

Vilde Caroline Rødningen og Synøve Før

Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å avdekke somatisk lidelse hos en psykiatrisk pasient?

Bacheloroppgave i sykepleie

Veileder: Merete Furnes

Mai 2021

Vilde Caroline Rødningen og Synøve Før

Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å avdekke somatisk lidelse hos en psykiatrisk pasient?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Merete Furnes
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	«Hvilke tiltak kan sykepleieren iverksette for å avdekke somatiske lidelser hos en psykiatrisk pasient?»	Dato : 20.05.21
Forfattere:	Vilde Caroline Rødningen og Synøve Før	
Veileder(e):	Merete Furnes	
Stikkord/nøkkelord	Psykiatri, somatikk, kartleggingsverktøy	
Antall sider/ord:	Antall vedlegg: 0	
43/10355		
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Pasienter med psykiske sykdommer har flere risikofaktorer for å få en fysisk sykdom. Forventet levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er forkortet med 15-20 år. Det er etterlyst kartleggingsverktøy og kompetanse rundt dette temaet. Vår bakgrunn for denne bacheloroppgaven er å avdekke om det er mulig å finne kartleggingsverktøy for sykepleiere, slik at dette kan bli enklere å ha fokus på og avdekke somatisk lidelse.</p>		
<p>Hensikt: Å belyse hva annen fag og forskningslitteratur sier om hvilke tiltak som kan iverksettes for å avdekke somatiske lidelser hos en psykiatrisk pasient.</p>		
<p>Metode: En litteraturstudie bestående av seks forskningsartikler. Disse består av både kvalitativ og kvantitativ forskning der også intervju var en del av forskningen. Artikkene ble funnet med søkeord som: mentally ill persons, nursing, physical examination og nursing assessment.</p>		
<p>Resultat: Analyseprosessen avdekket to temaer: innhente informasjon og fysisk undersøkelse, og kartleggingsverktøy. Det finnes flere kartleggingsverktøy og metoder for å avdekke somatiske lidelser hos en psykiatrisk pasient. Blodprøvetaking, HIP-metoden og Lester-Tool metoden er kartleggingsverktøy som kan anvendes, sammen med fysiske undersøkelser.</p>		
<p>Konklusjon: Det er lite forskning innenfor dette temaet og flere av de kartleggingsverktøyene vi har funnet er ikke enda nøye utprøvd. Dette gir en åpning til ny forskning og vi ser på det som mulig å anvende disse sammen med kjente somatiske kartleggingsverktøy. Ut i fra dette kan det utarbeides et verktøy som kan benyttes både i somatikken og psykiatrien for å ivareta pasientens psykiske og fysiske helse på best mulig måte.</p>		

ABSTRACT

Title:	«Which measures can the nurse implement to detect somatic disorders in psychiatric patients?»	Date : 20.05.21
Authors:	Vilde Caroline Rødningen og Synøve Før	
Supervisor(s):	Merete Furnes	
Keywords:	Psychiatry, somatics, mapping tools	
Number of pages/words:	Number of appendix: 0	
43/10355		
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Patients with a mental illness has several risk factors for physical disorders. Life expectancy for people with serious mental illness and/or substance abuse problems is abbreviated with 15-20 years. It is desired mapping tools and competence around this subject. Our background for this bachelor is to uncover mapping tools for nurses so this subject easier can be a priority and detect somatic illness.</p> <p>Purpose: To raise awareness on what research and other literature says about measures a nurse can take in cases of detect somatic disorders in a psychiatric patient.</p> <p>Methods: A literature review containing six research articles. Both qualitative and quantitative articles have been used where interview also was a part of the research. The articles were found using keyword as: mentally ill persons, nursing, physical examination and nursing assessment.</p> <p>Result: The analytical process revealed two themes: collect information and physical examination, and mapping tools. There are several mapping tools and methods to detect somatic disorders in a psychiatric patient. Blood sampling, the HIP-method and The Lester-Tool method are mapping tools that can be used together with physical examination.</p> <p>Conclusion: There is little research within the subject and several of the mapping tools we found is not yet carefully tested. This gives an opening to new research and we see a possibility to use this mapping tools with other known somatic mapping tools. From this it can be prepared a tool that can be used in both somatic and psychiatric healthcare to take care of the patients physical and mental health in the best possible way.</p>		

Forord

Dette litteraturstudiet er gjort ved institutt for helsevitenskap, seksjon for sykepleie ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU), Gjøvik våren 2021.

Når vi satte i gang prosessen med å skrive bacheloroppgaven var det viktig for oss at temaet skulle belyse noe som var viktig for oss begge og som vi mente det var for lite fokus på ute i arbeidslivet.

I et møte med pasienter som var innlagt i psykiatrien ble det tatt opp hvilket tema vi hadde valgt for vår oppgave. Når pasientene fortalte at dette var noe de faktisk bekymret seg over, hadde tenkt mye på, og satt veldig pris på at vi tok opp, så gjorde det at arbeidet med oppgaven ble viktigere i våres øyne. Vi håper at vår bacheloroppgave kan bidra til at sykepleiere vil få et større fokus på denne typen pasienter og problemstilling, slik at fremtidige pasienter kanskje ikke trenger å bekymre seg så mye over redselen for å bli misforstått eller misoppfattet.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	1
ABSTRACT	2
FORORD	3
INNLEDNING	5
SYKEPLEIEFAGLIG RELEVANS	5
BAKGRUNN	6
PSYKISK SYKDOM	7
SYKEPLEIETEORETIKER	7
KOMMUNIKASJON- OG RELASJONSKOMPETANSE	8
KLINISK VURDERINGSKOMPETANSE	10
SOMATISKE KARTLEGGINGSVERKTØY	12
HENSIKT	13
PROBLEMSTILLING	13
BEGREPER	13
METODE	13
SØKEPROSESS	14
INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	15
SØKEMATRISER	15
FREMANGSMÅTE FOR KRITISK VURDERING OG UTVELGELSE AV ARTIKLER	17
METODE FOR ANALYSE OG SAMMENFATNING	17
RESULTATPRESENTASJON	18
PRESENTASJON AV ARTIKLENE	18
SAMMENFATNING AV RESULTAT	26
<i>Innhente informasjon og fysisk undersøkelse</i>	26
<i>Kartleggingsverktøy</i>	27
DRØFTING	28
KOMMUNIKASJONS- OG RELASJONSKOMPETANSE	28
INNHENDE INFORMASJON	31
OBSERVASJON	32
KARTLEGGINGSVERKTØY	34
KRITISK VURDERING AV ARTIKLER OG LITTERATUR	37
ETISKE OVERVEIELSER	38
INNOVASJON	38
KONKLUSJON	39
LITTERATURLISTE	40

Innledning

Bacheloroppgavens tema omhandler pasienten med en psykisk underliggende sykdom og hvilke sykepleietiltak som kan bidra til å avdekke somatiske lidelser hos denne pasientgruppen.

For å kunne kartlegge pasientens problem, er det viktig å tenke både på det psykiske og det somatiske da dette ofte henger sammen og at dette er helsefremmende (Berntsen, 2020). Fordi det mangler kunnskap og interesse blant helsepersonell for det somatiske blant pasienter med psykiske lidelser, blir ofte denne pasientgruppen neglisjert (Jørgensen, 2012).

Kommunepsykologer har selv etterlyst kartleggingsverktøy og kompetanse rundt dette temaet (Imenes, 2017). Pasienter med psykiske lidelser blir gående i lang tid med uoppdagede, alvorlige somatiske sykdommer i både primær- og spesialhelsetjenesten. Det er også økt både sykkelighet og dødelighet blant denne pasientgruppen (Jørgensen, 2012).

Sykepleiefaglig relevans

Pasienter med en underliggende psykisk lidelse kan føle at de mangler ressurser. Med ressurser menes da evne, vilje og kunnskap. Dette vil kunne føre med seg at det å ta vare på seg selv i hverdagen kan bli vanskelig (Gonzalez, 2020). Disse pasientene har også flere risikofaktorer for å utvikle somatiske sykdommer. Dette ved at pasienten kanskje lever alene uten særlig stor tilknytning til andre, fysisk aktivitet uteblir, kostholdet er dårlig og flere røyker eller bruker rusmidler. I tillegg har flere et usunt kosthold som kan føre til overvekt (Sagabråten, 2019). Det vil derfor være veldig viktig at helsepersonell som jobber med pasienter med psykiske lidelser vet om og kan tilby pasienten ikke bare enkelte tjenester, men bli flinkere til å se hele pasienten. Ved å se hele pasienten, både det fysiske og det psykiske, kan forståelsen øke (Mjøsund, 2020).

«Psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017) regulerer utrednings- og behandlingsaktivitet i spesialisthelsetjenesten og forutsetter at helsepersonell har grundig kjennskap til psykiske lidelsers egenart, symptomer, risikofaktorer og alternativer for behandling og rehabilitering» (Mjøsund, 2020, s.32). Fra et helsefaglig perspektiv kan det være hensiktsmessig å benytte kunnskap fra salutogenese og patogenese i møte med pasienten. Dette kan bidra til å gi pasienten i større grad et mer helhetlig tjenestetilbud. Ved å benytte dette kan samspillet mellom helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid gå hånd i hånd. I en studie utført av Mjøsund har pasienter med erfaring fra psykisk helsevern

fortalt om helsefremmende erfaringer under tidligere innleggelser. Pasientene beskriver at omfattende, individuell tilpasset sykepleie som fokuserte på bedre helse og velvære var hensiktsmessig ved siden av den aktuelle behandlingen. Dermed kan det være nyttig å benytte denne kunnskapen for å fremme helse og forebygge psykisk lidelse. Å fremme psykisk helse er noe annet enn å fremme psykisk lidelse selv om forholdet mellom de to henger sammen. Når intervensjoner skal utvikles må helsepersonell lære av modeller som konsentrerer seg om psykisk lidelse og psykisk helse (Mjøsund, 2020).

Bakgrunn

Pasienter med psykiske sykdommer har flere risikofaktorer for å få en fysisk sykdom (Sagabråten, 2019). En pasient med for eksempel schizofreni har en lavere forventet levealder enn befolkningen ellers (Høye, 2019). Andreas Holund, seksjonsoverlege ved rus-seksjonen i Narvik, sier at forventet levealder for mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer er forkortet med 15-20 år (2018). Dette er oftest på grunn av en fysisk sykdom som kan behandles, for eksempel hjerte- og karsykdommer, kreftdiagnoser og lungesykdommer (Høye, 2019). Dette kan ses i sammenheng med årsaker til hjerneslag, som høyt blodtrykk, atrieflimmer og diabetes (Bertelsen, 2012).

«Psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett» (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge helsedirektoratet har spesialhelsetjenesten, ved poliklinisk oppfølging, ansvar for å kartlegge levevaner som kan påvirke den somatiske helsen. Pasienten selv og eventuelt pårørende skal være en del av kartleggingen for å se om det er behov for tiltak. Om det viser seg at det er behov for tiltak, bør dette skje lokalt i kommunen (Helsedirektoratet, 2018).

Jankauskiene, Kusleikaite og Razbadauskas (2009) undersøkte i sin studie kompetansen til sykepleiere som jobbet med psykisk syke pasienter i somatiske avdelinger. Studien viser at kompetansen blant sykepleierne ikke er tilstrekkelig nok. Dette kan ses i sammenheng med mindre kunnskap om sykepleiefaget, uønskede hendelser, lite kunnskap om sykepleieprinsipper og få muligheter til å skaffe seg kunnskap og ferdigheter. Mangelen på kunnskap handler for eksempel om at sykepleierne ikke vet hvordan de skal støtte og behandle de psykisk syke pasientene. En annen årsak kunne være at noen av sykepleierne mente at det burde ligge et ansvar hos spesialister innenfor psykiatrien å hjelpe denne pasientgruppen. En andel av sykepleierne mente også at psykiske sykdommer var kurative,

eller at psykisk sykdom delvis kunne kureres. Dette understreker mangelen på kunnskap om psykisk sykdom hos sykepleiere.

Psykisk sykdom

Håkonsen skriver at «Et grunnleggende tema er hvordan vi som mennesker alltid lever med tanker og følelser som på ulike måter påvirker oss, og hvordan vi i relasjonene til andre mennesker lever ut våre drømmer, ønsker og håp, og hvordan dette gjør oss både sterke og svake» (Håkonsen, 2014, s. 271). Det finnes flere ulike filosofier fra ulike deler av verden om hva psykisk sykdom er. Håkonsen skriver også noe om at i flere århundrer har mennesker hatt en oppfatning av at mennesker med psykisk sykdom er syndere og at de fortjener å lide. Holdninger som dette har påvirket synet vi har på psykiske lidelser helt frem til i dag (Håkonsen, 2017).

Sykepleieteoretiker

Hildegard Peplau og sykepleieprosessen

Hildegard Peplau publiserte boken *Interpersonal relations in nursing* i 1952, hvor sykepleie ble definert som en terapeutisk prosess. Peplau beskriver at sykepleieren kan ha flere ulike roller basert på hva pasienten har behov for, som en del av den terapeutiske prosessen. Sykepleieren kan ses på som en fremmed for pasienten ved det første møtet, og for å skape en god relasjon er det viktig å utvikle tillit og allianse. Dette er viktig for å komme i den terapeutiske posisjonen. Den terapeutiske posisjonen er viktig for at sykepleieren skal kunne samle inn data om personlige, sårbare og kanskje skamfulle temaer for så videre å kunne samarbeide om dette. I psykisk helsearbeid er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet en god relasjon eller et godt sykepleier-pasient-forhold. De terapeutiske mulighetene ligger i selve relasjonsutviklingen, men også i sykepleier-pasient-forholdet som gir et godt utgangspunkt. For å hjelpe pasienten med de utfordringene vedkommende har, er en godt etablert relasjon helt essensielt. Den mellommenneskelige prosessen og den problemløsende prosessen er vevd sammen til en integrert terapeutisk prosess, som brukes i en arbeidshverdag preget av klinisk arbeid (Gonzalez, 2020).

Peplau skriver også i sin bok at observasjoner, kommunikasjon og det å innhente informasjon er de tre sammenslåtte oppgavene i sykepleieprosessen. Observasjonene hjelper sykepleieren til å identifisere, klargjøre og avgjøre hva som skal skje videre. Av hva sykepleieren opplever, blir det ofte avgjort på grunn av erfaring. Dette kan være erfaring fra tidligere i livet i

kombinasjon med en magefølelse eller en idé om hva problemet kan være. Ut ifra egen tidligere erfaring vil enhver sykepleier i en bestemt situasjon være i stand til å se og si hva hun føler skjer. Følelsen vil da kunne føre til en hypotese (Peplau, 1988).

Sykepleieren har forskjellige roller. Sykepleieren kan fungere som en ressursperson som kan gi nyttig informasjon som er viktig for pasienten for å forstå hva som skjer. Sykepleieren kan fungere som en rådgiver eller en person som lytter til det som er problemet eller utfordringen der og da. Sykepleieren kan også få roller som pasienten føler han eller hun mangler i livet. Dette kan være en forelder eller andre pårørende. Dette vil kanskje være viktig for å få tillit til sykepleieren og en mulighet til å åpne seg opp om sine problemer. Til slutt mener Peplau at sykepleieren fungerer som en slags ekspert. Dette vil si at sykepleieren forstår hva legen eller annet helsepersonell sier, en slags tolk, mellom pasienten og andre på for eksempel en sykehusavdeling (Peplau, 1988).

Peplau beskriver sammenhengen mellom somatikk og psykiatri som en tilstand hvor fornyelse og helbredelse står sentralt. Disse faktorene beskriver samhandlinger som er essensielle for opplevelsen av helse. Hun deler dette inn i to kategorier:

1. De materielle kravene kroppen setter fysiologisk for å fungere
2. De mellommenneskelige forholdene en person trenger (Peplau, 1988).

Kommunikasjon- og relasjonskompetanse

I psykisk helsetjeneste er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet å utvikle en relasjon, eller et pasient-sykepleier-forhold. Kjentegnet på en god terapeutisk relasjon er interaksjonen mellom pasient og sykepleier hvor en helende, vekstfremmende og sykdomsforebyggende dimensjon eksisterer (Townsend og Morgan, 2017). Først når sykepleieren er i stand til å møte og forstå den unike pasienten vil det være mulig å etablere en relasjon. Deretter understrekes viktigheten av den svært betydningsfulle og gjensidige erfaringen som sykepleieren og pasienten deler. Det er viktig å understreke at den terapeutiske relasjonen skal bære preg av endring, vekst og læring som mål for denne prosessen. En essensiell del av den terapeutiske relasjonen er når sykepleieren forstår og kan bære pasientens erfaringer (Travelbee, 1971, Gonzalez, 2020).

Tillit ses på som en svært viktig komponent for å skape en god relasjon. Tillit er selve nøkkelen i en terapeutisk relasjon, og illustrerer fremdrift og utvikling. Tillit kan økes ved at sykepleierne “viser en grunnleggende respekt og anerkjennelse for pasienten, tar

utgangspunkt i pasientens ønsker, meninger og behov for hjelp, fremstår som pålitelige, sannferdige og tilstedeværende, viser ekthet, omsorg og varme i det de sier og gjør, viser at de har et genuint ønske om å hjelpe, overholder taushetsplikt og overholder avtaler, er ærlige og lojale mot rammer, regler og rutiner på tjenestestedet” (Gonzalez, 2020, s. 60).

En sentral del av relasjonens betydning er kvaliteten på relasjonen. Kvaliteten avgjør hvorvidt den psykisk syke viser tillit til sykepleieren som skal hjelpe med de problemene pasienten opplever (Røssberg, 2008). Relasjonskompetanse er helt vesentlig i rollen som sykepleier og i psykisk helsearbeid fordi opplevelsen av at det er mulig å skape en god relasjon, og at sykepleieren vil pasienten vell, har en enorm betydning for pasienten. Dette er særs viktig for den virksomme relasjonen eller bedringsprosessen (Borg og Topor, 2014, Gonzalez, 2020).

I psykisk helsearbeid vil en kunne møte på relasjonelle utfordringer og belastninger. Mange av pasientene man møter, har en relasjonshistorie som kan bære preg av blant annet overgrep, vold, omsorgssvikt og mobbing. Flere har også opplevd tap av relasjoner, brudd i relasjoner og fravær av gode relasjoner. Dette er faktorer som kan påvirke tilliten, tryggheten og fortroligheten i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Dårlige erfaringer med relasjoner kan også virke negativt på selvfølelsen og opplevelsen av seg selv for pasienten. Noen typer uheldige relasjoner kan også utløse og vedlikeholde psykiske lidelser. Disse mønstrene kan påvirke relasjonen i en negativ retning (Vaglun, 2008, Gonzalez, 2020).

Relasjonsarbeidet kan også ses i sammenheng med et terapeutisk arbeid, men også som et utgangspunkt for å komme i en posisjon hvor sykepleieren kan samarbeide om andre tilnærminger som for eksempel samarbeid om bedret mestring og egenomsorg. Egenomsorg kan for eksempel handle om grunnleggende behov. Det er ved hjelp av denne metoden at sykepleieprosessen er vevd sammen med den mellommenneskelige og problemløsende prosessen. Sykepleieren bruker både den terapeutiske posisjonen, den problemløsende posisjonen og den veiledende og pedagogiske posisjonen som integrert klinisk kompetanse. En god relasjon er beskrevet som det viktigste for pasienten når det er snakk om helsehjelp på grunn av en psykisk sykdom (Røssberg, 2008, Gonzalez, 2020).

Det er gjerne flere faser i arbeidet mot å skape en relasjon. Fasene kalles forberedelsesfasen, orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen (Townsend og Morgan, 2017). Forberedelsesfasen handler om sykepleieren som forbereder seg til første møte med pasienten. I denne fasen må sykepleieren sette seg godt inn i informasjonen om pasienten.

Orienteringsfasen er en innledende fase hvor sykepleieren prøver å forstå hva pasienten søker eller trenger hjelp til. En essensiell del av denne fasen er at sykepleieren har en god holdning som bærer preg av respekt og positiv interesse i møte med pasienten. Det kan ta litt tid før sykepleieren forstår hva pasienten sliter med i denne fasen. Det er fordi det kan oppleves skamfullt for mange å be om hjelp. Gjennom en god holdning overfor pasienten vil det være lettere å åpne seg for sykepleieren. I denne fasen kommer også samarbeid om endring av bestemte arbeidsområder til syne. I arbeidsfasen forsøker pasient og sykepleier å jobbe med de bestemte arbeidsområdene som pasienten ønsker hjelp til, som ble etablert i orienteringsfasen. Sykepleieren er en viktig støtte i denne fasen fordi pasienten forstår sine utfordringer bedre, og dermed øker også selvinnsikten til pasienten. I arbeidsfasen er det viktig å ta en evaluering av samtalene og samarbeidet mellom pasient og sykepleier, for å se om behandlingen bidrar til endring, bedring, utvikling og mestring. Her står brukerperspektivet sentralt. Den siste fasen er avslutningsfasen. Da er enten målene oppnådd, pasienten har ikke lenger behov for hjelp eller så skal pasienten overføres videre til et annet helsetilbud. Det er svært viktig å avslutte relasjonen på en god måte, at sykepleieren verdsetter tilliten og viser at samarbeidet har vært betydningsfullt for begge parter. På denne måten vil ikke pasienten se på avslutningen som et tap av en relasjon, men heller knytte gode erfaringer til det å avslutte en relasjon. Dokumentasjon av arbeidet er en vesentlig del av denne fasen. Pasienten kan også delta i dokumentasjonsarbeidet for å skape ytterligere tillit. Gjennom de ulike fasene jobber man parallelt med å hele tiden utvikle relasjonen og bygger videre på tilliten som allerede er blitt skapt (Gonzalez, 2020).

Klinisk vurderingskompetanse

Kliniske vurderinger er en sentral del av den problemløsende delen i sykepleieprosessen. For å oppnå dette, er det vesentlig å samle inn og vurdere data og informasjon. Deretter starter prosessen hvor tiltak, intervensjoner eller strategier iverksettes og gjennomføres dersom det vurderes å være hensiktsmessig for pasienten. Denne prosessen gjøres kontinuerlig ut ifra informasjonen man til enhver tid har. Kliniske vurderinger baseres på den aktuelle situasjonen, fortløpende og regelmessige vurderinger dersom det er endringer i pasientens situasjon. Denne prosessen omfatter også at effekt og nytte av tiltakene, intervensjonene eller strategiene evalueres til enhver tid (de Carvalho mfl. 2017). For å gjøre kliniske vurderinger må man ha kunnskap om og innsikt i de ulike psykiske lidelsene. Dette er viktig for å forstå hvordan en psykisk lidelse påvirker områdene som er sentrale i sykepleie (Gonzalez og Marriott, 2020).

I klinisk terapeutisk arbeid i psykisk helsevern er kliniske vurderinger en kompleks problemløsende prosess. Vurdering, syntetisering og sammenfatning av flere objektive kliniske vurderinger, pasientens subjektive informasjon av egen situasjon og data om den aktuelle situasjonen er en del av den problemløsende prosessen. Syntetisering betyr «oppbygging av mindre enheter; brukes også ofte om laboratoriemessig fremstilling av et stoff» (Nylenna, 2009, s. 464). Kunnskap, erfaring, forskning, forståelse, intuisjon og utveksling av informasjon i dialog med pasient og pårørende er ulike elementer som baseres på de kliniske vurderingene. Sammen med disse er også refleksjon og vurdering en sentral rolle i klinisk vurderingsarbeid. «Kliniske vurderinger er grunnlaget for pasientsikkerhet og tjenestekvalitet» (Gonzalez og Marriott, 2020, s. 69).

I psykisk helsevern utføres kliniske vurderinger i ulike situasjoner. Det kan være akutte, problematiske eller ikke-problematiske situasjoner. Dette innebærer at sykepleieren i noen situasjoner må ta raske vurderinger eller beslutninger, avhengig av hvilken situasjon det er. I psykiatrien kan også kliniske vurderinger være en mer langvarig prosess, og det er ikke nødvendig å handle umiddelbart dersom situasjonen ikke er akutt (Gonzalez og Marriott, 2020).

Sykepleiere har en plikt til å utføre kliniske vurderinger kontinuerlig, også fra et objektivt utenfraperspektiv. En god klinisk ferdighet er hvis sykepleieren klarer å balansere de objektive vurderingene med det subjektive personorienterte perspektivet. Som en del av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren, må sykepleieren tilegne seg kunnskap, ferdigheter og den kompetansen som kliniske vurderinger til enhver tid krever (NSF, 2019). Sykepleieren som unnlater å gjøre nødvendige kliniske vurderinger, utfører en uetisk praksis, viser manglende kompetanse og skikkethet i utøvelsen av sykepleie (Lipman, 2003). En vesentlig del av den sykepleiefaglige tilnærmingen er menneskesynet og respekt for den enkelte (Gonzalez og Marriott, 2020).

For å kartlegge den psykisk syke pasienten er det systematisert en modell av Marriott (2020) som beskriver de ulike kliniske kjennetegnene. Dette kan brukes som et verktøy og kan være med på å vurdere helsen til psykiatrisk syke pasienter. Dette kliniske verktøyet som Marriott har utformet bygger på norske og internasjonale retningslinjer for utredning og behandling av psykiske sykdommer, forskjellige diagnostiske verktøy og diagnosemanualer. Noen av indikatorene som gir somatisk bekymring er:

- Observere tegn på smerter (vrir seg, svetter, sitter/går rart)
- Observere hud (sår, abscess, stikk, kutt, bandasje, blåmerker)
- Observere og vurdere kjennetegn på dårlig sirkulasjon (blek, slapp, svimmel eller hodepine)
- Observere og vurdere kjennetegn på forstyrrelser i respirasjon (hoste, anstrengt og/eller respirasjonsfrekvens)
- Andre somatiske bekymringer: synkope, bivirkninger av legemidler, fysisk traume, nevrologiske/muskulære symptomer som kramper/lammelse.
- Egenomsorg knyttet til oppfølging av medisinsk behandling
- Kartlegge og vurdere etterlevelse av legemiddelbehandling (Gonzalez og Marriott, 2020, s 73).

Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie innebærer de etiske prinsippene som velgjørenhet, ikke skade noen, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet. Det moralske aspektet til sykepleieren er derfor viktig når det ses i sammenheng med klinisk praksis. Kravene gjelder faglig forsvarlig og kunnskapsbasert utøvelse. Sykepleiere har et ansvar for å holde seg oppdatert og yte best mulig sykepleie ut ifra fagets kunnskapsgrunnlag (Nortvedt og Grønseth, 2015). «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Fremtidige utfordringer som klinisk sykepleie står overfor, er et helsevesen som stadig skal effektiviseres og moderniseres. Møtet mellom sykepleieren og pasienten er utgangspunktet for klinisk sykepleie. Som sykepleier er det da viktig at man tar kunnskapsmessige og etiske krav til omsorg alvorlig i fremtiden. Dette må foregå innenfor rammer hvor grensene for faglig forsvarlig ytelse som til stadighet er under press (Nortvedt og Grønseth, 2015).

Somatiske kartleggingsverktøy

Fra somatikken finnes det flere kjente kartleggingsverktøy. Det ene er ABCDE-prinsippene. A står for airways, B står for breathing, C står for circulation, D står for disability og E står for environment. Hvert avvik kan indikere at pasienten er ustabil (Dalton og Limmer m.fl, 2010). Et annet kartleggingsverktøy som brukes er NEWS 2 eller national early warning score, dette brukes for å kartlegge pasientens tilstand og for å eventuelt tidligere oppdage forverring av tilstanden. Respirasjonsfrekvens, saturasjon, systolisk blodtrykk, puls,

temperatur og bevissthetsnivå er målinger som blir kartlagt (Oslo Universitetssykehus, 2020). Et tredje kartleggingsverktøy som ofte brukes er qSOFA. Dette brukes for å lettere kunne stille en diagnose med mistanke om sepsis (blodforgiftning). Her brukes tre kriterier som enkelt kan måles uten å måtte ta blodprøver, og det vil gjøre det enklere å oppdage en pågående infeksjon og en eventuell behandling kan skje uten forsinkelse i påvente av blodprøvesvar. Disse tre kriteriene er respirasjonsfrekvens, blodtrykk og endret mental status. Har pasienten utslag på to eller flere av disse kriteriene, samt en mistanke om infeksjon, skal pasienten raskt til lege eller sykehus for oppstart av antibiotika (Sykepleien.no, 2017).

Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hva fag- og forskning sier om hvilke sykepleietiltak som kan iverksettes hos en pasient med psykisk sykdom for å avdekke somatisk lidelse. Ved å ha fokus på sykepleietiltak og kartleggingsverktøy håper vi at vår oppgave kan bidra til å gjøre det enklere å avdekke somatiske lidelser for sykepleieren i fremtiden.

Problemstilling

Hvilke sykepleietiltak kan iverksettes for å avdekke somatisk lidelse hos en psykiatrisk pasient?

Begreper

Kliniske kjennetegn/vurderinger: *Kliniske vurderinger* er en viktig del av sykepleieprosessens problemløsende del. Det innebærer å samle inn og vurdere data og informasjon, for så å kunne sette i gang og gjennomføre tiltak, intervensjoner og strategier som vurderes hensiktsmessig for pasienten. Kliniske vurderinger innebærer en vurdering av pasientens aktuelle situasjon og fortløpende og regelmessig vurderinger i eventuelle endringer i situasjonen. Kliniske vurderinger innebærer dessuten en kontinuerlig innsamling av data og informasjon, der det underveis gjøres foreløpige beslutninger i utgangspunkt i den informasjonen man til enhver tid har. Kliniske vurderinger omfatter også til enhver tid å evaluere effekt og nytte av tiltakene, intervensjonene eller sykepleiestrategiene som iverksettes (de Carvalho mfl. 2017, Gonzalez & Marriott, 2020, s. 68)

Metode

Litteraturstudie som metode

I følge Aveyard er en litteraturstudie en grundig studie og tolkning av fag- og forskningslitteratur som forteller om et bestemt spørsmål. Når man skal gjennomføre et litteraturstudium, danner man seg et spørsmål, altså problemstillingen i oppgaven. For å kunne svare på problemstillingen, søker man etter relevant litteratur ved hjelp av en systematisk tilnærming. Etter grundige søk og analysering av litteraturen, oppnår man ny innsikt om temaet når litteraturen er gjennomgått. Den ulike informasjonen vil gi et større perspektiv på hele temaet (Aveyard, 2019).

For å få god kvalitet på litteraturstudien følger man forskningsprosessen. Studien må ha en klar problemstilling som besvares på en strukturert måte, gjennom relevant fag- og forskningslitteratur. Deretter må man vurdere og evaluere kvaliteten på litteraturen, vurdere relevans for egen studie og sammenligne resultatene man finner. Underveis i studien vil man finne svar på problemstillingen, og man vil finne mangler i nåværende kunnskap om temaet. Dette gir en indikasjon på om det er behov for videre forskning på temaet. Litteraturstudier er viktige fordi de oppsummerer litteratur som er tilgjengelig om et tema. Som sykepleiere er det en profesjonell plikt å holde seg oppdatert om ny forskning, ellers kan man risikere å gi utdatert omsorg (Aveyard, 2019).

Søkeprosess

Vi startet søkeprosessen vår etter vi hadde kommet frem til en problemstilling. Vi satte opp et PICO-skjema og ved å bruke det sammen med inklusjon- og eksklusjonskriterier kunne vi foreta et systematisk søk. Vi rettet søkene våre mot pasienter med psykiske lidelser, sykehus eller institusjoner for psykisk helse, og somatiske undersøkelser og vurderinger. Underveis i søkeprosessen så fant vi en artikkel ved å bruke “snow-ball” metoden i databasen PubMed. I et søk kom vi da over en artikkel som virket relevant for vår problemstilling, men dette var en pilotstudie og altså ikke ferdigstilt. Ved å trykke på navnet til forfatteren, fant vi en videre studie, som vi valgte å ta med i litteraturstudiet.

Søkeordene som ble benyttet i søkeprosessen for forskningsartiklene i studien:

Søkeord:
Søkeord med treff på artikler: mentally ill persons, physical examination, mental institutions, psychiatric hospital, madhouses, somatic symptoms, physical health, physical symptoms, mental disorder, nursing assessment, serious mental illness, assessment

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

	Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Populasjon	Personer med psykiske lidelser	Ikke spesifikke diagnoser
Tiltak	Sykepleietiltak	
Utfall	Vitenskapelige artikler (fagfelleurdert, kvalitetssikret, IMRaD-struktur), relevans for oppgave, artikkel i fulltekst	Artikler som ikke er tilgjengelig i fulltekst, fagartikler
Alder	Voksne	Barn
Språk	Nordisk, engelsk	Andre språk

Søkematrise

Vi har brukt CINAHL, APApsycInfo og PubMed for å søke etter relevant forskningslitteratur. Vi opplevde at det var mange treff på enkelte søkeord, men ved å lese navnet på artikkelen ble de fleste ekskludert siden de ikke var relevante. Det ble lest abstrakt på noen få, som igjen ble

ekskludert. Ved å kombinere enkelte søkeord ble det noe enklere å finne artikler med interessante navn som førte til at vi leste abstraktet. Igjen ble noen ekskludert, men vi fant også da artikler som var relevante for vår litteraturstudie. Vi valgte også å avgrense noen av søkene til søk etter artikler med full tekst.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Mentally ill persons 2. Physical examination 3. Mental institutions 4. Psychiatric hospital 5. Madhouses 6. Somatic symptoms 7. Physical health 8. Physical symptoms 9. Mental disorder 10. Nursing assessment 11. Serious mental illness 12. Assessment	CINAHL	1 AND 2	20
		(3 OR 4 OR 5) AND 2	23
		(6 OR 7 OR 8) AND (3 OR 4)	
		AND 2	4
		9 AND 10 AND 2	
		APApsycInfo	9 AND 2

Fremgangsmåte for kritisk vurdering og utvelgelse av artikler

Vi har brukt fag-og forskningslitteratur for å belyse temaet i dette litteraturstudiet. Vi har søkt etter vitenskapelige artikler i databasene PubMed, APApsycInfo og Cinahl for å finne relevante studier for vår oppgave. Vi søkte først med enkelte søkeord, før vi deretter kombinerte disse med AND og OR for å snevre inn søkene. Da vi hadde funnet artikler, vurderte vi artiklene med tanke på kvalitet og om de var relevante for vår oppgave (Rafste, 2008, Dalland, 2017). Vitenskapelige tidsskrifter har redaksjoner som sikrer kvaliteten på det som utgis. I tillegg er det uavhengige fagpersoner som vurderer om artiklene holder vitenskapelig standard. For å skille vitenskapelige artikler fra fagartikler følger man med i den løpende vitenskapelige og faglige utviklingen, her vil fagdiskusjonen foregå (Dalland, 2017).

For å avgrense søkene valgte vi å bruke noen kriterier. Dette var knyttet til hvilket faglig nivå artiklene var, hvilket språk det skulle være og i hvilket område av verden studiet skulle være foretatt (Dalland, 2017). For å finne ut om studien kunne brukes i vår oppgave valgte vi å lese det abstraktet og se om studien hadde IMRaD- struktur. IMRaD-struktur er den formelle oppbyggingen av forskningsartikler og kan gjøre det enklere å orientere seg i studiet siden lesingen da går raskere (Dalland, 2017).

Vår fremgangsmåte i utvelgelsen av artiklene var å lese deler av artikkelen flere ganger for å bli kjent med innholdet, og for å oppdage flere detaljer som var viktige for forståelsen av innholdet. Vi gikk igjennom introduksjon, metode, resultat og diskusjon for å se om artikkelen var relevant. Dette gjorde at vi ble sikre på at innholdet var relevant for vår problemstilling (Aveyard, 2019).

Metode for analyse og sammenfatning

I arbeidet med å analysere og sammenfatte artiklene vi har funnet, har vi benyttet en tematisk modell inspirert av Aveyard. Modellen gir et omfattende sammendrag av artiklene, og det kan gjøre arbeidet lettere med å få en oversikt over hovedfunn i forskningen. Målet med den tematiske modellen er ikke å lage et sammendrag av resultatet, men å identifisere hovedtemaer. Dette involverte å sammenligne, se forskjeller og likheter i resultatene. Videre har vi sammenlignet hvilke temaer som passet sammen, og laget overordnede temaer, altså overskrifter som beskriver de ulike temaene og hovedfunn i artiklene (Aveyard, 2019).

Resultatpresentasjon

Presentasjon av artiklene

Artikkel nr 1:	Physical health assessment for people with a severe mental illness
Forfatter:	Mitchell, A., Hill, B.
Tidsskrift:	British Journal of Nursing
Utgivelsesår:	2020
Land:	England
Studiens hensikt:	Å beskrive grunnen til at pasienter med psykiske lidelser har dårligere fysisk helse enn befolkningen ellers, forslag om hvordan sykepleiere kan forbedre den fysiske helsen til pasienter med psykisk sykdom og viktigheten av å evaluere helsen til psykisk syke pasienter.
Metode:	Lester-tool; et kartleggingsverktøy som evaluerer hjerte, kar- og lungesykdommer og metabolisme til pasienter med psykisk sykdom. Det er sykepleiere som utfører evalueringen.

Resultat av artikkel:	Studien viser at det er sammenheng mellom dårlig fysisk helse og psykisk helse, at personer med dårlig fysisk helse har risiko for å utvikle psykisk sykdom. Studien viser også at det er sammenheng mellom psykisk sykdom og dårlig fysisk helse.
Relevans for problemstillingen:	Lester-tool er et kartleggingsverktøy som kan brukes som et sykepleietiltak for å avdekke somatisk lidelse.

Artikkel nr 2:	A survey of the physical health screening of all in-patients in a residential rehabilitation population
Forfatter:	Panesar, N.P.
Tidsskrift:	Journal of the Royal Society for the Promotion of Health
Utgivelsesår:	2006. Revidert i 2020
Land:	England
Studiens hensikt:	Å undersøke den fysiske helsetilstanden hos pasienter med psykiske lidelser i institusjoner.

Metode:	Alle pasienter fra en helseinstitusjon i England deltok i denne studien. Den fysiske helsen til pasientene ble evaluert ved å følge retningslinjene fra “Physical Health of the Severe and Enduring Mentally ill. A Training Pack for GPEducators”.
Resultat av artikkel:	Over en tredjedel av pasientene i undersøkelsen var overvektige og halvparten var storrøykere. Studien viser at det er et stort behov for fysiske undersøkelser og vurderinger hos pasienter med psykisk sykdom. Dette tiltaket kan forbedre den fysiske helsen til pasientene, og redusere dødelighet blant pasienter med psykisk sykdom.
Relevans for problemstillingen:	Studien belyser viktigheten av å undersøke og kartlegge helsestatusen hos pasienter med psykisk sykdom.

Artikkel nr 3:	Insight and other predictors of physical examination refusal in psychotic illness
Forfatter:	Kazuya, I., Strydom, A., Osborn, D.
Tidsskrift:	Journal of Mental Health
Utgivelsesår:	2011

Land:	England
Studiens hensikt:	Å undersøke om det var mangelen på innsikt eller andre årsaker som førte til mangelen på fysiske undersøkelser.
Metode:	En kasestudie ble gjennomført på fire sykehus i London, hvor 180 psykisk syke pasienter i alderen 18-65 år deltok. Studien gikk over 16 uker. Ulike data om pasienten ble først samlet inn. Den fysiske undersøkelsen skulle gjennomføres til slutt av helsepersonell, og pasientene skulle få tilbud om fysisk undersøkelse det første døgnet og gjennom to uker. Alvorlighetsgraden av sykdommen til pasientene ble også undersøkt.
Resultat av artikkel:	<p>Resultatet i artikkelen viser at gjennom det første døgnet var det 10% som ikke fikk tilbud om fysisk undersøkelse, ca. 62% fikk tilbud om fysisk undersøkelse og takket ja. Ca. 39% av pasientene var ikke kompatible. Etter to uker var det fremdeles 5% som ikke hadde fått tilbud om fysisk undersøkelse, og ca. 72% fikk tilbud og takket ja. Ca. 29% av pasientene var fremdeles ikke kompatible.</p> <p>Pasientene som ikke var kompatible til fysisk undersøkelse ble assosiert med mangel på innsikt, høyere alvorlighetsgrad av sykdom, var av kvinnelig kjønn, hadde lenger sykdomshistorie og var tidligere fengselsinnsatte. Dette indikerer at mental sykdom kan gjøre at pasienten er i mindre grad i stand til å samtykke til fysisk undersøkelse, og at det aktivt burde kreves fysiske undersøkelser av denne pasientgruppen.</p>

Relevans for problemstillingen:	Studien belyser viktigheten av å gjennomføre fysiske undersøkelser hos psykisk syke pasienter.
--	--

Artikkel nr 4:	Assessing adults with mental disorders in primary care
Forfatter:	Davis, B.
Tidsskrift:	Nurse Practitioner
Utgivelsesår:	2004
Land:	USA
Studiens hensikt:	Å belyse viktigheten mellom mentale og fysiske lidelser og gi en vurderingsmetode på hvordan de fysiske resultatene kan forbedres hos psykisk syke pasienter i primæromsorgen.

Metode:	En inntakssamtale ble gjennomført med den psykisk syke pasienten, hvor det ble hentet inn relevant data fra flere kilder. Data som ble hentet inn var observasjoner, tidligere og nåværende subjektive symptomer, data fra tidligere journaler, laboratoriefunn og fysiske sjekker. Oppfølgingssamtaler med pasienten, familie og helsearbeidere kunne også være aktuelt i studien.
Resultat av artikkel:	Behovet for en god helse hos personer med psykisk og fysisk komorbiditet er ikke oppfylt tilstrekkelig. Målet om å redusere dødelighet blant pasienter med psykisk og fysisk komorbiditet kan overholdes ved hjelp av kartlegginger. Hindringene for å evaluere pasientene kan reduseres ved hjelp av å utvikle større bevissthet rundt egne behov, øke følsomheten for tilbakemeldinger fra pasienten, imøtekomme pasientens behov bedre, forbedre relasjonen mellom pasient og sykepleier og bedre samarbeidet mellom pasient og sykepleier.
Relevans for problemstillingen:	Studien belyser viktigheten av kartlegginger hos pasienter med psykisk sykdom for å bedre den fysiske helsen, og hvilke tiltak som er viktige for å få gjort de fysiske vurderingene.

Artikkel nr 5:	Effect of point of care blood testing on physical health check completion in mental health services: mixed-methods evaluation
Forfatter:	Butler, J., De Cassan, S., Glogowska, M., Fanshawe, T.R., Turner, P., Walton, D., Lasserson, D., Bale, R., Lennox, B., Hayward, G.

Tidsskrift:	BJPsych Open
Utgivelsesår:	2020
Land:	England
Studiens hensikt:	Å kvalitativt og kvantitativt evaluere innvirkningen av pasientnær blodprøvetaking på fysiske helsesjekker hos psykisk syke pasienter i kommunen.
Metode:	Et intervensjonsteam og et mental helse-team i kommunen ble utstyrt med et pasientnært (POC) blodprøvetakingsutstyr i et tidsrom på 6 måneder. Deretter ble hyppigheten av blodprøver sammenlignet med fysiske undersøkelser, både fra en tid tilbake og underveis i studien. Holdninger til pasientnær testing ble samlet inn gjennom intervju hos pasientene og helsearbeiderne.
Resultat av artikkel:	Selv om mental helse-teamet i kommunen omtrent ikke brukte pasientnær testing og ikke opplevde noen forbedring i utfallet, viste det seg at dersom man tok helsesjekk og blodprøver regelmessig, ville dette føre til økt oppfølging av den fysiske helsen til pasienten. Denne metoden var også akseptabel for pasientene.
Relevans for problemstillingen:	Pasientnær blodprøvetaking er et sykepleietiltak som kan iverksettes for å avdekke somatisk lidelse, da dette kan forbedre den fysiske helsen til psykisk syke pasienter.

Artikkel nr 6:	Using the serious mental illness health improvement profile (HIP) to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation
Forfatter:	Shuel, F., White, J., Jones, M., Gray, R.
Tidsskrift:	International Journal of Nursing Studies
Utgivelsesår:	2009
Land:	UK
Studiens hensikt:	Studiens hensikt var å finne ut om HIP-profilen (serious mental illness health improvement profile) brukt av psykiatriske sykepleiere hadde potensial til å kunne identifisere økt sykkelighet.
Metode:	De gikk tilbake og så på tidligere notater der HIP hadde blitt brukt og intervjuet pasientene og sykepleieren som hadde tatt i bruk metoden.
Resultat av artikkel:	Av de som deltok i studien viste det seg at de klarte å identifisere økt sykkelighet blant alle som deltok. Dette resulterte i mulighet for tilfriskning. Både pasienter og sykepleiere likte denne måten å bli kartlagt eller å kartlegge på.

Relevans for problemstillingen:	Dette er relevant fordi det er et nytt kartleggingsverktøy.
--	---

Sammenfatning av resultat

I denne delen presenteres en sammenfatning av resultatene fra forskningsartiklene som er presentert i den systematiske oversikten over. Vi gikk gjennom resultatene av artiklene, og studerte hva som gikk igjen og hva som var relevant i forhold til vår problemstilling i de ulike artiklene. Dette gjorde vi ved å bruke markeringstusj på utskriftene vi hadde av artiklene. Prosessen i den tematiske modellen som ble presentert, resulterte i noen hovedtemaer som er systematisk sortert under. Disse temaene er: Innhente informasjon og fysisk undersøkelse, og kartleggingsverktøy. Temaene ble sammenlignet og ulikheter og forskjeller ble belyst.

Innhente informasjon og fysisk undersøkelse

Panesar sin studie fra 2006 viser at behovet for fysiske undersøkelser er stort hos pasienter med psykisk sykdom. Fysisk undersøkelse og vurderinger kan forbedre den fysiske helsen til pasientene og dødeligheten kan reduseres.

Mangel på innsikt kan også være en potensiell hindring for fysisk undersøkelse i følge Kazuya, Strydom, Osborn (2011). Dermed kan Davis (2004) sine forslag til tiltak om bevisstgjørelse av egen helse være aktuell. Mental sykdom kan medføre at pasienten selv er i mindre grad er i stand til å samtykke til fysisk undersøkelse. Fysiske undersøkelser burde aktivt kreves hos denne pasientgruppen (Kazuya, Strydom, Osborn, 2011).

Studien viser hvor viktig det er å forstå hvorfor pasienter med psykisk sykdom kanskje ikke har fått evaluert den fysiske helsen sin, eller fått behandlet den. I studien blir det også fremhevet hvor viktig det er å kjenne til at pasienter med psykisk lidelser kan ha en annen atferd grunnet somatisk lidelse. Studien viser også betydningen av å vite hvordan man skal gjøre alle tilsyn viktige hos en pasient med psykisk sykdom, samt hvor viktig det er å evaluere den fysiske helsen til pasienter med psykisk sykdom (Mitchell og Hill, 2020). Til forskjell skriver Davis (2004) om noen tiltak som sykepleieren kan gjøre for å unngå at evaluering av den fysiske helsen hindres. Dette innebærer at sykepleieren kan etablere større selvinnsikt hos pasienten, øke følsomheten og forståelsen av det pasienten sier, imøtekomme atferden til

pasienten bedre, utvikle en terapeutisk relasjon og samarbeide med andre helseinstanser. Kazuya, Strydom, Osborn (2011) og Panesar (2006) understreker også viktigheten av fysiske undersøkelser hos den psykisk syke pasienten.

Kartleggingsverktøy

Kartleggingsverktøy som hjelpemiddel kan aktivt være med på å utrede og avdekke somatisk lidelse hos psykisk syke pasienter, og belyser ulike tiltak sykepleieren kan ta i bruk. I sin studie fra 2020 skriver Mitchell og Hill om et kartleggingsverktøy som heter «Lester-Tool» som kan brukes av sykepleiere. Lester-tool-verktøyet baseres på intervju og fysiske undersøkelser. Shuel, White, Jones og Gray (2009) skriver videre i sin studie om HIP-kartlegging som et tiltak for å identifisere sykdom og at denne type kartlegging kunne gi et utgangspunkt for tilfriskning. HIP-kartleggingen baseres også på intervju og fysiske undersøkelser. Forskjellen på Lester-tool og HIP er at HIP-modellen kartlegger BMI, omkrets av midje, blodtrykk og puls, temperatur, blodprøvestatus av lever, kolesterol og glukose, underlivsundersøkelser, kartlegging av søvn, brystundersøkelser av begge kjønn, menstruasjonssyklus, røykevaner, mosjon, alkoholinntak, tannstatus, diett-kartlegging, syn, føtter, koffeininntak, rusmidler, sex og fordøyelse, mens Lester-tool metoden kun kartlegger røykevaner, BMI, livsstil, blodtrykk, blodsukker og kolesterol. Davis (2004) fremhever videre hvor viktig det er å kartlegge for å avdekke somatisk lidelse hos den psykisk syke pasienten.

Davis (2004) skriver at personer med psykisk og fysisk sykdom ikke får oppfylt sine behov når det gjelder å tilstrebe god helse. Kartlegginger kan være med på å redusere dødelighetene blant disse pasientene. Det å lage en plan over hvordan man skal eller når man skal undersøke en pasient er viktig, slik at alt helsepersonell som er involvert kan tilby eller oppmuntre til en fysisk undersøkelse (Iwata, Strydom, Osborn. 2011). Den fysiske helsen til denne pasientgruppen burde være en høy prioritet, og regelmessige undersøkelser bør overveies. Hvis man får til dette, vil helsen kunne bedres og man kan redusere dødeligheten blant disse pasientene (Panesar, 2006).

Butler, Cassan og Glogowska (2020) beskriver blodprøvetaking som et tiltak for å følge opp den fysiske helsen til psykisk syke pasienter. I denne studien ble det brukt pasientnær blodprøvetaking. Blodprøvene som ble analysert i studien var HbA1C, kolesterol, triglyserider, HDL-kolesterol og LDL-kolesterol. Lester-Tool modellen og HIP-modellen

bruker også blodprøvetaking som en del av kartleggingen (Mitchell og Hill, 2020) (Shuel, White, Jones og Gray, 2009).

Drøfting

For å drøfte vår problemstilling har vi valgt å basere oss på tenkningen til Peplau. Å ta utgangspunkt i hennes måte å tenke på kan gi sykepleieren en enklere metode for å avgjøre hvilke tiltak som er viktig for å avdekke somatisk lidelse hos en pasient med en psykiatrisk diagnose. Dette viser seg som overordnede temaer om kommunikasjons- og relasjonskompetanse, innhente informasjon og observasjon.

Kommunikasjons- og relasjonskompetanse

For å komme i en terapeutisk posisjon sier Peplau at det er nødvendig å bygge tillit, allianse og en god relasjon. Dette er viktig for å kunne samle inn data om personlige, sårbare eller skamfulle temaer. Tillit, allianse og en god relasjon er selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykisk helsearbeid. En god relasjon er et viktig grunnlag for å videre kunne hjelpe pasienten med de utfordringene de har i livet sitt (Gonzalez, 2020). Sykepleieren har ulike roller, og kan fungere som en ressursperson for den psykisk syke pasienten ved å gi nyttig informasjon til pasienten slik at han eller hun forstår hva som skjer. Disse rollene er også en viktig faktor for å skape tillit mellom pasient og sykepleier, og for at pasienten skal åpne seg om sine problemer (Peplau, 1988).

Gonzalez (2020) sier at pasienter som lider av psykisk underliggende sykdom kan kjenne på mangel av ressurser som evne, vilje og omsorg. Egenomsorgen kan dermed bli svekket hos disse pasientene. Det belyses også at pasienter med psykisk sykdom har flere risikofaktorer for å utvikle somatisk sykdom. Svekket egenomsorg kan ses som et hinder for å få kartlagt den somatiske helsetilstanden til denne pasientgruppen. Ifølge Davis (2004) er det noen tiltak sykepleieren kan forbedre for å redusere noen av disse hindringene. Dette kan gjøres ved å bistå pasienten i å øke selvbevisstheten rundt egne behov, ved at sykepleieren møter pasientens tilbakemeldinger med økende følsomhet, ved å imøtekomme pasientens atferd og behov bedre, ved å utvikle og forbedre relasjonen mellom pasient og sykepleier, og ved å forbedre samarbeidet mellom pasient og sykepleier og samarbeidet med andre helseinstanser. Dermed kan det være hensiktsmessig at sykepleieren følger sykepleieprosessen både for å øke tillit og styrke relasjonen til den syke, men også for at pasienten skal se at sykepleieren er en ressurs som kan bistå pasienten i innsikt om egen helse (Peplau, 1988).

En annen hindring som belyser behovet for disse sykepleietiltakene Davis (2004) presenterer er at pasienter som lider av psykisk sykdom ofte lever alene uten særlig kontakt med andre, den fysiske aktiviteten kan være redusert, kostholdet kan være dårlig og flere av disse pasientene røyker eller bruker andre rusmidler (Sagabråten, 2019). Sykepleietiltaket om å øke bevisstheten rundt egen helse er dermed svært viktig i denne situasjonen (Davis, 2004). Det er viktig at sykepleieren skaper tillit til pasienten slik at den syke kan åpne seg opp om sine problemer (Peplau, 1988).

Videre skriver Davis (2004) i sin studie om den fysiske undersøkelsen hos psykisk syke pasienter. Det kan blant annet oppstå mulige hindringer som gjør at den fysiske undersøkelsen kanskje må utsettes eller planlegges på nytt. Fysiske undersøkelser kan fremkalle uheldige reaksjoner dersom pasienten har vrangforestillinger, eller så kan den fysiske undersøkelsen minne dem om for eksempel en tidligere voldtekt. Ifølge Davis (2004) kan sykepleieren bruke bestemte metoder i forsøket på å prøve å dempe angsten hos pasienten. Sykepleieren bør tilnærme seg pasienten på en rolig måte og enkle kjente undersøkelser burde gjøres først. Dette er undersøkelser som for eksempel høyde, vekt og vitale målinger. Dette kan vise seg å være svært hjelpsomt for sykepleieren. Gonzalez (2020) sier at sykepleieren vil kunne møte på relasjonelle utfordringer og belastninger i psykisk helsearbeid. Desto viktigere er det at sykepleiere skaper en god relasjon til pasienten som er preget av trygghet, tillit og fortrolighet. For å oppnå dette kan man følge sykepleieprosessens mellommenneskelige del (Peplau, 1988).

En annen faktor som gjør at disse tiltakene Davis (2004) presenterer er så viktige er at psykiatriske avdelinger stenges ned og psykisk syke pasienter behandles i økende grad i primæromsorgen, fengsel og akuttmottak. Anerkjennelse og behandling er ofte mer komplekst i disse sektorene enn hva det for eksempel er på et psykiatrisk sykehus. Ifølge Helsedirektoratet (2018) bør tiltak skje lokalt i kommunen. Pasientens kognitive tilstand eller funksjonsnedsettelse kan gjøre pasienten uvelkommen. Dette kan være en hindring i kartleggingen av den somatiske tilstanden. Det er derfor viktig at sykepleieren kjenner til disse tiltakene som blir presentert, slik at man kan imøtekomme pasienten og deres behov på best mulig måte uansett hvilken situasjon og tilstand man møter dem i. (Panesar, 2006) understøtter dette i sin artikkel der han skriver at allmennleger ofte motsetter seg å løse eller se på risikofaktorene til denne pasientgruppen og psykologer og psykiatere er mer fokusert på det mentale, slik at det somatiske blir glemt.

Kommunikasjon kan også være en hindring som gjør det vanskelig for sykepleieren å evaluere pasientens fysiske helse. Kognitiv svikt hos psykisk syke pasienter kan hindre dem i å kjenne igjen egen mental tilstand, og dette kan føre med seg utfordringer i kommunikasjonen med sykepleieren (Davis, 2004). Røssberg (2008) beskriver den gode relasjonen som den viktigste komponenten når det ses i sammenheng med helsehjelp på grunn av psykisk sykdom. Relasjonsarbeidet kan også brukes som et utgangspunkt for å komme i en posisjon hvor sykepleieren kan samarbeide om for eksempel egenomsorg hos den psykisk syke (Gonzalez, 2020).

Erfaringsmessig oppleves det at psykisk syke pasienter ikke får den oppfølgingen de trenger når de er innlagt i en somatisk avdeling. Pasienten ble neglisjert av sykepleierne, og den somatiske tilstanden ble ignorert fordi pasienten hadde en krevende atferd på grunn av sin psykiske sykdom. Det viste seg at pasienten led av en gastrointestinal sykdom. Et hinder som kan ha gjort til at oppfølgingen av denne pasienten var svekket kan ha vært på grunn av mangel på kunnskap hos sykepleierne. I følge Jankauskiene, Kusleikaite og Razbadauskas (2009) sin studie, har ikke sykepleiere i somatiske avdelinger god nok kompetanse om psykisk syke pasienter. Videre vet ikke sykepleierne hvordan de skal støtte og behandle den psykisk syke pasienten. Dette understreker viktigheten av å følge sykepleieprosessen til Peplau. Dette kan forebygge at psykisk syke pasienter blir neglisjert og at pasienter feildiagnostiseres.

Kazya, Strydom og Osborn (2011) ville undersøke om det var mangelen på innsikt eller andre faktorer som førte til at personer med psykiske lidelser ikke fikk sin fysiske helse undersøkt. Studien deres viste at mangelen på innsikt, om pasienten var kvinne og om pasienten tidligere hadde vært fengslet var viktige faktorer som førte til at de ikke fikk utført fysiske undersøkelser. Også som en mulig forklaring på dette mente Cairns et al. (2005) at pasientene hadde dårligere mental kapasitet når det gjaldt å kunne ta avgjørelser rundt behandling sin eller utredning. Dette ville da si at hvis pasienten heller ikke hadde innsikt i sin psykiske helse, ville det også kunne føre til at de ikke ønsket en fysisk undersøkelse. Dette mente de også kunne være forårsaket av at de ikke stolte på helsevesenet, fortvilelse rundt situasjonen og at de rett og slett var skeptiske til behovet for den fysiske undersøkelsen. Dette blir støttet av Mitchell og Hill (2020). De sier at negative holdninger fra helsevesenet der pasienten opplever at dens fysiske symptomer blir oversett på grunn av deres psykiske lidelse, og stigma rundt dette. Dårlig innsikt og dårlig erfaring fra helsevesenet kan være et hinder for

at psykisk syke pasienter blir kartlagt i forhold til sin somatiske lidelse. I en situasjon der pasienten mangler innsikt og er skeptiske mente Peplau at for å kunne samle data eller som her, utføre en fysisk undersøkelse, var det viktig å utvikle tillit. Hun mente at dette var selve kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykisk helsearbeid. Ved å etablere en god relasjon, ville dette kunne føre til en prosess der det mellommenneskelige og det problemløsende er integrert i den daglige kliniske hverdagen (Gonzalez, 2020).

Mitchell og Hill (2020) sier i sin artikkel at personer med en psykisk lidelse også sjeldnere sa ifra om de var utsatt for en ulykke eller påført en skade. Dette førte til at de ikke ble behandlet for symptomene de hadde til tross for risikofaktorene de hadde for alvorlig sykdom. Panesar (2006) støtter også dette i sin artikkel da han skriver at disse pasientene ufrivillig forteller om sine plager og at kommunikasjon er en utfordring. Dette kan skyldes som, Cairn et. al (2005) i Kayza, Strydom og Osborn skriver i sin artikkel, at den mentale kapasiteten er dårligere, sosial isolasjon, mistenksomhet eller at de sosiale ferdighetene er dårlig. Selv om dette er skrevet om pasienter med schizofreni, så understøtter dette funn i andre artikler. Ifølge Peplau sin prosess, er det viktig å komme i en terapeutisk posisjon, slik at pasienten kan åpne seg opp om vanskelige og ofte skamfulle temaer (Gonzalez, 2020).

Somatisk helse og psykisk helse går hånd i hånd. Det er svært viktig at sykepleieren er i stand til å se hele pasienten og ikke bare tilbyr en tjeneste. Ved at sykepleieren klarer å se sammenhengen mellom somatisk helse og psykisk helse, vil forståelsen for pasienten også øke. Å møte pasienten ved å bruke kunnskap fra både salutogenese og patogenese kan derfor være helsefremmende og sykdomsforebyggende. Som sykepleiere burde det være et mål for behandlingen å fremme helse og forebygge psykisk lidelse, dette er komplementære forhold. For å fremme helse og forebygge psykisk lidelse er det viktig å observere. Dette kan gjøre at sykepleieren videre kan iverksette tiltak for å avdekke somatisk lidelse, som igjen henger sammen med den psykiske helsen (Mjøsund, 2020, Peplau, 1988).

Innhente informasjon

Å innhente informasjon er en av de sammensatte oppgavene i sykepleieprosessen som omfatter en avgjørelse om hva som skal skje videre hos den aktuelle pasienten. På en annen side kan sykepleieren fungere som en ekspert eller en tolk mellom pasienten og for eksempel en sykehusansatt, slik at sykepleieren kan forklare pasienten informasjon som han eller hun kanskje ikke forstår (Peplau, 1988).

Davis (2004) sier i sin studie at det er viktig å undersøke den psykisk syke pasienten for somatisk sykdom fordi det kan redusere psykiske symptomer og redusere selvmordsforsøk. Dette understreker viktigheten av å følge Peplau sin sykepleieprosess om å innhente informasjon.

Ifølge Mitchell og Hill (2020) kan pasienter med psykisk sykdom presentere en annerledes atferd som skyldes somatisk lidelse. Tiltak som sykepleieren kan utføre når det gjelder samarbeidet med en pasient har de dratt frem i «MECC» (Making Every Contact Count). Det som var ønskelig med MECC var at det skulle hjelpe både sykepleieren og pasienten å forbedre både den fysiske og psykiske helsen. Dette ville MECC hjelpe til ved å konsekvent øke tilbudet, øke informasjonen om helse og hjelpe pasienten til å lettere kunne prate om sin helse. Dersom pasienten lettere kan prate om sin helse er det lettere for sykepleieren å innhente informasjon, slik at tiltak kan iverksettes (Peplau, 1988).

Å innhente informasjon kan også ses i sammenheng med klinisk vurderingskompetanse hvor innhenting av informasjon og data står sentralt. Kliniske vurderinger er en kompleks problemløsende prosess i psykisk helsevern. Ved siden av å samle inn informasjon er også refleksjon og vurdering en sentral rolle i kliniske vurderinger. Å innhente informasjon skjer i ulike situasjoner, det kan være i akutte, problematiske eller ikke-problematiske situasjoner. Ut ifra informasjonen man har må sykepleieren kanskje ta raske vurderinger eller beslutninger. I psykiatrien kan kliniske vurderinger være en mer langvarig prosess, og det å innhente informasjon kan ta lenger tid (Gonzalez og Marriott, 2020).

Observasjon

Observasjoner er en av de sammensatte oppgavene i sykepleieprosessen. Observasjonene skal være et utgangspunkt for å identifisere problemet slik at sykepleieren videre kan klargjøre og avgjøre hva som skal skje videre hos den aktuelle pasienten (Peplau, 1988).

Mitchell og Hill (2020) sier at det er sammenheng mellom psykisk sykdom og dårlig fysisk helse. En person med dårlig fysisk helse hadde større sjans for å utvikle psykiske problemer. I tillegg konkluderte de med at dårlig psykisk helse ville påvirke fysisk helse i stor grad. De mente at sykepleiere burde bruke alle muligheter til å undersøke om pasientens helse, både fysisk og psykisk er tatt hånd om. Panesar (2006) sier at halvparten av pasientene som er diagnostisert med schizofreni, har en komorbid medisinsk lidelse, men mange av dem er feildiagnostisert eller ikke diagnostisert i det hele tatt. Selv om pasientene er utsatt for

ettervirkningene av medisiner for sin psykiske lidelse og har en høy risiko for narkotikamisbruk, er dødeligheten høyest av naturlige årsaker. Dette er på grunn av dårligere kosthold, mindre mosjon og at de ofte røyker. Det viser seg også at de har en risiko på grunn av fedme som ofte vil vise seg i hypertensjon, hjerte- og lungesykdommer, hjerneslag, diabetes, søvnapné, slitasjegikt og noen typer av kreft. Det er også av interesse som Davis (2004) sier i sin artikkel at de fleste somatiske sykdommene som forårsaker psykiatriske symptomer er på grunn av hjerte- og lungesykdommer, endokrine sykdommer og nevrologiske sykdommer. Det er dermed viktig at sykepleieren følger Peplau sin prosess og observerer pasienten slik at den fysiske helsen blir tatt hånd om, og de somatiske symptomene blir identifisert (Peplau, 1988).

Vår egen erfaring er at brystmerter ofte kan bli oversett hos pasienter med en psykiatrisk diagnose da dette kan bli tolket som for eksempel et angstanfall. En pasient oppsøkte legevakt med brystmerter som ble oppfattet som et angstanfall, senere viste det seg at dette var et hjerteinfarkt. Davis (2004) viser til at brystmerter krever differensialdiagnoser. Blant annet kan tachykardi og arytmier være et symptom på angst. Siden det finnes fysiologiske symptomer blant angstanfall og stress, er det viktig at det blir tatt en anamnese. Når man kjenner igjen og behandler risikofaktorer på tross av psykiske symptomer, så vil dette kunne føre til en nedgang i både økt sykdom og dødelige utfall. «Psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet 2017) regulerer utrednings- og behandlingsaktivitet i spesialisthelsetjenesten og forutsetter at helsepersonell har grundig kjennskap til psykiske lidelsers egenart, symptomer, risikofaktorer og alternativer for behandling og rehabilitering» (Mjøsund, 2017, s. 32). Dette understrekes av Peplau sin tenkning om observasjon for å videre kunne utføre tiltak (Peplau, 1988).

Det er viktig at vi sykepleiere er kjent med sykepleieprosessen (Peplau, 1988) og følger den, slik at somatisk lidelse kan avdekkes hos den psykisk syke. Observasjonene er viktige på grunn av at det kan være et utgangspunkt for videre tiltak. Disse tiltakene kan avdekke somatisk sykdom og eventuelt redusere dødsfall da det viser seg at denne pasientgruppen dør tidligere enn befolkningen ellers også ofte av somatisk lidelse (Sagabråten, 2019). Som en del av dette arbeidet, kan man undersøke videre om det er noen kartleggingsverktøy som kan benyttes.

Kartleggingsverktøy

Det er en stor sammenheng mellom somatiske og psykiske lidelser. Det er viktig å ha tilgjengelige kartleggingsverktøy som avdekker somatisk lidelse (Berntsen, 2020). Ifølge Mitchell og Hill (2020) har mennesker med en psykisk lidelse en dårligere helse enn befolkningen ellers og dør 15-20 år tidligere på grunn av dette. Selv om disse pasientene har kontakt med psykologer eller andre behandlere innenfor psykisk helse, så betyr ikke dette at de får tilbud om fysiske undersøkelser eller får tilbud om støtte for å forbedre sin fysiske helse. Dette er også støttet av Andreas Holund som er seksjonsoverlege ved rus-seksjonen i Narvik.

M og H (2020) redegjør for ulike aspekter som burde være med ved en fysisk helsesjekk. Her har vi valgt ut de vi mener er aktuelle for oss sykepleiere da flere av deres punkter var legerelaterte.

- Pasienten bør få god informasjon om hva som skal skje
- Tenk på hvordan pasienten ser ut med tanke på hygiene og lignende
- Hvordan oppfører pasienten seg? Agitert? Sliten?
- Har pasienten noen fysiske plager som smerter eller problemer med å puste?
- Har pasienten nylig startet på noen nye medisiner? Eventuelt bivirkninger av disse?

M og H (2020) har også et eget skjema over prosedyren av hva som burde være med av undersøkelser:

- Blodtrykk
- Hjernteundersøkelse (EKG)
- Respirasjon (Spo2)
- Urinprøver (inkludert glukose)
- Vekt (BMI)
- Blodsukker og glukose (HbA1C)
- Temperatur
- Søvn
- Trening
- Mat

Mitchell og Hill (2020) la frem i sin artikkel noe de kaller Lester-Tool. Dette er også et kartleggingsverktøy for å hjelpe sykepleiere med å kartlegge pasientens fysiske helse for da å kunne ha et bedre utgangspunkt for videre behandling og utredning.

- Kartlegging av røykevaner
- BMI
- Livsstil
- Blodtrykk
- Blodsukker
- Kolesterol

Davis (2004) sier i sin artikkel at for å få til en omfattende somatisk undersøkelse, er det viktig å innhente data fra flere steder. I denne studien vil de innhente informasjon fra et pasientintervju. Sammen med intervjuet og observasjoner, vil de kunne legge til tidligere og nåværende symptomer, tidligere sykdommer, laboratoriesvar og en fysisk undersøkelse. HIP er et kartleggingsverktøy for sykepleiere for å kunne kartlegge den fysiske helsen til pasienter med en psykisk lidelse (Shuel, White, Jones, Gray, 2009). Dette er en kartlegging med flere spørsmål som de går igjennom sammen med pasienten, og som vil kunne vise “røde flagg” som krever behandling.

- BMI
- Måle omkrets på midje
- Puls og blodtrykk
- Temperatur
- Blodprøver med fokus på leverprøver, kolesterol og glukose
- Underlivsundersøkelser
- Kartlegging av søvn
- Brystundersøkelser på både menn og kvinner
- Menstruasjonsyklus
- Kartlegging av røykevaner
- Kartlegging av mosjon
- Kartlegging av alkoholinntak
- Diett-kartlegging
- Tannstatus
- Syn

- Føtter
- Koffeininntak
- Rusmidler
- Sex
- Fordøyelse

ABCDE, NEWS 2, og qSOFA er kartleggingsverktøy som er kjent for mange. Disse fokuserer på kun på det fysiologiske og det mer akutte. Mitchell og Hill (2020) har også gitt eksempler på ulike fysiske kartlegginger som de mener burde brukes i undersøkelsen av den psykisk syke pasienten. Denne metoden er mest lik de somatiske kartleggingsverktøyene vi kjenner til fra før. Til sammenligning med HIP-modellen og Lester Tool, kan man se at de også setter søkelys på andre faktorer som vil kunne avdekke somatiske lidelser, og ikke bare det akutte. Disse fokuserer også mer på livsstil. Dette er en fremtredende årsak til somatiske lidelser hos den psykiatriske pasienten (Sagabråten, 2019). Til sammenligning har Marriott (2020) også laget en systematisk modell som beskriver kliniske kjennetegn hos den psykisk syke pasienten, som kan brukes som et verktøy som kan gi indikatorer på somatisk bekymring. Disse kjennetegnene er ulike fra de andre kartleggingsverktøyene da hun har fokusert på observasjon av smerte i form av for eksempel merkelig gange, observasjon av hud og om det er tegn til sår, abscesser, stikk, kutt, bandasje eller blåmerker. Marriott beskriver også observasjon og vurdering av dårlig sirkulasjon som for eksempel blekhet, slapphet, svimmelhet og kvalme. Observasjon og vurdering av forstyrrelser i respirasjon er også med i Marriott sin kartlegging, for eksempel hoste, anstrengt respirasjon eller avvik fra normal respirasjonsfrekvens. Andre somatiske bekymringer som er med i kartleggingen, er synkope, bivirkninger av legemidler, fysisk traume, nevrologiske eller muskulære symptomer som kramper eller lammelser, egenomsorg som gjelder oppfølging av medisinsk behandling og kartlegging, og vurdering av legemiddelbehandling (Gonzalez og Marriott, 2020).

Panesar (2006) har referert til The National Service Framework (NSF) for Mental Health som kommer med anbefalinger når det gjelder oppfølgingen av den psykiatriske pasienten. De mener at det kreves en primærhelsetjeneste for å kartlegge og håndtere den fysiske helsen til personer med psykisk lidelse. Dette ved å føre et register over de med en psykisk lidelse, samt en årlig helsesjekk for disse pasientene.

Kartleggingsverktøy og klinisk vurderingskompetanse kan ses i sammenheng fordi kliniske vurderinger er en essensiell del av den problemløsende delen i sykepleieprosessen. Klinisk

vurderingskompetanse er viktig fordi det belyser viktigheten av å samle inn og vurdere data og informasjon. Det påpekes at dette er en kontinuerlig prosess ut ifra informasjon man til enhver tid har og at kliniske vurderinger baseres på den aktuelle situasjonen og fortløpende og regelmessige vurderinger dersom det er noen form for endring i pasientens situasjon. Sykepleieren har også en plikt til å utføre kliniske vurderinger kontinuerlig (Gonzalez og Marriott, 2020). Dette understreker viktigheten av å gjennomføre fysiske undersøkelser hyppigere. Kazuya, Strydom, Osborn (2011) belyser dette i sin studie: det burde aktivt kreves fysiske undersøkelser hos denne pasientgruppen. Observasjon av problemet skal være et utgangspunkt for å iverksette videre tiltak (Peplau, 1988).

Kritisk vurdering av artikler og litteratur

Vi opplevde at det var lite tidligere forskning på vår problemstilling. Derfor var det vanskelig å finne relevante artikler. Dette kan komme av flere årsaker: at det faktisk er lite tidligere forskning eller at vår sammensetning av søkeord ikke traff akkurat det vi lette etter. Davis sin artikkel var fra 2004, noe som betyr at den er noe eldre. Vi valgte likevel å bruke den i vår litteraturstudie da vi mener den er relevant for vår oppgave. Panesar sin studie er opprinnelig fra 2006, men ble revidert i 2020. Siden den både var relevant og at den var revidert, valgte vi å ta med denne artikkelen.

Studien til Iwata, Strydom og Osborn (2011) viser også til at de var avhengig av tidligere saksnotater for å kunne kartlegge. Dette kunne påvirke studien da dette ikke hadde vært tilgjengelig på alle pasientene. I tillegg var det flere av pasientene som trakk seg fra studien og de mente at det var en påvirkning av studien at den mentale kapasiteten til de enkelte ikke var kartlagt.

I sin studie fra 2004 sier Davis at de har brukt intervju, tidligere observasjoner og symptomer, data fra tidligere helsesjekker og blodprøver. Det blir likevel sagt at det kanskje er nødvendig med flere samtaler og undersøkelser fra både pasient, men også fra familie og andre instanser.

I studien om HIP-modellen (2009) sier Shuel, White, Jones og Gray at denne studien ikke klarte å komme frem til om bruken av modellen var effektiv nok, men bare fikk sett på hvordan den var å bruke og hvordan både pasienten og sykepleieren synes det fungerte. Det var ikke mulig å sammenligne nyoppdagede symptomer opp mot gamle diagnoser da ikke all historikk var kjent. Det ble likevel oppdaget at helsegevinsten ved bruk av HIP var til stede.

Panesar (2006) viser til begrensninger siden studien er gjennomført på pasienter som er bosatt på rehabiliteringssenter. Forskningen gir likevel en forståelse av at dette er et generelt problem rundt om i kommunen.

I studien om pasientnær blodprøvetaking (Butler, Cassan, Glogowska, 2020) kan det være kritikkverdig at ut ifra deres kunnskap, er dette den første evalueringen av pasientnær blodprøvetaking. Selv om artikkelen er i fra 2020, kan det gi en pekepinn på at det burde gjennomføres flere studier om dette temaet før effekten kan vurderes.

Etiske overveielser

Forskningsetikk handler om å ivareta personvern. Et mål for forskningen må være å sikre at deltakerne ikke blir påført skade eller belastninger, og forskningens mål om ny kunnskap skal ikke skje på bekostning av integriteten eller velferden til deltakerne. Det er essensielt å vurdere hvilke etiske utfordringer forskningen medfører. For å etablere ny kunnskap, er tillit helt sentralt. Deltakerne må oppleve at de blir ivaretatt når de deltar i forskning (Dalland, 2017).

For eksempel er studien om pasientnær blodprøvetaking godt etisk vurdert siden informasjon om pasientene er anonymisert, på denne måten er pasientsikkerheten til pasientene i studien ivaretatt.

Innovasjon

Vi ønsker at denne oppgaven kan være et bidrag til å utvikle sykepleiepraksis. Vi tenker at sammen med HIP-metoden og Lester-tool metoden, kan man også benytte de gamle kjente somatiske kartleggingsverktøyene ved siden av. Eller modellen som Marriott presenterer. Ved å velge de mest relevante elementene fra HIP-metoden og Lester-tool metoden og andre elementer fra forskningen, sammen med andre kjente kartleggingsverktøy, kan man kanskje etablere et enda mer egnet verktøy for kartlegging. En slik overordnet felles kartlegging kan benyttes ikke bare i psykiatrien, men også i somatikken. Dette for å kunne effektivisere den fysiske undersøkelsen, men også for å kartlegge pasienten på best mulig måte slik at han eller hun får riktig og best mulig behandling. Et godt kartleggingsverktøy er nødvendig for at sykepleieren skal kunne få satt i gang tiltak som er nødvendige for å avdekke somatisk lidelse.

Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å komme frem til hvilke sykepleietiltak som kunne utføres for å avdekke somatisk lidelse hos den psykisk syke pasienten. Ved tematisk analyse utpekte det seg noen hovedtemaer som er presentert i resultatpresentasjonen. Ved hjelp av Hildegard Peplaus tenkning utpekte det seg i fire temaer: kommunikasjon -og relasjonskompetanse, observasjon, innhente informasjon og kartleggingsverktøy. Dette ble benyttet som en teoretisk innramming for drøftingen. Dette ledet igjen frem til et mulig svar på problemstillingen, som er teamet kartleggingsverktøy.

Ulike kartleggingsverktøy er sykepleietiltak som sykepleieren kan benytte seg av for å avdekke somatisk lidelse. Ut ifra relativt ny forskning fra både 2009 og 2020 har vi funnet to ulike kartleggingsverktøy som kan benyttes i psykiatrien for å avdekke somatisk lidelse. Disse kalles HIP-metoden og Lester-tool metoden. HIP-metoden avdekker røde flagg i kartleggingen av BMI, måling av omkrets på midje, puls og blodtrykk, temperatur, blodprøver med fokus på leverprøver, kolesterol og glukose, underlivsundersøkelser, kartlegging av søvn, brystundersøkelser på både menn og kvinner, menstruasjonssyklus, kartlegging av røykevaner, kartlegging av mosjon, kartlegging av alkoholinntak, diett-kartlegging, tannstatus, syn, føtter, koffeininntak, rusmidler, sex og fordøyelse. Lester-tool metoden kartlegger røykevaner, BMI, livsstil, blodtrykk, blodsukker og kolesterol. I tillegg til dette har vi funnet flere tiltak som sykepleieren kan gjøre for å avdekke somatisk lidelse: pasientnær blodprøvetaking, fysiske undersøkelser og intervju. Marriott presenterer også en fin modell som kan være svært nyttig å bruke for å kartlegge somatisk bekymring hos psykisk syke pasienter: observasjon av smerter, hud, sirkulasjon, forstyrrelser i respirasjon, synkope, bivirkninger av legemidler, fysisk traume, nevrologi eller muskulære symptomer og kramper eller lammelser.

Vi har sett gjennom studiet at det finnes lite forskning på dette temaet, og at det kan være lite kunnskap og fokus blant sykepleierne om somatiske lidelser blant psykisk syke pasienter. Flere pasienter vi har snakket med bekymrer seg også over dette. For eksempel snakket vi med en pasient som hadde en påvist dissosiativ lidelse og en med en angstlidelse. Disse var begge bekymret for å utvikle sykdommer i fremtiden som kunne overses på grunn av sine nåværende diagnoser. Vi håper at svaret på vår problemstilling kan bidra til bevisstgjørelse og utvikling når det gjelder denne typen utfordring.

Litteraturliste

Ayeyard, H. (2019) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. (4th Edition.) London: Open University Press.

Berntsen, S.T. (2020) *Spesialistoppgave i klinisk samfunnspsykologi*. OUS-HF/Rikshospitalet, Senter for sjeldne diagnoser. Tilgjengelig fra: https://sjeldnediagnoser.no/docs/PDF/Forskning/Spesialistoppgave%20i%20klinisk%20samfunnspsykologi%20av%20Susanne%20Berntsen.pdf?fbclid=IwAR339CMO0uVG9SaVYbzNTIGbK47nlqEPCsjZ_ltyrg7T4vUo1DLIL_ugR0 (Hentet: 21.februar 2021).

Bertelsen, A.K.. (red.) (2012) *Sykdom og behandling*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Butler, J., De Cassan, S., Glogowska, M., Fanshawe, T.R., Turner, P., Walton, D., Lasserson, D., Bale, R., Lennox, B., Hayward, G. (2020) Effect of point of care blood testing on physical health check completion in mental health services: mixed-methods evaluation, *BJPsych Open*, 6 s.1-7. Tilgjengelig fra: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/89509210A1A20768168D3C7F585F159F/S2056472420001106a.pdf/div-class-title-effect-of-point-of-care-blood-testing-on-physical-health-check-completion-in-mental-health-services-mixed-methods-evaluation-div.pdf>

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. 6.utgave. Oslo: Norsk Gyldendal Forlag AS.

Dalton, A.L., Limmer, D., Mistovich, J.J., Werman, H.A. (2010) *Advanced Medical Life Support*. 3rd Edition. New Jersey: PEARSON Prentice Hall.

Davis, B. (2004) Assessing Adults with Mental Disorders In Primary Care, *Nurse Practitioner*, 29(5) s. 19-27. Tilgjengelig fra: https://journals.lww.com/tnpj/Fulltext/2004/05000/Assessing_Adults_with_Mental_Disorders_in_Primary.4.aspx.

Gonzalez, M.T (2020) *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming og flerfaglige perspektiver*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gonzalez, M.T (2020) *Relasjonsarbeid -sykepleieprosessens mellommenneskelige del*, Gonzalez, M.T (red). *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gonzalez, M.T (2020) Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser, Thorsen
Gonzalez, M. (red). *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. 1.utgave.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gonzalez, M.T (2020) Psykisk helse -et salutogent perspektiv, Mjøsund, N.H. (red). *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gonzalez, M.T (2020) Kliniske vurderinger -sykepleieprosessens problemløsende del,
Gonzalez, M.T, Marriott, S.C. (red). *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2018) Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Tilgjengelig fra:[somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer](#) (Hentet: 25.februar 2021).

Helsedirektoratet (2017) § 3-1 Legeundersøkelse. Tilgjengelig fra: [3-1-legeundersokelse](#) (Hentet: 28. februar 2021).

Hernæs, N. (2017) *Ny tiltakspakke mot sepsis*. Tilgjengelig fra:
<https://sykepleien.no/2017/03/ny-tiltakspakke-mot-sepsis>(Hentet: 26.april 2021).

Holter, I.M., Mekki, T.E. (2011) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1. 4. utgave*. Oslo: Akribe AS.

Holund, A. (2018) Rus og psykiatri under samme tak som somatikk. Tilgjengelig fra:
<https://helse-nord.no/Documents/Konferanser/2018%20Konferanser%20og%20kurs/Helsepolitisk%20konferanse%20Narvik/Andreas%20Holund%20UNN%20Rus%20og%20psykiatri%20under%20samme%20tak%20som%20somatikk.pdf>(Hentet: 25.februar 2021).

Håkonsen, K.M. (2014) *PSYKOLOGI OG PSYKISKE LIDELSER*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Jørgensen, P. (2012) *Psykiske sykdomme og kroppen*. Tilgjengelig fra:<https://tidsskriftet.no/2012/08/anmeldelser/sammenhengen-mellom-psykiske-og-somatiske-lidelser> (Hentet: 25.februar 2021).

Kazuya, I., Strydom, A., Osborn, D. (2011) Insight and other predictors of physical examination refusal in psychotic illness, *Journal of Mental Health*, 20(4), s.319-327.

Tilgjengelig fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=ef2715ad-2eb3-4a5f-abbc-11648ccf0774%40sdc-v-sessmgr03>.

Mitchell, A., Hill, B. (2020) Physical health assessment for people with a severe mental illness, *British Journal Of Nursing*, 29(10), s. 553-556. Tilgjengelig fra:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=5728ecae-7eb8-406f-9546-9824ba123234%40sessionmgr4007> (Hentet: 21.april 2021).

Mjøsund, N.H. (red.) (2020). *Psykiske lidelser -faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Molven, O. (2015) Helse og jus. 8.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NEWS II - et felles nasjonalt scoringsverktøy (2020) Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/direktorens-stab/stab-fag-pasientsikkerhet-og-samhandling/avdeling-for-samhandling-helsekompetanse-og-likeverdige-helsetjenester/fastleger-og-andre-henvisere/news-ii-et-felles-nasjonalt-scoringsverktoy>(Hentet: 20.april 2021).

Nilsen, T.M. (2019) Alvorlig psykisk syke får ikke god nok behandling for somatiske sykdommer, *Den Norske Legeforening*. Tilgjengelig fra:

https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/alvorlig-psykisk-syke-far-ikke-god-nok-behandling-for-somatiske-sykdommer/?fbclid=IwAR2MguycysQ-sgk8Pp4Zz-FilviftJT-IT3yeDLifveHzgl9EIXdoSBQY_s (Hentet: 08.12.2020).

Norsk Sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. Tilgjengelig

fra:<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 19.April 2021).

Nylenna, M., (2009) *Medisinsk ordbok*. 7.utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard. A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA.

Panesar, N.P. (2006) A survey of the physical health screening of all in-patients in a residential rehabilitation population, *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*,

126(1), s. 38-40. Tilgjengelig

fra:<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1466424006061175> (Hentet: 21.april 2021).

Peplau, H.E. (1988) *Interpersonal Relations in Nursing*. 1.utgave. London: MACMILLAN EDUCATION LTD.

Shuel, F., White, J., Jones, M., Gray, R. (2009) Using the serious mental illness health improvement profile (HIP) to identify physical problems in a cohort of community patients: A pragmatic case series evaluation. *International journal of nursing studies*, Vol. 47(2), s. 136-145. Tilgjengelig fra: [S0020748909001989](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.019) (Hentet: 29.april 2021).

Svediene, L., Jankauskiene, L., Kusleikaite, M., Razbadauskas, A. (2009) Competence of general practise nurses caring for patients with mental health problems in the somatic departments. *Medicina*, Vol.45(10), s. 822-829. Tilgjengelig fra: file:///Users/vildecarolinerodningen/Downloads/Competence_of_general_practice_nurses_caring_for_p.pdf (Hentet: 6.april 2021).

