbee, 1999, s. 198).

Som helsepersonell har vi selv fått erfare hvordan det oppleves å bli farget av andres holdninger. Gjennom å høre kollegaer diskutere en aktuell pasient i en rapport, eller at man leser en rapport og dermed danner seg et bilde av denne pasienten. Når en da møter pasientene, kan bildet en har dannet seg på forhånd være uforenelig med hva vi så for oss. Vi tenker at dette oftest skyldes at disse pasientene er gjengangere, som «sliter» ut helsepersonellet med de samme problemstillingene uten å kunne relatere dette til fysisk sykdom. Når denne tilbakevendende pasienten kommer inn igjen for en fysisk lidelse har vi opplevd det som vanskelig å ta denne type pasienter på alvor, da vi er farget av pasientens psykiske lidelse.

Det kan da oppleves utfordrende å tolke de fysiske symptomene. Disse pasientene blir ofte ikke tatt like alvorlig som en «enkel somatisk pasient». Dette blir også påpekt i Hallyburtons studie, som viser at stigmatisering har en sentral rolle i feildiagnostisering hos pasienter med fysisk og psykisk lidelse (Hallyburton & Allison-Jones, 2023). På en annen side blir sykepleiere opplært til å forholde seg til flere etiske grunnprinsipp, deriblant

rettferdighetsprinsippet. Dette innebærer at vi i størst mulig grad skal tilstrebe lik behandling og like rettigheter, etter den enkeltes behov, og ikke etter fortjeneste (Kristoffersen & Nortvedt, 2021, s. 42). Etter gjennomført simulering både på UIS og SUS har vi sett stor betydning av denne type opplæring. Vi sitter igjen med et større bilde av hvordan det kan oppleves å være psykisk syk. Dette har gitt oss en bedre forståelse av hvordan man bedre kan imøtekomme dem, og på den måten hindre stigmatiserende holdninger. Det blir også støttet av funnene i Fernandos studie som viser simulering kan redusere negative holdninger til denne pasientgruppen (Fernando, 2016).

Kommunikasjon

«Alle situasjoner sykepleieren befinner seg i, omfatter kommunikasjon med andre» (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). Aktiv lytting, stille åpne spørsmål, og gi pasienten god tid til å få svare utdypende er grunnlaget for gode kommunikasjonsferdigheter. Måten sykepleieren kommuniserer på kan bidra til at pasienten føler seg ivaretatt og trygg (Kristoffersen et al., 2021, s. 23). Egne arbeidserfaringer, samt erfaringer fra studiet viser viktigheten av å kunne simulere ulike kommunikasjonsscenarioer med denne type pasienter, slik at våre kommunikasjonskunnskaper rundt denne pasientgruppen blir best mulig. Det kan være med på å bygge selvtillit og trygghet i samhandling med pasienter med psykiske lidelser med samtidig somatisk helseutfordringer.

Fernandos studie beskriver også simulering som en viktig faktor til å kunne bedre kommunikasjonsferdighetene til pasienter med psykiske lidelser (Fernando, 2016). Ifølge Travelbees teori om kommunikasjon, kan dårlig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient føre til mistolkning og feiloppfatninger av budskapet (Travelbee, 1999, s. 158). Dette fremhever viktigheten av simulering.

For å kunne utføre god sykepleie, er det å etablere et likeverdig menneske- til menneskeforhold essensielt for å skape en god pasient-sykepleierrelasjon. Det forholdet blir dannet via god kommunikasjon tilpasset den enkeltes behov og situasjon (Travelbee, 1999). Dette fremheves også i Zetttersbergs studie som viser til grunnlaget for et tillitsfullt forhold i møte med pasienter med psykisk lidelser må begge parter kunne gå inn i samtalen. Det kreves også tillit fra begges ståsted i et omsorgsfullt forhold. Pasienten må kunne stole på sykepleieren og omvendt (Johanna et al., 2022). Tillit fra pasientens ståsted handler om å gi fra seg ansvaret til sykepleieren. Samtidig fremheves viktigheten av sykepleierens ytelse som

en pålitelig profesjon (Johanna et al., 2022). Gustafson refererer også til sykepleierens ansvar både profesjonelt, og etisk med tanke på å kunne skape et pålitelig møte med den enkelte pasient (Gustafsson, 2021).

Hallyburtons studie vektlegger økt samarbeid mellom fysisk og psykisk helseinstitusjoner, videreutdanning og forbedring av pasient-helsepersonell kommunikasjon, og mener dette er nøkkelen for å kunne gi en helhetlig rettferdig omsorg (Hallyburton & Allison-Jones, 2023).

Våre egne erfaringer viser viktigheten av å involvere pårørende i kommunikasjon med denne pasientgruppen, da det kan bidra til å styrke samhandlingen med den aktuelle pasienten. For helsepersonell er det da viktig å huske at kommunikasjonen med pårørende er regulert av taushetsplikten (Taushetsplikt og opplysningsrett, 2000). Pasienten bestemmer selv hvem som er nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl, 1999). Studien til (Ho et al., 2022) refererer også til viktigheten av kommunikasjon med pårørende, hvor den beskriver kommunikasjonen som mer effektiv om vi bruker pårørende på riktig måte.

Vi må benytte kunnskapen og informasjonen pårørende har om den enkelte pasient, og på den måten får vi et klarere bilde og større forståelse om hva som er grunnlaget for pleien som blir gitt (Ho et al., 2022).

6.0 KONKLUDERENDE AVSLUTTNING OG RESULTATENES IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Vår oppgave tar for seg hvordan sykepleiere og pasienter opplever stigmatisering og kommunikasjon sett fra et pasientperspektiv, men med hovedfokus på sykepleieperspektiv. Konsekvensene av dårlig kommunikasjon og stigmatiserende holdninger relatert til pasienter med psykisk lidelse med samtidig somatisk sykdom, kan føre til underbehandling og økt dødelighet hos denne pasientgruppen. Vi mener det er viktig å kunne fjerne seg fra sine forutinntatte holdninger til pasienten, og heller se pasienten som person, ikke som sykdommen.

Vi tenker at involvering av pårørende kan være et viktig tiltak for å bedre både kunnskap, forståelse og holdning til den enkelte pasient. De pårørende kan sees på som en viktig ressurs, da de kan inneha viktig informasjon som pasienten selv gjerne ikke vil eller klarer å dele.

Andre viktige tiltak som kan være med på å øke sykepleiernes kompetanse, er å ha økt fokus på kunnskapsbasert undervisning og simulering rundt dette tema under sykepleierens grunnutdanning. Det vil også være høyaktuelt med deling av kunnskap helsepersonell seg imellom, samt fagsamarbeid rundt praktisksimulering av aktuelle problemstillinger for denne pasientgruppen. Vi ønsker konkret simulering, hvor en får innblikk fra et pasientperspektiv, hvor psykisk syke pasienter med samtidig somatisk helseproblemer oppsøker hjelp. På den måten tenker vi at det kan være lettere å forstå den enkeltes situasjon og problematikk. Det vil også kunne bidra til økt kunnskap om samhandling med denne pasientgruppen.

Med den nye erfaringen og kunnskapen vil vi kunne gå inn i pasientmøte med helt andre holdninger og bedre kommunikasjonsferdigheter. Et annet aktuelt tiltak kan være opplæring av effektive håndteringsstrategier, og gode sykepleie-pasientkommunikasjonsteknikker fra sykepleiere med lang arbeidserfaring i forhold til denne pasientgruppen. Dette kan være med på å styrke kunnskapen til helsepersonellet og dermed forbedre kvaliteten på helsehjelpen som blir gitt.

Å forbedre samarbeidet mellom somatisk og psykiatriske helseinstitusjoner vil også være et aktuelt tiltak for å forebygge underbehandling. Vi mener dette kan være med på å gi denne pasientgruppen en mer helhetlig og forsvarlig behandling. Samtidig trengs det også økt søkelys på somatiske symptomer hos pasienter med psykiske lidelser. Dette for å lettere kunne unngå overskygging av somatiske lidelser og stigmatiserende holdninger. Teorien viser manglende kunnskap om somatiske symptomer hos pasienter med psykisk lidelse, det blir

også støttet opp fra funn i våre valgte artikler. På grunnlag av dette mener vi at det bør være økt fokus på dette området i helsesektoren. Vi tenker at totalen av de forslåtte tiltakene kan være med å bidra til å sikre at denne pasientgruppen vil få en helhetlig og forsvarlig helsehjelp. Som igjen vil kunne bidra til forbedring i livskvalitet, og mulig lengre levetid. Våre funn sammen med teorien indikerer at det trengs mer forskning for å fastslå hvordan helseomsorgen og utdanningsinstitusjoner kan spille en viktig rolle i å unngå stigma i forhold til pasienter med psykiatrisk lidelse med samtidig somatisk sykdom. Avslutningsvis ønsker vi derfor å oppfordre til videre forskning og diskusjon om dette aktuelle tema i helsesektoren.

Litteraturliste:

- Bøckmann, K. & Kjellevoid, A. (2021). *Pårørende i helse og omsorgstjenesten* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Eide, H. & Eide, T. (2021). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evensen, H. B. A. E. (2019). *Pedagogisk Praksis i sykepleie* (K. Ingstad, Red. 3, 2021. utg.). Gyldendal.
- Fernando, A., Attoe, C., Jaye, P., Cross, S., Pathan, J., & Wessely, S. (2016). Improving Interprofessional Approaches to Physical and Psychiatric Comorbidities Through Simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(4), 186-193.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.12.004>.
- Folkehelseinstituttet. (2014, 17.08.2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Friberg, F. (2018a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats veiledning for litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 129-138). Studentlitteratur AB, Lund.
- Friberg, F. (2018b). Att gora en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags for uppsats vagledning for litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 141-152). Studentlitteratur AB, Lund.
- Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Grunnleggende behov og helse* (4. utg., s. 93-107). Gyldendal akademisk.
- Hallyburton, A. & Allison-Jones, L. (2023). Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(4), 649-662. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12911>
- Helsedirektoratet. (2022, 30.september 2022). *Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Helsepersonelloven. (2001). *Forsvarlighet* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata.
- Ho, L.-L., Li, Y., Gray, R., Ho, G. W. K. & Bressington, D. (2022). Experiences and views of carers regarding the physical health care of people with severe mental illness: An integrative thematic review of qualitative research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(6), 774-787.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12804>

- Hoel, T. L. (2021, 11 januar 2021). *Stigma fører til diskriminering*. Erfaringskompetanse.no. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/stigma-forer-til-diskriminering/>
- Johanna, Z., Elin, V., Mats, H., Henrik, A. & Jonas, A. (2022). Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 21(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00868-4>
- Kristoffersen, N. J. (2021). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-fag og profesjon* (4. utg., s. 79-129). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 45-96). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2021). Sykepleie-relasjoner, verdier og etikk. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-fag og profesjon* (4. utg., s. 29-72). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie-fag og profesjon*. (4. utg., s. 15-27). Gyldendal akademisk.
- Malt, U. & Aslaksen, P. (2022, 24/11-2023). Psykiske lidelser IE. Bolstad (Red.), *I store medisinske leksikon*. https://sml.snl.no/psykiske_lidelser?gclid=CjwKCAiAsIGrBhAAEiwAEzMIC8AwITm3C0Vt-ZFjZqih-uxsw5Abocwak8SoSHhmm-tV4HJfphGNaBoCeyMQAvD_BwE
- Marit Helene Hem & Gonzalez, M. T. (2021). Etske utfordringer i arbeid med mennesker med psykiske lidelser. I *Psykiske lidelser-faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 84-94). Gyldendal Norsk Forlag.
- Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)* (§ 1-3 b). lovdata.
- Stian Biong, S. Y. (2018). *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (Bd. 2). Cappelen Damm AS.
- Taushetsplikt og opplysningsrett. (2000). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)* (§21). Lovdata.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (9. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tyerman, J., Patovirta, A.-L. & Celestini, A. (2021). How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(2), 153-163. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1789788>

UKOM. (2023, 23.august 2023). *Somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse*. UKOM. <https://ukom.no/rapporter/somatisk-helse-hos-pasienter-med-alvorlig-psykisk-lidelse/sammendrag>

Östlundh, L. (2018). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg., s. 59-82). Studentlitteratur AB, Lund.

Vedlegg 1 søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
25/10-23	Chinahl	mental health or mental illness or mental disorder or psychiatric illness AND nurse or nurses or nursing AND somatic	Fagfelleverdertidsskrift Årstall 2013-2023	92	5	1	1
25/10-23	Chinahl	Nurse* AND mental health AND physical health	Fagfelleverdertidsskrift Årstall 2013-2023	565	4	0	0
25/10-23	Idunn	Sykepleie AND mental helse AND fysisk lidelse	Fagfelleverdertidsskrift Årstall 2013-2023	65	1	0	0
25/10-23	Chinahl	Nurse or nurses or nursing AND physical	Fagfelleverdertidsskrift	2	2	2	1

		illness and mental health AND stigma of mental illness or stigma of mental health	Årstall 2013-2023				
30/10-23	Chinahl	nurse or nurses or nursing AND physical illness and mental health AND communication	Fagfelle rdert Tidsskrift Årstall 2013-2023	5	4	3	3
22/11-23	Chinahl	Communication AND nurse or nurses og nursing AND mental health and physical health	Fagfelle rdert tidsskrift Årstall 2013-2023	38	3	1	1

23/11-21	British Nursing Index	Mental health role mental health nurse AND communic ation and communic ation.	Fagfelle vurdert tidsskrift. Årstall 2013-2023 Norsk- svensk	5916	2	0	0
----------	-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	------	---	---	---

Vedlegg 2 litteratormatrise

Nurses' experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study

Forfattere	Zetterberg Johanna, Vistin Elin, Holmberg Mats, Andersson Henrik og Alex Jonas
År, land	2022, Sverige
Metode	17 deltagere. Sykepleieperspektiv. Kvalitativ studie, ble brukt semistrukturerte intervju for å samle data. Sykepleierne som deltok var av ulik alder, kjønn og hadde ulik yrkeserfaring som sykepleiere. Frivillig og delta, og deltagerne kunne trekke seg om de ønsket.
Hensikt	Studie som dekker sykepleiere som jobber prehospitalt, hvor de møter mennesker med ulike psykiske lidelser. Har vist seg at sykepleiere synes pasienter med psykiske lidelser er mindre spennende en pasienter med akutt somatisk sykdom. Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaring med å møte pasienter med psykiske lidelser.
Resultat	Resultatet viser at sykepleierne ønsker å legge til rette for en tillitsfull relasjon. Samtidig som møte med sykepleieren ofte er preget med mistillit, og det påvirkes av forforståelse og følelsene når de tar seg av pasienten. Det er viktig at pasienter med psykiske lidelser får riktig omsorg og behandling av sykepleiere. Resultatet viser at sykepleiere i møte med psykiske syke pasienter må ha riktig kunnskap om hvordan de skal møte pasienter i ulike situasjoner.

How Stigma and Discrimination Influences Nursing Care of Persons Diagnosed with Mental Illness: A Systematic Review

Forfattere	Tyerman Jane, Patorvita Autumn-Lee, Celestini Ann
År, land	2020, Usa, Australia og UK
Metode	Kvalitativ studie, ble søkt i syv ulike databaser i 3 land, deretter valgt ut åtte artikler. Tre av studiene svarte på forskningsspørsmålet fra pasientenes perspektiv, mens fire gikk ut fra sykepleiernes perspektiv. Òg en studie inkluderte både pasientene og sykepleiernes perspektiv.
Hensikt	Finne ut hvordan stigma og diskriminering påvirker sykepleien til pasienter diagnostisert med en psykiatrisk lidelse. Og hvordan sykepleiere opplever sykepleie-pasientmøte med denne pasientgruppen.
Resultat	<p>Funnene viser tre nivå/kategorier angående stigma. Individ, institusjons og sosialt nivå.</p> <p>Funn viste at både pasient og sykepleiere møtte på samme barrierer i forhold til personsentrert behandling i forhold til stigma til pasienter med psykisk lidelser. Det var tidsbegrensning, emosjonelle plager, stempling og diagnostisk overskygging.</p> <p>Både pasientene og sykepleierne syntes det var for lite tid i pasientmøtene.</p> <p>Pasientene kjente når de ble møtt med stigmatiseringen førte dette til frustrasjon, sinne og håpløshet. Sykepleierne kjente på frustrasjon og følte seg utilstrekkelig da de ikke fikk gitt riktig behandling ofte grunnet manglende kunnskap om denne pasientgruppen.</p> <p>Pasienter erfarte diagnostisk overskygging fra helsepersonell som igjen førte til feil behandling. Noe som i enkelte tilfeller førte til at den fysiske sykdommen utviklet seg til det verre for pasienten.</p> <p>Pasientene kjente ofte på misforståelser og at de ikke ble tatt på alvor da helsepersonell ofte mente problemet var et symptom på den psykiatriske lidelsen.</p>

Mental health bias in physical care: An integrative review of the literature

Forfattere	Hallyburton Ann, Allison-Jones Lisa
År, land	2023, Studier fra mange land. UK, Norge, Usa, Spania, Japan og Canada
Hensikt	Hensikten med denne forskningen er å utforske forskning på helsepersonellens feilvurdering av fysiske helsesyntomer til pasienter med samtidig psykiske problemer, og å identifisere samlende temaer, delte årsaker og mulige strategier for å løse problemene.
Resultat/konklusjon	Konklusjonen til denne forskningen viser at for at en skal kunne motta å gi riktig behandling og omsorg er det avgjørende med riktig diagnose. Forskningen sier at det er vanskelig å sette riktig fysisk diagnose hos mennesker med psykiske lidelser. Mye av grunnen til det er grunnet stigmatisering, både hos helsepersonell, men også i samfunnet generelt. For å kunne utøve god sykepleie er det viktig med kunnskaper om denne pasientgruppen.
Metode	Wittmore og Knafl metode ble anvendt i denne studien. Etter systematisk søk i helse, medisinsk, psykologisk, sosiologisk og generell litteratur ble det brukt 24 publikasjoner. De var både kvalitative, kvantitative, blandede og syntese forskningsmetoder.

Improving Interprofessional Approaches to Physical and Psychiatric Comorbidities Through Simulation

Forfattere	Asanga_Fernando, Chris_Attoe, Peter Jaye, Sean Cross, James Pathan og Simon Wessely
År og land	2016, London
Hensikt	Denne simuleringen har blitt gjort for å forbedre klinikers håndtering av fysiske og psykiske komorbiditeter.
Metode	63 deltagere, leger og sykepleiere fra akutt-medisinske psykiatrisk helsetjenester på tvers av primær og sekundærhelsetjenesten. Både fra sykepleieperspektiv og legeperspektiv. Kvalitativt og kvantitativt mål ble gjennomført før og etter en dags tverrfaglig simulering som omhandlet klinisk behandling av fysisk og psykiske komorbiditeter.
Resultat/konklusjon	Etter kurset/forskningen var endt kunne en se at skårene for kunnskaper og holdninger var forbedret. Ifølge forskningen viser at simuleringstrening har potensial til å forbedre faglig utvikling og klinisk praksis. Deltagerne som deltok i studien, oppgav at de hadde økt evne til å gi bedre omsorg til pasienter med samtidig fysisk og psykisk lidelse.

**Experiences and views of carers regarding the physical health care of people with severe mental illness:
An integrative thematic review of qualitative research.**

Forfatter	Lok-Lam Ho, Yan Li, Richard Gray, Grace WK Ho, Daniel Bessington
År, land	2021, Tyrkia, Holland og Storbritania
Hensikt	Artikkelen utforsket helsepersonells erfaringer og synspunkt i forhold til somatisk helsevesen hos pasienter med alvorlig psykisk lidelser ved å tolke eksisterende kvalitative forskningsresultat.
Metode	Ble søkt i seks databaser fra 2020-2021. Data ble tatt ut, tolket og syntetisert ved hjelp av en tematisk integrativ analyse.
Resultat/konklusjon	Ni tema ble identifisert. Studien viser at pårørende har en viktig rolle i pasientens liv. Studiet viser at dersom en involverer pårørende mer i helsehjelpen til denne pasientgruppen, kan det øke livskvaliteten og dermed også levetiden.