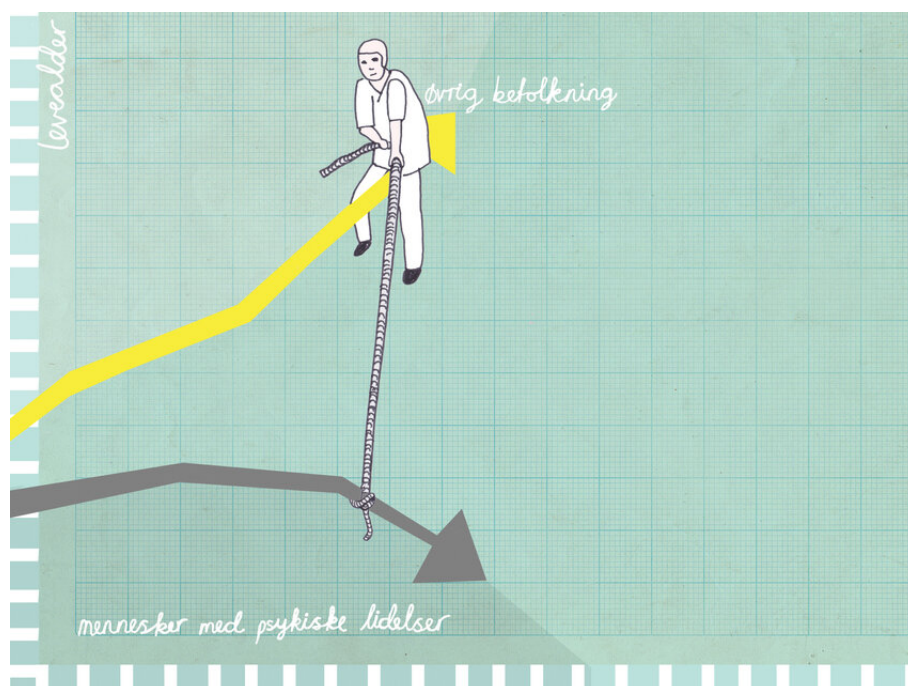


Emma Steen Dillon  
Marthe Nygaard

# Overdødelighet på 15 til 20 år. Nok er nok!

Antall ord: 8525

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Janne-Rita Skår  
Mai 2022



Kristiansen, Kathrine



Emma Steen Dillon  
Marthe Nygaard

# **Overdødelighet på 15 til 20 år. Nok er nok!**

**Antall ord: 8525**

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Veileder: Janne-Rita Skår  
Mai 2022

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



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

**Hensikt:** Undersøke sykepleiers opplevelser og erfaringer knyttet til den fysiske helsen hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I denne sammenhengen har vi hatt et helsefremmende fokus og benyttet oss av en salutogen tilnærming i tråd med et sykepleieperspektiv.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie. Søkene ble gjennomført i databasene Cinahl Complete og PsycINFO. Resultatet av søkene ble 8 fagfellevurderte forskningsartikler, hvorav 4 var kvalitative, én tverrsnittsstudie, to med et kvasi-eksperimentelt design og én kohort studie. Analysen ble gjennomført ved hjelp av David Evans (2002) fire steg.

**Resultat:** Funnene er delt inn i 4 hovedkategorier; Pasientenes fysiske helse, Helsefremmende arbeid, Sykepleie i praksis og Organisatoriske faktorer. Resultatet viser faktorer som påvirker pasientenes dårlige fysiske helse, effekten av helsescreening, sykepleierintervensjoner og helsefremming. Videre viser resultatene ulike barrierer som manglende kunnskap og ferdigheter, rolleforvirring, ressurs og personalmangel samt manglende støtte fra ledelsen.

**Konklusjon:** Sykepleiers viktigste rolle ved hjelp av en salutogen tilnærming, vil være å utvikle pasientens evne til å se muligheter og helhet, fremfor å kun se de negative sidene. Arbeidsstedets ledelse vil ha en sentral rolle for å sikre at sykepleier kan utføre sitt helsefremmende arbeid, gjennom å tilrettelegge for muligheter til å øke kunnskap/ferdigheter, samt utvikle rutiner i behandlingsforløpet for å hindre rolleforvirring på tvers av faggrupper.

## **Abstract**

**Aim:** To increase knowledge of nurse's experiences related to the physical health of patients with a severe mental disorder. In this context we had a health-promoting focus referred to a salutogenic approach in line with a nursing perspective.

**Method:** Systematic literature study. The searches were executed in the following databases; Cinahl Complete and PsycINFO. The result of these searches were 8 peer-reviewed research articles, of which 4 were qualitative studies, one cross-sectional study, two with a quasi-experimental design and one cohort study. The analysis was carried out by using David Evans (2002) four steps.

**Result:** Our findings were divided into four main categories; The patients physical health, Health-promoting work, Nursing in practice and Organizational factors. The result reveal factors that affect patient's poor physical health, the effect of health screening, nurse interventions and health promotion. Furthermore, the results show numerous of barriers such as lack of knowledge and expertise, role confusion, shortages of resources and staff, as well as lack of support from the management.

**Conclusion:** The most important nurse role within a salutogenic approach will be to develop the patient's ability to see possibilities and wholeness, rather than the negative sides. The workplace management will have an important role in order to ensure that nurses can perform their health-promoting duties, by facilitating opportunities to increase knowledge/skills, furthermore develop routines in the course of treatment to prevent role confusion across professional groups.

## Forord

*" Det er ikke grejdt at forstaa,  
hvor Skoen trykker,  
naar en ikke har den paa"*

-Henrik Ibsen (1993, s. 255).

<b>1</b>	<b>Innledning</b> .....	9
1.1	Begrunnelse og valg av tema .....	9
1.2	Oppgavens hensikt og problemstilling .....	10
1.3	Begrepsavklaring.....	10
1.4	Avgrensninger og presisering .....	10
1.5	Oppgavens videre oppbygning .....	10
<b>2</b>	<b>Teori</b> .....	11
2.1	Helse som begrep.....	11
2.2	Helsefremming og helsefremmende arbeid. ....	11
2.3	Salutogenese .....	12
2.4	Alvorlige psykiske lidelser.....	12
2.5	Sykepleiers funksjon og rolle. ....	13
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	14
3.1	Systematisk litteratursøk.....	14
3.2	Datasamling .....	14
3.2.1	Søkestrategi.....	14
3.2.2	Søkehistorikk .....	15
3.2.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	15
3.2.4	Kvalitetsvurdering.....	16
3.2.5	Etisk vurdering .....	16
3.3	Analyse .....	17
<b>4</b>	<b>Resultat</b> .....	18
4.1	Sykepleiers perspektiv ovenfor pasientenes fysiske helse. ....	18
4.2	Sykepleie I praksis. ....	19
4.3	Sykepleier erfarer at helsefremmende arbeid nytter.....	20
4.4	Sykepleierne bemerker organisatoriske utfordringer. ....	21
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b> .....	22
5.1	Metodediskusjon.....	22
5.2	Resultatdiskusjon .....	23
5.2.1	Hvordan sykepleier kan fremme den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.....	23
5.2.2	Sykepleiers perspektiv ovenfor organisatoriske utfordringer.....	25
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	28
<b>7</b>	<b>Referanser</b> .....	29
<b>8</b>	<b>Vedlegg</b> .....	32
8.1	Analysetabell .....	32
8.2	Litteraturmatriser .....	33
8.3	Søkehistorikk .....	41



# 1 Innledning

## 1.1 Begrunnelse og valg av tema

Gjennom jobb og praksis har vi i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser sett behovet for at det rettes mer oppmerksomhet mot pasientenes fysiske helse. Vi så stor velvilje fra sykepleierne om å ha et helsefremmende fokus, men når ressursene er trange blir det gjort prioriteringer som ikke går i favør av pasientenes fysiske helse.

«There is no health without mental health» sier WHO (Verdens helseorganisasjon) grunnlov. Videre forklarer loven at helse er en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom. For tro det eller ei, så er psykisk helse faktisk mer enn bare et fravær av psykiske lidelser (WHO,2018). Bare i Norge viser statistikken at mellom én av seks og én av fire mennesker vil i løpet av et år oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse (Tesli et.al.,u.å.). For å sette dette i perspektiv, er det ingen andre sykdommer som koster Norge mer enn psykiske lidelser. Norge bruker omlag 280-290 milliarder kroner på psykiske lidelser i året. Bare 13% av dette er knyttet til helsetjenestekostnader. Resten tilskrives kostnader som tapt arbeidsfortjeneste og trygdeforhold (Folkehelseinstituttet,2017).

Bak alle milliardene finner vi en pasientgruppe som på grunn av alvorlige psykiske lidelser i gjennomsnitt dør 15-20 år før resten av befolkningen (Hofstad,2021). Forekomsten av unaturlig død hos denne pasientgruppen øker, likevel ser en at denne overdødeligheten i stor grad kan tilskrives somatiske sykdommer (Helsedirektoratet, u.å.).

I kategorien alvorlige psykiske lidelser inngår schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon, hvorav pasienter med schizofreni og bipolar er mest utsatt. Årsaken til overdødeligheten er kompleks, og tilskrives en kombinasjon av genetikk, livstil og medikamenter. Pasientene er i perioder mindre hjelpesøkende og har dårligere egenomsorg. Videre kan årsaken tilskrives helsevesenet som leverer dårligere helsetjenester til denne pasientgruppen (Hofstad,2021).

Sykepleier har en sentral rolle i håndteringen av den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Ved bruk av et salutogent perspektiv fokuserer sykepleier på faktorer som fremmer helse fremfor hva som skaper sykdom. Denne teorien har en ressursorientert og styrkebasert forståelse av helse. Med dette sagt, fokuserer sykepleiere som bruker en salutogen tilnærming på pasientens ressurser, potensial og kapasitet. Pasienter som lever med sykdom kan derfor oppleve større grad av helse(Mjøsund,2020, s.29).

## 1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å øke kunnskap om sykepleiers perspektiv knyttet til fysisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Ut ifra dette ble problemstillingen;

*«Den fysiske helsen hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser: fra et sykepleiers perspektiv».*

## 1.3 Begrepsavklaring

«*Psykiske lidelser*» er et mangfoldig begrep, der det er vanskelig å finne et entydig svar. Likevel forklarer Dahl (2020) at for å si at noen har en psykisk lidelse, vil det kreve at personen selv og/eller helsepersonell vurderer at vedkommende har psykiske symptomer (Dahl,2020,s.8).

«*Fysisk helse*» har ikke en klar definisjon, og begrepet deles derfor i to. Begrepet fysisk brukes i relasjon med menneskekroppen, eller menneskets fysikk og funksjoner (Nilstun,2021). Verdens helseorganisasjon WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Braut,2022).

## 1.4 Avgrensninger og presisering

Oppgaven vektlegger et sykepleieperspektiv som fokuserer på hvordan sykepleier kan fremme den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Vi har avgrenset oppgaven til pasienter med alvorlige psykiske lidelser da det er denne pasientgruppen som er mest utsatt for overdødelighet knyttet til livsstilssykdommer. Grunnet mangelfull forskning har vi inkludert pasienter som alle er under oppfølging i psykisk helsevern.

## 1.5 Oppgavens videre oppbygning

Oppgaven er videre delt inn i 6 kapitler. I kapittel 2.0 trekkes frem relevant teori for oppgaven. Kapittel 3.0, er metodedelen hvor vi presenterer datasamlingen og analysearbeidet. Resultatdelen i kapittel 4.0 legger frem sentrale funn fra analysearbeidet. I kapittel 5.0 finner vi først en metodediskusjon, deretter en resultatdiskusjon som gjør rede for relevante funn som settes i lys med teori. Til slutt i kapittel 6.0 vil hovedfunn og konsekvenser for praksis legges frem, i tillegg til en oppfordring om videre forskning rundt temaet.

## 2 Teori

### 2.1 Helse som begrep.

WHO definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lidelser» (Braut,2022). Definisjonen blir ofte kritisert da den anses som smal, og ekskluderer mange menneskers opplevelse av helse. Forskning viser at folk flest knytter positive dimensjoner til helsebegrepet, som opplevelse av lykke, glede, ha styrke i tillegg til fravær av sykdom (Larsen,2018,s.39-40). I et helsefremmende perspektiv kan man si at helsebegrepet har et ressursorientert fokus, og at helse har en negativ og en positiv definisjon. Den negative definisjonen definerer helse som fravær av sykdom, mens den positive definisjonen retter fokuset mot den enkeltes opplevelse av velvære og mestring. I 1986 presenterte WHO en mer presis formulering av helse som «en ressurs for hverdagslivet, og ikke målet med livet»(Larsen,2018,s.43).

### 2.2 Helsefremming og helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeid defineres av WHO som «en prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse» (Larsen, 2018, s.42-43). Å arbeide helsefremmende vil dreie seg om at helsepersonell tilrettelegger for at den enkelte skal oppleve større kontroll over eget liv og egen helse, og har derfor fokus på «Empowerment» (Larsen,2018,s.14).

Empowerment har vært et sentralt begrep innenfor folkehelsearbeid og helsefremming. WHO definerer Empowerment som; «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse». Begrepet handler derfor om å ha eller å ta mest mulig kontroll over faktorer som påvirker egen helse (Tveiten,2018,s.239-240). Innenfor psykisk helsearbeid er målet med helsefremmende arbeid å bedre den psykiske helsen ved å øke graden av optimisme, mestring og evne til å takle motgang og belastning i livet. Dette kan gjøres ved å påvirke faktorer i det sosiale miljøet, øke trivsel og livskvalitet (Napha,2021).

## 2.3 Salutogenese

Salutogenese er et helsefremmende perspektiv/teori utviklet av den israelske-amerikanske sosiologen Aron Antonovsky. Mens patogenesen omhandler kunnskap om sykdommers årsak og forløp, fokuserer salutogenesen på kunnskap om faktorer som fremmer helsen. I slutten av det forrige århundre utviklet Antonovsky en salutogen helsemodell. Han reagerte på datidens oppfatning av begrepet helse som det motsatte av sykdom. Antonovsky mente at en slik tosidig oppfattelse av helse burde erstattes med en forståelse av helse som et kontinuum, som betyr at helse kan beskrives som en bevegelse på en linje mellom å ha helse, og å ha uhelse (Mjøsund,2020,s.29-30).

Et salutogent perspektiv fokuserer på en ressursorientert og styrkebasert forståelse av helse. Med det menes at sykepleiere som jobber med en salutogen tilnærming, setter søkelys på å styrke menneskers ressurser, potensial og kapasitet (Mjøsund,2020,s. 29). Målet med en salutogen tilnærming omhandler ikke kun å behandle symptomer, men å gjøre pasienten istand til å kunne leve optimalt med sine helseutfordringer (Langleland,2018,s.157). Salutogenesen er mest kjent for sitt begrep «Sense of Cohense» forkortet til SOC. Det å ha en sterk SOC vil si at man har forståelse for sin livssituasjon (forståelighet), at man har tillitt til at man har de nødvendige ressursene for å finne løsningen (håndterbarhet), og at man opplever utfordringer som motiverende (mening) (Langeland,2009). Mestringsressurser har fått stort fokus innenfor salutogenesen. Salutogenesen legger vekt på personlige og kollektive mestringsressurser som avgjørende når det kommer til menneskets evne til å mestre krevende situasjoner. Jo større grad mennesket er i stand til å nyttiggjøre seg av personlige og kollektive mestringsressurser, desto høyere SOC og økt opplevelse av helse vil han/hun ha (Langeland,2017).

## 2.4 Alvorlige psykiske lidelser.

Psykiske lidelser er et samlebegrep som brukes om psykiatriske sykdomstilstander og brukes om ulike tilstander som viser seg i psykologiske og atferdsmessige forandringer, som ofte fører til plagsomme symptomer og nedsatt funksjon på en rekke områder. Begrepet deles inn i symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser, avhengig av symptombildet. Psykiske lidelser rammer ofte aspekter ved hele personligheten, som tanker, følelser, stemning og impuls kontroll. Psykiske lidelser skyldes ofte arv, psykologiske risikofaktorer og sosiale faktorer i oppvekstmiljøet (Krogh,2005,s.67).

Schizofreni og bipolar lidelse regnes blant annet for å være alvorlige psykiske lidelser. Schizofreni omfatter symptomer som blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, desorganisering, affektiv avflatning og symptomer, apati, kognitiv- og funksjonssvikt (Malt & Røssberg,2022).

Bipolar lidelse er en psykisk lidelse som viser seg i at humøret og aktivitetsnivået svinger mer enn hva andre mennesker opplever. Bipolar betyr «to poler» og kjennetegnes ved perioder med nedstemthet (depresjoner) og oppstemthet (mani/hypomani) (Holsten,2020,s.106). Majoriteten av psykiske lidelser debuterer i ung alder, der symptomene ofte viser seg tidlig, som videre utvikler seg til sykdomstilfeller innen 30-års alderen. Flertallet av tilfellene følger et kronisk forløp med bedring, etterfulgt av et

tilbakefall. Relatert til dette opplever mange med psykiske lidelser lav tillit til egen mestring, kombinert med liten sosial støtte utenifra, økonomiske problemer og somatisk sykdom (Mykletun & Knudsen,2009,s.25–26). En utvikling av slike kroniske plager vil ofte redusere personens sosiale posisjon, der mange opplever en redusert evne til å delta i arbeidslivet. Arbeidsledighet har negative konsekvenser både for den fysiske og psykiske helsen, som fører med seg økonomisk usikkerhet samt tap av inntekt og sosial status (Bull & Lystad,2020,s.468). Til tross for tiltak som offentlig økonomisk støtte til denne pasientgruppen, ser en at arbeid i mange tilfeller er med på å forebygge psykiske lidelser. Dette er i form av muligheter til å opprette daglige rutiner og aktiviteter, finne mening i livet, sosialt samvær, inntekt og tilhørighet, som alle er faktorer som denne pasientgruppen faller utenfor, eller ikke opplever i hverdagen (Mykletun & Knudsen,2009,s.26).

I perioder hvor den psykiske lidelsen har tatt mye plass, ser en at fritidsaktiviteter og hobbyer som tidligere har gitt mye glede, faller bort. Når disse aktivitetene avsluttes helt, vil det i mange tilfeller påvirke vedkommendes forhold til egen identitet, som igjen fører til tap av nettverk (Gonzalez,2020,s.244–245). For mange med psykiske lidelser ser en også at manglende tilhørighet og sosial isolasjon er en større utfordring enn i normalbefolkningen generelt (Gonzalez,2020,s.234). I tillegg til dette, opplever denne pasientgruppen en grad av diskriminering i det somatiske helsevesenet, der de får dårligere tilgang til spesialisert medisinsk behandling (Martinsen,2020,s.254).

## 2.5 Sykepleiers funksjon og rolle.

Sykepleiere innenfor psykisk helsevern har stort sett de samme funksjonene som andre deler av helsevesenet, men utøvelsen kan være annerledes. I den direkte pasientrettede kontakten har sykepleier en behandlende funksjon, hvor man utøver den terapeutiske rollen. Her står den mellommenneskelige og problemløsende delen av sykepleieprosessen sentralt som arbeidsform. I den terapeutiske funksjonen står også sykepleierens rehabiliterende, habiliterende og lindrende funksjoner sentralt innenfor psykisk helsearbeid, i tillegg til helsefremmende og forebyggende oppgaver. Indirekte pasientrettede oppgaver som veiledning og undervisning av medarbeidere, administrasjon og ledelse, og oppgaver knyttet til fagutvikling, kvalitetsutvikling og forskning er også en viktig del av sykepleiers funksjon og rolle (Gonzalez,2020,s.52–53).

Sykepleiers rolle og funksjon vil variere ut ifra pasientens tilstand. De psykiske lidelsene har ulike faser hvor pasienten på et punkt kan være fullstendig hjelpetrequende, men i neste fase selvhjulpne. Derfor vil sykepleiers rolle variere i de ulike fasene fra å overta for psykologisk funksjonssvikt, og hjelpe pasienten med å dekke deres grunnleggende behov, mens i neste fase kan fokuset dreie seg om å endre aspekter ved pasientens personlighet (Krogh,2005,s.37).

## 3 Metode

Metode defineres som en fremgangsmåte for å kunne innhente kunnskap eller etterprøve ulike påstander, med et krav om at de er sanne, gyldige eller holdbare. Metode er derfor et godt datainnsamlingsverktøy (Dalland,2007).

### 3.1 Systematisk litteratursøk

I denne oppgaven har vi benyttet et systematisk litteratursøk, som en metode der et tydelig formulert spørsmål skal besvares systematisk. Dette gjøres gjennom å identifisere, velge ut, vurdere og analysere relevant forskning innenfor et utvalgt tema. For å kunne få en god litteraturstudie er forutsetningen ifølge Forsberg og Wengström (2016), at det finnes et adekvat antall av studier med god kvalitet som gir et godt grunnlag for vurdering og konklusjon (Forsberg & Wengström,2016,s.26). En systematisk litteraturstudie er en prosess som inneholder mange ulike kriterier som må vurderes. Studiene skal blant annet ha en god problemstilling som skal kunne besvares, de ulike kriteriene og metoden skal være tydelig, litteraturen som er brukt skal være kritisk vurdert samt kvalitetsbedømt. Det er også viktig at litteraturen er analysert, at resultatet er diskutert og at det tilslutt er foretatt en konklusjon (Forsberg & Wengström,2016,s.31).

### 3.2 Datasamling

#### 3.2.1 Søkestrategi

Databasene som ble brukt var Cinahl Complete og PsycINFO. Da vår oppgave omhandler psykiatri, valgte vi å bruke databasen PsycINFO, som dekker temaer om psykiatri, psykologi og etikk (Helsebiblioteket, u.å.-b). Vi valgte også å bruke databasen Cinahl, da den inneholder mye forskning rundt vanlige utfordringer innenfor sykepleiefaget (Helsebiblioteket, u.å.-a). For å avgrense søkene som ble gjort i databasene, brukte vi PICO-skjemaet. Etter Forsbergs og Wengströms (2016) definisjon av PICO, er dette en strukturert metode som tar utgangspunkt i oppgavens problemstilling for at en skal kunne danne gode søkestrategier. Det var i denne oppgaven ikke relevant å bruke punkt «C», som står for kontrollgruppe (Forsberg & Wengström,2016,s.60). Dette brukes i hovedsak for å sammenligne material fra to ulike kontrollgrupper, og vi brukte derfor et PIO-skjema.

PIO-skjema	Søkeord
P: Patient/ Population Hvem handler det om?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Psychiatric Nurses</li><li>• Nurses</li></ul>
I: Intervention. Hva handler det om?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Physical Healthcare</li><li>• Mental Disorders/ Mental Health</li><li>• Physical Health/ Exercise</li></ul>
C: Outcome. Hva er resultatet/ utfallet?	<ul style="list-style-type: none"><li>• TI (title) experiences OR perceptions OR attitudes OR views.</li></ul>

### 3.2.2 Søkehistorikk

Når søkeordene var satt inn i PIO-skjemaet, begynte vi søkeprosessen etter forskningsartikler. Som nevnt ble søkene utført i databasene PsycINFO og Cinahl Complete. Søkeordene ble dannet ut ifra oppgavens problemstilling, og ble brukt som enkeltord i boolske søkeoperatører med kombinasjonene OR og AND (Forsberg & Wengström, 2016, s.69).

Søkeordene i hovedsøket var: «*Physical health*», «*Psychiatric nurses*», «*Mental disorders*», «*Nurses*» og «*Mental health*». Her var det et fåtall av artiklene som var relevante, og vi valgte å få råd hos bibliotekaren på skolen. Her ble vi rådet til å prøve Cinahl Complete, som vi da hadde utelukket tidligere, da «*Physical health*» ikke var et søkeord. Her fikk vi tips om å heller bruke søkeordene «*Exercise og Physical activity*», som ga oss mange gode og relevante artikler.

Selv om det var en rekke ord som ikke kunne brukes som søkeord, valgte vi å bruke funksjonen (TI: title) som gjør at databasen leter frem ordene «*Physical Healthcare*», «*Physical Health*» og «*Experiences or perceptions or attitudes or views*» i forskningsartiklens tittel. Dette var en funksjon vi kun kunne gjøre hos Cinahl Complete. I tillegg valgte vi å legge til søkeordene «*Exercise og Physical activity*», da vi så at dette var et gjengående tema knyttet til fysisk helse. Det ble utført en rekke søk i databasen PsycINFO. Her ble søkeordene «*Physical Health*», «*Mental Health*», «*Psychiatric Nurses*» og «*Mental Disorders*» brukt. Her ble 43 abstrakter lest, 13 artikler ble lest, hvorav 3 artikler ble utvalgt.

I databasen Cinahl Complete brukte vi søkeordene «*TI Physical healthcare*», «*Mental Disorders*», «*TI experiences or perceptions or attitudes or views*», «*Exercise*», «*Physical Activity*», «*TI exercise and physical activity in mental disorders*» og «*TI nurs\* AB nurs\* OR SU nurs\**». Sistnevnte betyr at databasen vil lete etter ord som begynner med «*nurs\**», der målet er å få frem artikler med «*nurse eller nurses*». Forkortelsene som er lagt til betyr; «*TI*» at ordet finnes i artikkelens tittel, «*AB*» at ordet finnes i artikkelens abstrakt og «*SU*» at ordet finnes i teksten som tema. Etter en lang søkeprosess i databasen Cinahl, ble totalt 69 abstrakter lest, 28 hele artikler ble lest, der vi endte opp med 5 gode artikler. De høye tallene er bundet i at abstraktene var uklare, og vi valgte derfor å lese gjennom hele artikkelen.

### 3.2.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I søkeprosessen inkluderte vi artikler med et sykepleieperspektiv som omhandlet temaene psykiatri og fysisk helse. Målet var å finne artikler som omhandlet sykepleiers perspektiv ovenfor pasientenes fysiske helse. Det var ønskelig å finne de mest oppdaterte artiklene. Vi begrenset derfor søket til artikler som var publiserte mellom 2011 til 2022. Videre var det ønskelig å innhente relevant forskning fra Norge eller nærliggende land som har et tilnærmet likt helsevesen som Norge. Vi begrenset derfor språkene til norsk, dansk, svensk eller engelsk. Alle artiklene som ikke inneholdt disse kriteriene, ble ekskludert.

### 3.2.4 Kvalitetsvurdering

Ifølge Forsberg og Wengström (2016) vil verdien av en systematisk litteraturstudie være avhengig av hvor godt en identifiserer og vurderer de utvalgte studiene. I en slik kvalitetsvurdering er det en rekke punkter som studien bør inneholde. Her skal studiens formål og problemstilling være klar, en skal vurdere studiets design og utvalg, se på hvilke måleinstrumenter som er brukt, samt vurdere analysedelen og tolkningen (Forsberg & Wengström,2016). For å vurdere studiets design, så vi etter artikler som inneholdt en IMRAD-struktur. Her organiseres studiets innhold inn i fire seksjoner; Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Polit & Beck,2020,s.729–730).

Videre brukte vi helsebibliotekets (2016) sjekklister som fungerer som et pedagogisk verktøy for å kunne utføre en kritisk vurdering av ulike vitenskapelige artikler (Helsebiblioteket,2016). Sjekklisterne fylte vi ut elektronisk, der det var forskjellige maler ut ifra studiens metode. I fire av artiklene var det brukt et kvalitativt design, der sjekklisten bestod av tre deler. Spørsmålene tok for seg en innledende vurdering av artikkelen, hva forteller resultatene og om resultatene kan være til hjelp i praksis. Den neste artikkelen er en tverrsnittstudie og går under sjekklisten om oversiktsartikler, som bestod av samme spørsmål som ovenfor. Videre er det to studier med en randomisert kontrollert studiedesign, der sjekklisten bestod av fem deler; Er studien randomisert, er kvaliteten tilfredsstillende, hva er resultatet og kan de brukes i praksis samt en oppsummering av selve vurderingen. Den siste artikkelen er en kohortstudie, der det ble gjennomført pre- og posttester av en utvalgt gruppe. Her går de samme delene og spørsmålene igjen (Helsebiblioteket,2016).

Før vi besluttet om vi kunne bruke artiklene, sjekket vi om forskningsartiklene var publisert hos godkjente fagfellevurderte tidsskrift. Dette ble gjort gjennom NSD (Norsk senter for forskningsdata), et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Alle de åtte artiklene er på nivå 1, som betyr at de fyller minimumskravet til vitenskapelighet (Kanalregisteret,u.å.). Alle forskningsartiklene ble etter denne kritiske vurderingen besluttet å være gode og relevante artikler som vi kunne bruke videre.

### 3.2.5 Etisk vurdering

Et krav hos alle vitenskapelige studier, er at etiske hensyn foretas. Forskeren skal etter beste evne vise omsorg ovenfor studiets deltakere, og ikke forårsake noe form for skade (Forsberg & Wengström,2016,s.132). I denne prosessen skal en velge studier der det enten er blitt gjort en grundig etisk vurdering, eller at artikkelen er godkjent av en etisk komité (Forsberg & Wengström,2016,s.59). Hos alle de 8 utvalgte forskningsartiklene, er det foretatt en etisk vurdering av ulike etiske komiteer. Samtlige av studiene informerte de aktuelle deltakerne både skriftlig og muntlig, og samlet inn samtykke i etterkant av dette. Det skal også understrekes at i alle studiene ble deltakerne informert om at de sto helt fritt om å trekke seg fra studien, dersom dette var ønskelig.



### 3.3 Analyse

Analyse er hovedsakelig et grundig arbeid hvor en skal finne ut hva det oppsamlede materialet forteller oss (Dalland,2007,s.124). For å gjøre analysearbeidet er det viktig å dele opp fenomenet i mindre deler, analysere det, for å så sette sammen igjen alle delene til en forståelig helhet (Forsberg & Wengström,2016,s.152). I analysearbeidet brukte vi Evans' (2002) artikkel som et verktøy for å kunne gjennomføre analysen så grundig og systematisk som mulig. Denne artikkelen inneholdt David Evans analyse- og syntesemodell, som deles opp i fire ulike faser.

I fase én, foregår selve datainnsamlingen som videre skal analyseres. Her skal databasene velges ut, som i vårt tilfelle ble Cinahl Complete og PsycInfo. For å finne frem til relevante studier, må en videre definere inklusjonskriteriene, som er beskrevet i oppgavens punkt 3.2.3. Når en da foretar selve søket, vil diverse studier som oppfyller disse inklusjonskriteriene dukke opp (Evans,2002).

I fase to er målet å identifisere nøkkelfunnene i hver enkelt artikkel. Her leste vi gjennom hver artikkel flere ganger, for å så gå grundigere til verks med å notere ned artiklenes nøkkelfunn og inklusjonskriteriene. Deretter fylte vi inn notatene inn i en tabell (Evans,2002).

Videre til fase 3, ble det tydelig at artiklenes nøkkelfunn kunne deles inn i ulike hovedtema. Ut ifra dette kategoriserte vi alt inn følgende kategorier; *Fysisk helse, Sykepleie i praksis, Helsefremmende arbeid og Organisatoriske faktorer*. For at denne prosessen skulle bli ryddig og oversiktlig, fargekodet vi de ulike kategoriene, og plasserte artiklenes nøkkelfunn/undertema hos den relevante kategorien i en tabell. Dette gjorde vi for hver enkelt artikkel, med mål om å få god oversikt over alle de 8 forskningsartiklene. Deretter samlet vi alt inn i én tabell, med hovedtema, undertema/funn og i hvilken artikkel som omhandler hver av disse temaene. Videre gikk vi grundig gjennom hovedtemaene og underkategoriene, for å få et overblikk over hva de omhandler, og for å identifisere likheter og ulikheter på tvers av artiklene (Evans,2002). Se vedlegg punkt 8.1 for analysetabellen.

I den fjerde fasen, gikk vi grundig gjennom hvert tema. Hvert hovedtema og undertema skal i denne fasen beskrives. Her er det viktig at hvert tema støttes opp mot gode eksempler fra artiklene og at en skal kunne referere funnene tilbake til de originale forskningsartiklene (Evans,2002). Dette steget er utført i oppgavens resultat del.

## 4 Resultat

### 4.1 Sykepleiers perspektiv ovenfor pasientenes fysiske helse.

Studiene trekker frem at fysiske helsetilstander som blant annet hjerte og karsykdommer, diabetes, enkelte kreftdiagnoser, infeksjoner, og luftveissykdommer er høyere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og vektlegger at dette er en viktig årsak til sykkelighet og dødelighet i denne pasientgruppen. Livsstilsfaktorer som røyking, fysisk inaktivitet, stort matinntak, bivirkninger av medikamenter og stoffmisbruk kan bidra til å vedlikeholde de fysiske helseutfordringene (Happell et al.,2012; Ince & Günüşen.,2021; Lundström et.al.,2020; Mwebe,2017; Usher et al.,2013; Wynaden et al., 2016). Deltakere i studien til Happell et.al.,(2012) trekker frem sosioøkonomiske faktorer som en viktig bidragsyter opp mot livsstilssykdommene, hvorav mange i denne pasientgruppen ikke har økonomi til en slik livsstilsendring. Et eksempel fra en av studiene sier en deltaker; «fruit... and they can't afford that. They live off sometimes dry biscuits and noodles and things like that» (Happell et.al.,2012,avsnitt:28).

Deltakerne fremhevet viktigheten av å ha et trent klinisk blikk i møte med pasienten, for å kunne oppdage kroppslige forandringer som for eksempel overvekt, ansiktsfarge, og tungpusthet. I helsevesenet er det ofte sykepleierne som har langvarig kontakt med pasientene, og kan derfor raskt plukke opp kroppslige endringer (Haddad et.al.,2016; Lundström et.al., 2020; Mwebe.,2017).

Flere av studiene viser at fysisk helseovervåkning og screening (som blodtrykk, BMI, vekt og midjemål) er en viktig del av sykepleiers praksis. Dette kan enkelt fange opp modifiserbare livstilsriskofaktorer, som påvirker den høye overdødeligheten blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Studiene vektlegger at helseovervåkning og screening sees ikke kun på som en vesentlig forutsetning for videre iverksetting av tiltak, men også en måte å engasjere pasientene for å ta eierskap og engasjere seg i egen helse. Likevel viser studiene at dette ikke er godt nok implementert i sykepleiers praksis (Haddad et.al.,2016; Lundström et.al.,2020; Mwebe.,2017).

I studiene til Ince & Günüşen (2021) og Usher et.al.,(2013) fremheves intervensjoner som involverer fysisk aktivitet og sunne ernæringsrettede tiltak kan forbedre både de fysiske helse utfallene til pasientene, og kan øke deres opplevelse av livskvalitet. Studiene trekker frem at det er svært nødvendig at man inkluderer livstils intervensjoner som et sykepleietiltak i forkant av oppstart av medisiner for å forhindre fatale helseutfall. Deltakerne i Happell et.al (2012) sin studie trekker frem bivirkninger av antipsykotiske medisiner:

«I do think we do need to promote people's physical health and also to advocate that if a medicine is causing them to – to die 12 or 15 years earlier than somebody else without their illness, purely because some of the medicine, we need to advocate for better medicine. We need to advocate that that is – it needs to be changed. It doesn't have to be just accepted. Well, that's my thinking" (Happell et.al.,2012, avsnitt: 34)

Sykepleierne i studiene peker på vansker og utfordringer med å motivere pasientene som et viktig aspekt i håndteringen av deres fysiske helse. De forteller at det å gi råd om røyking, kosthold og mosjon ble oppfattet som masing og at de innlagte pasientene ofte er for syke til å motta veiledning i forhold til en livstilendring. Da sykdomsbildet til denne pasientgruppen ofte er komplekst, opplever sykepleierne andre omsorgsbehov som konkurrerende (Haddad et.al.,2016; Happell et.al.,2012; Mwebe.,2017).

## 4.2 Sykepleie I praksis.

I følge Haddad et.al,(2016); Happell et.al,(2012); Lundström et.al,(2020); Mwebe,(2017); Yalcin et.al,(2019) & Wynaden et.al.(2016) viser forskningen at de fysiske helsebehovene hos pasienter underlagt psykisk helsevern blir i mindre grad ivaretatt. Studiene viser at dette i grove trekk skyldes helsepersonellens dårlige holdninger, manglende kunnskaper og ferdigheter om livsstilssykdommer, rolleforvirring samt stigmatisering ovenfor pasientene. Resultatet av dette hindrer rask screening, diagnostisering og behandling av fysiske helsetilstander.

Sykepleiers holdninger er en viktig faktor som trekkes frem, spesielt når det gjelder fysisk helsehjelp til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Resultatene i studien viser hvordan ens egen holdning speiles i arbeidet med pasientene. For eksempel i en av studiene ser en 2 ulike synspunkter fra sykepleiere, hvorav én sier:

«I feel sometimes nurses give up too easily when patients refuse to participate in physical health monitoring....». På den andre siden ytrer en sykepleier: «Patients are just like all of us, they have good and bad habits. If they choose not to eat healthy, why should we tell them otherwise?» (Mwebe,2017,avsnitt: 34 og 41).

De ulike holdningene går igjen hos samtlige av studiene, der Wynaden et.al,(2016) understreker at det er arbeidsplassen som har størst innvirkning og effekt på sykepleiernes samlede holdninger når det gjelder fysisk helsehjelp til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Resultatene fra Haddad et.al.,(2016); Happell et.al.,(2012); Lundström et.al.,(2020); Mwebe,(2017); Wynaden et.al.,(2016) & Yalcin et.al.,(2019); viser at selv om store deler av sykepleierne mener at fysisk helseovervåkning er en viktig faktor i deres helsehjelp, ser en likevel barrierer som ressursmangel, kultur på arbeidsplassen og sykepleiernes holdninger.

Manglende kunnskaper og ferdigheter blant sykepleierne er et annet tema som sykepleierne selv trekker frem. I forskningen fra Mwebe,(2017) & Yalcin et.al.,(2019) hevder sykepleierne at dersom de skulle klare å integrere fysisk helsehjelp som en del av sin rolle, trengs det investeringer og tid. De la vekt på at å investere i opplæring, riktig kompetanse og kunnskap, vil kunne gjøre dem i stand til å yte riktig omsorg til pasientene. Til tross for at alle studiene trekker dette frem, viser resultatene fra spesielt Mwebe (2017) & Yalcin et.al (2019) at jo høyere utdanning deltakerne hadde, jo mer selvsikre var de på å gi råd og veiledning til pasientene. På den andre siden erkjente samtlige at den nåværende mangelen på oppdaterte ferdigheter og kunnskap var en hindring for at de skal kunne klare å engasjere seg innenfor fysisk helsehjelp i praksis. Alt i alt viser forskningen at jo høyere utdanningsnivå hos sykepleierne, jo større innvirkning hadde det på sykepleiernes holdninger og selvtillit. Et viktig resultat å trekke

frem fra studiene, er at det viser seg at sykepleierne ikke føler seg trygge i å gi informasjon om medisiner til pasientene. Da administrering innenfor psykisk helsevern har en stor påvirkning på pasientenes fysiske helse, er dette et bekymringsverdig resultat (Haddad et.al.,2016; Happell et.al.,2012; Ince & Günüşen,2021; Lundström et.al.,2020; Mwebe,2017; Usher et.al.,2013; Wynaden et.al.,2016; Yalçın et.al.,2019).

En barriere som trekkes frem for manglende ivaretagelse av denne pasientgruppens fysiske helse, er rolleforvirring. I følge studiene til Haddad et.al,(2016); Happell et.al.(2012); Lundström et.al.,(2020); Mwebe,(2017) & Wynaden et.al,(2016) peker resultatene på at sykepleierne er usikre på deres ansvarsområde og ansvarlighet når det kommer til den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Videre ser en at de er usikre på egen klinisk kompetanse, deres plass i et komplekst helsemiljø og konkurrerende plikter som fører til andre prioriteringer. I tillegg viser det seg at sykepleierne føler at de ikke har myndighet til å gripe inn i den fysiske helsen, der deres rolle og autoritet ble oppfattet til å fokusere på den mentale helsen og ikke den fysiske helsen. Tross de samlede bekymringene knyttet til mangel på klarhet rundt deres egen rolle, ser en likevel en sterk enighet på tvers av studiene om at involvering i fysisk helsehjelp er en del av deres rolle (Haddad et.al.,2016; Happell et.al.,2012; Lundström et.al.,2020 Mwebe,2017; Wynaden et.al.,2016).

#### 4.3 Sykepleier erfarer at helsefremmende arbeid nytter.

I tillegg til de ulike barrierene sykepleierne opplever i praksis, er selve pasientarbeidet og et helsefremmende aspekt en viktig faktor som må bedres for å kunne tilby et helhetlig helsetilbud. Her viser studiene fra Haddad et.al.,(2016); Ince & Günüşen,(2021); Lundström et.al.,(2020) & Mwebe,(2017), at en viktig del av det helsefremmende arbeidet består av å fremme og tro på pasientens evne. Pasientenes indre styrke og sosial støtte er derfor en viktig faktor i det helsefremmende arbeidet, som også står sentralt i en salutogen tilnærming.

Et viktig aspekt av helsefremmende arbeid, er pasientopplæring. En forutsetning for å lykkes med pasientopplæring, er den påfølgende oppfølgingen. Her viser studiene til at sykepleierne bør ha en rådgivende og veiledende funksjon, der de gir informasjon og råd til både pasientene, pårørende og andre fagpersoner om hvordan en skal legge til rette for en livsstilsendring (Ince & Günüşen,2021; Lundström et.al.,2020; Mwebe,2017 & Usher et.al.,2013). I studiene fra Ince & Günüşen,(2021) & Usher et.al,(2013) undersøkes effekten av sykepleierledede intervensjonsprogram som et vesentlig tiltak i å fremme den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I begge studiene får pasientene utdelt informasjonshefter, og må delta i ukentlig møter hvor de får opplæring i sunne livstils intervensjoner. Informasjonen omhandlet definisjonen av et sunt kosthold og helseeffekter av dette, samt opplæring av fysisk aktivitet og dens effekt.

Det samlede resultatet fra studiene viser at slike programmer implementert av en sykepleier, har positiv effekt på livsstilen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser. En ser også at intervensjonsprogrammer har en positiv innvirkning på pasientens livskvalitet, søvn, sosialt samspill, reduksjon av medisiner og vekt (Ince & Günüşen,2021; Lundström et.al.,2020 & Usher et.al.,2013). Likevel ytrer sykepleierne at

mange av pasientene er for syke til å motta hjelp gjennom et intervensjonsprogram hvorav en deltaker sier:

«Most of our patients are often too acutely unwell to participate in health interventional activities. It is very challenging for nurses to alter this state of being; we sometimes have to treat their mental health and wait for them to stabilize...". (Mwebe,2017, avsnitt 46).

#### 4.4 Sykepleierne bemerker organisatoriske utfordringer.

Et gjennomgående tema er ressursmangel. Det beskrives at evnen til å yte fysisk helsehjelp formes av begrensede ressurser, personalmangel, manglende avsatt tid og kontinuitet. Hverdagen preges av høye krav og trange ressurser, og på bakgrunn av dette må det gjøres prioriteringer, som ikke går i favør av den fysiske helsen til pasientene (Haddad et.al.,2016; Happell et.al.,2012; Lundström et.al.,2020 & Mwebe,2017).

«We're not funded for physical needs. If funding moves, then priorities for clinicians move. So, if all of a sudden, people were going to be proactive in treating all of these lifestyle things that we know are catastrophic to health care, then priorities would change» (Happell et al.,2012,avsnitt 68).

Studiene legger vekt på viktigheten av støtte fra ledelsen til å ha et helsefremmende fokus (Happell et.al.,2012; Lundström et.al.,2020 & Mwebe,2017). Lundström et.al (2020) trekker frem at det er vesentlig at hele organisasjonen har et helsefremmende fokus dersom helsefremmende arbeid skal trenge gjennom omsorgen for hele mennesket. Organisatoriske faktorer som kan påvirke arbeidet med den fysiske helsen er avklaring av ansvar, drøfting av fysisk helse, implementering av livsstilsprogram og arbeidsbelastning. Videre må ledelsen sørge for at sykepleierne har nødvendige ressurser tilgjengelig for å gjennomføre helsefremmende aktiviteter (Hapell et.al.,2012; Lundström et.al.,2020 & Mwebe,2017).

Flere av studiene trekker frem et ønske om en nøkkelperson med ekstra kompetanse på somatisk omsorg. Et forslag var å ha en sykepleier med ekstra kompetanse og fokus på den fysiske helsen til pasientene (Hapell et.al.,2012; Lundström et.al.,2020 & Mwebe,2017). En deltaker bemerket: «We have link clinicians for drugs and alcohol, health and safety, infection control; why not one for physical health?» (Mwebe,2017,avsnitt: 52).

Et gjennomgående tema i studiene er at sykepleierne ikke kan håndtere den fysiske helsen til pasientene alene. Hapell et.al.,(2012); Lundström et.al,(2020); Mwebe.,(2017) trekker frem at tverrfaglig samarbeid er en viktig faktor. Lundström et.al.,(2020) understreker også viktigheten av klarhet rundt ansvaret for å yte fysisk helsehjelp for å bedre samarbeidet mellom psykiske og somatiske helsetjenester.

# 5 Diskusjon

## 5.1 Metodediskusjon

Ifølge Forsberg og Wengström (2016) er det å formulere et forskningsspørsmål/problemstilling en prosess. De understreker at den første problemstillingen er sjeldent den en ender opp med til slutt (Forsberg & Wengström,2016,s.36). Den største utfordringen knyttet til dette var å finne en god problemstilling og relevante søkeord. Dette er noe vi har slitt med, der vi endret både tema og formuleringen på problemstillingen gjentatte ganger. Vi var innom ulike problemstillinger, men hovedmålet fra start var at det skulle være et sykepleieperspektiv og at det skulle omhandle pasientenes fysiske helse i kombinasjon med psykiatri. De valgte artiklene ga alle et svar på problemstillingen vår.

I oppgaven har vi brukt 8 forskningsartikler, som alle har anvendt ulike datainnsamlingsmetoder. Fire av artiklene er kvalitative metoder, én tverrsnittstudie, to med et kvasi-eksperimentell design og en kohort studie med en utvalgt gruppe av pasienter. I følge Forsberg og Wengström (2016), vil resultatet av de ulike metodene ses på som en styrke da en belyser det utvalgte temaet gjennom forskjellige synspunkter (Forsberg & Wengström,2016,s.47). En annen styrke i oppgaven er at vi valgte å ekskludere forskningsartikler fra utviklingsland og artikler som var eldre enn 10 år.

Vi ser også svakheter knyttet til studien vår. Dette er i hovedsak knyttet til begrenset forskning rundt temaet, som gjør det vanskelig å svare konkret på problemstillingen. Vi leste gjennom totalt 41 forskningsartikler. Antallet leste artikler ble høyt da mange av abstraktene var vanskelige å forstå, og det var dermed lettere å lese gjennom hele artikkelen for en dypere forståelse av innholdet. Antall ekskluderte artikler var 33 artikler, der årsaken var at de ikke svarte på oppgavens problemstilling.

En annen utfordring er at vi har ulike søkeord og sammensetninger av disse. Et viktig begrep knyttet til problemstillingen er fysisk helse, noe som viser seg å ikke være et søkeord innenfor databasen Cinahl. Vi valgte likevel å beholde dette ordet i problemstillingen vår, da treffene tok for seg pasientenes fysiske helse. Vi endte opp med en bredere problemstilling enn først tiltenkt, noe vi ser på som en styrke og svakhet.

Det som kunne vært gjort annerledes fra starten av, var å se etter forskning i forkant av formuleringen av problemstillingen, samt at vi utarbeidet faste søkeord. Tross dette, er det likevel faktorer vi er tilfreds med. I startfasen møtte vi ulike utfordringer som nevnt, som førte til ulike tankeprosesser der vi vurderte å endre tema til noe helt annet. Likevel reagerte vi på hvordan et så viktig tema er så lite belyst i samfunnet. Dette bidro til en ytterligere motivasjon til å fortsette frem til vi fant passende forskningsartikler.

## 5.2 Resultatdiskusjon

For å drøfte problemstillingen, er det brukt et salutogent perspektiv. Videre drøftes hovedfunn, konsekvenser for utøvelse av sykepleie i tillegg til en anbefaling for videre forskning. Vi har valgt å dele hovedfunnene i to ulike kapitler. Det første kapitlet omhandler sykepleie ovenfor pasientene på et mikronivå, der tiltak ovenfor pasienten står sentralt. I det andre kapitlet utvides tiltakene på et makronivå, der organisatoriske tiltak på et ledelsesnivå drøftes, for at en skal kunne skape et helsefremmende tilbud på tvers av hele organisasjonen.

### 5.2.1 Hvordan sykepleier kan fremme den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Våre funn viser at modifierbare livsstilssykdommer er den viktigste årsaken som knyttes til overdødeligheten blant denne pasientgruppen. Pasientene har i perioder dårligere egenomsorg og søker mindre hjelp. Sykepleiere har en sentral rolle i å forebygge pasientens dårlige helse, samt fremme god helse. Helsedirektoratet har utarbeidet et pakkeforløp for pasienter innen psykisk helse og rus, som omhandler ivaretagelse og ansvar av somatisk helse og levevaner ovenfor denne pasientgruppen. Målet med pakkeforløpet er å bidra til bedre helse, økt livskvalitet og levealder hos denne pasientgruppen (helsedirektoratet, u.å.).

For at sykepleier skal komme i posisjon til å påvirke pasienten vil det være viktig å skape en god relasjon. Mennesker med psykiske lidelser opplever ofte brudd i relasjoner som kjennetegnes av omsorgssvikt, skuffelser, krenkelser, avvising, mobbing eller blitt utsatt for fysiske eller psykiske overgrep. En belastende relasjonshistorie kan gjøre det vanskelig å oppnå tillit i nye relasjoner. Det er derfor viktig at sykepleier bruker tid på å oppnå tillit og skaper en allianse med pasienten, noe som regnes som grunnsteinene i en terapeutisk relasjon (Gonzalez, 2020, s.58). Vi tenker at en god relasjon vil være grunnpilaren i videre arbeid med pasientenes fysiske helse. Sykepleier kan da komme i posisjon til å påvirke pasienten i riktig retning, samt å skape en relasjon hvor pasienten føler seg fri til å uttrykke egne meninger.

Våre funn illustrerer at pasientene sliter med dårlig somatisk helse, men at sykepleierledede intervensjonsprogram har god effekt på pasientenes somatiske helse. For å fremme den fysiske helsen til denne pasientgruppen vil det være viktig at sykepleier iverksetter tiltak. Tiltakene innebærer intervensjoner med fokus på å utvikle pasientenes livstil, som muliggjør det å leve med deres helseutfordringer, samt å endre ikke-helsefremmende vaner. Sykepleier vil i denne sammenheng ha en veiledende og undervisende rolle/funksjon. Undervisningsintervensjoner har som mål at pasienten skal få økt kunnskap og kompetanse om egen helse (Krogh, 2005, s.233). Det vil være avgjørende at sykepleier tilrettelegger intervensjonene ut i fra pasientens tilstand. Pasienter med for eksempel schizofreni vil ikke klare å konsentrere seg over lengre tid. Her vil det være mer hensiktsmessig med korte men hyppige sekvenser. (Krogh, 2005, s.234). Disse intervensjonene vil være i tråd med et salutogent perspektiv som fokuserer på å gjøre mennesker i stand til å leve optimalt med sine helseutfordringer. I denne sammenheng vil det være avgjørende å fokusere på faktorer

som fremmer helse, samt forebygger eller reduserer helseproblemer (Langeland,2018,s.157).

Funnene våre tyder på at sykepleiere jobber for lite med oppfølging av medikamenter, og at det er tvingende nødvendig at sykepleier fokuserer mer på dette. Sykepleiere har en sentral rolle i håndtering av legemidler til pasientene (Gonzalez & Rolland,2020,s.407). I senere tid har kunnskapen om psykofarmaka økt, og man ser at legemidlene påvirker pasientenes somatiske helse. Det vil derfor være avgjørende at sykepleier er i forkant av dette, og gjennomgår en somatisk undersøkelse før oppstart av medisinene. En somatisk undersøkelse kan innebære blant annet blodprøver, vekt, blodtrykk og måling av livvidde (Gonzalez & Rolland,2020,s.410).

I oppfølging av legemidler til pasientene vil undervisning være et viktig tiltak. Undervisning som rettes mot medikamenter er en rehabiliterende intervensjon, og fokuserer på pasientens manglende kunnskap. Hensikten er at pasientene skal få mer kunnskap om egen sykdom og medisiner. Undervisningen bør fokusere på ulike medikamenter, effekter, bivirkninger, administrering og oppbevaring (Krogh,2005,s. 235). I håndtering av legemidler står dokumentasjon sentralt. Det er viktig å dokumentere at legemidlene er gitt og eventuelt avvik knyttet til ordineringsen. Effekt av legemidlet, bivirkninger, pasientens og pårørendes opplevelse knyttet til legemiddelet vil også være av relevant informasjon(Gonzalez & Rolland,2020,s.410–411).

På den andre siden viser forskningen vår at det kan være vanskelig å hjelpe denne pasientgruppen da sykdomsbildet ofte er komplekst, og det derfor kan være vanskelig å fremme pasientens fysiske helse. I tråd med et salutogent perspektiv vil det derfor være viktig å skreddersy opplegg til den man skal bistå. Dette fordi den enkeltes opplevelse av helse ses som et resultat av samsvar mellom de mestringsressurser pasienten opplever å ha i seg selv og de ressurser som finnes i omgivelsene. Individets egne ønsker for eget liv må også samsvare med eksisterende ressurser for å kunne gi en bedret helseopplevelse. Ettersom mestring ses som et samspill mellom indre og ytre ressurser, vil man som fagperson kunne være en viktig mestringsressurs. Gjennom iverksetting av monitorering, behandling og styrking av fysisk helse, vil pasienter med en alvorlig psykisk lidelse kunne få styrket velvære, livskvalitet og opplevelse av en bedre helsetilstand (Langeland,2018, s.162).

Funnene i forskningen vår peker på at sykepleierne ikke kan håndtere den fysiske helsen til pasientene alene. Det vil derfor være nødvendig med et tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid hvor profesjoner med ulik kompetanse samarbeider for å gi pasienten et helhetlig tilbud. WHO har lenge vært en pådriver for tverrfaglig samarbeid, og i Norge er dette lovpålagt (Kristoffersen,2021,s.346–350). For mennesker med langvarige og komplekse behov er det lovfestet at det skal tilbys en individuell plan. Dette står nedfelt i både § 2-5 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §7-1 og §7-2. Målet med en individuell plan er at pasienten skal få et koordinert, helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud, basert på vedkommende situasjon, ressurser, mål og behov (Kristoffersen,2021,s.362). Et godt tiltak vil være at sykepleier tilrettelegger for et godt samarbeid mellom aktuelle samarbeidspartnere, pasienter og eventuelt pårørende. Aktuelle samarbeidspartnere kan være fastlegen, instanser i kommunehelsetjenesten som frisklivssentralen som ofte tilbyr livstilskurs, mestringskurs, treningsgrupper og individuell oppfølging.



Ifølge pakkeforløp for psykisk helse og rus er brukermedvirkning avgjørende for å komme i posisjon til å endre pasientenes levevaner (helsedirektoratet, u.å.). Brukermedvirkning er en sentral verdi i psykisk helsearbeid. Lov om pasient- og brukerrettigheter setter særlig pasientenes perspektiv, autonomi og samtykke i sentrum. Lovverket og etikken peker på at sykepleiere innenfor psykisk helsevern alltid skal tilstrebe og handle i tråd med pasientenes ønske. Autonomiprinsippet står sterkt, og er en av de mest sentrale problemstillingene innenfor sykepleieetik og medisinen. Med autonomi menes retten til selvbestemmelse (Nortvedt, 2016,s.135). Selvbestemmelse er også forankret i prinsippet om mestring, og er en sentral verdi i psykisk helsearbeid. Her vil et viktig sykepleietiltak være å utvikle den enkeltes evne til å se muligheter og helhet, fremfor å kun fokusere på negative delene av psykiske lidelser (Ramsdal,2020,s.479). På denne måten kan sykepleier fremme opplevelse av Empowerment, som i stor grad handler om å ha kontroll over de faktorene som påvirker helse (Tveiten,2018,s.238–240). Dette vil være i tråd med et salutogent perspektiv hvor sykepleier fremmer pasientens mestringsressurser og grad av SOC (Langeland,2017).

### 5.2.2 Sykepleiers perspektiv ovenfor organisatoriske utfordringer.

Forskning viser at psykiatriske pasienter har dårligere egenomsorg og er mindre hjelpesøkende enn befolkningen generelt, likevel ser en at det leveres dårligere helsetjenester til denne pasientgruppen (Hofstad,2021). Dette viser at fysiske helse ikke er en prioritering i det nåværende helsesystemet, som vil kreve ulike metoder for forbedringsarbeid samt tjenesteutvikling.

Funnene våre viser at det i praksis er ulike barrierer som hindrer et sammensatt helsetilbud. Barrierene som trekkes frem her er manglende kunnskap/ferdigheter, rolleforvirring, ressurs- og personalmangel samt manglende støtte fra ledelsen for å kunne oppnå et helsefremmende fokus innad i organisasjonen.

Ifølge Hofstad (2021) ser en at manglende diagnostisering og forsinket behandling er én av de mange årsakene til overdødeligheten hos alvorlig psykisk syke. Videre sies det at sykepleierne må lære seg å bruke sitt kliniske blikk, for å kunne se etter tegn og symptomer (Hofstad,2021). Denne tematikken kan relateres til et sentralt funn i vår forskning, der sykepleierne innenfor psykiatrien føler at de mangler kunnskap og ferdigheter for å kunne integrere fysisk helsehjelp som en del av deres rolle.

Etter sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer understrekes det i punkt 1.3 og 1.4 at sykepleieren har et personlig ansvar for å holde seg oppdatert om nyere forskning og utvikling, i tillegg til at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF, u.å.). Videre sier loven om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011) §4-1 c-d at kommunen skal tilrettelegge slik at helse- og omsorgstjenesten og helsepersonell skal være i stand til å utføre og overholde sine lovpålagte plikter, samt at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Lovdata,2021). Vi tenker derfor at på et individnivå vil et godt tiltak for sykepleierne være å tilegne seg den kunnskapen de mangler ved å videreutdanne seg eller å delta på kurs om tema de ikke føler seg trygge på.

Kompetanse blir stadig brukt om enkeltpersoners kunnskaper og ferdigheter. Likevel ser en at kompetanse er noe felles som knytter en klinisk virksomhet sammen til en organisatorisk enhet (Orvik,2015,s.22–23). Det vil derfor være viktig å heve hele virksomhetens kompetanse, for at en skal kunne se en endring på tvers av alle faggruppene innenfor virksomheten. På et makronivå vil det være et viktig lederansvar å tilrettelegge muligheter for opparbeiding av kompetanse. Vi tenker derfor at tiltak som fagdager/kurs kan være gode løsninger, i tillegg til et økt fokus på et tverrfaglig samarbeid.

En annen barriere som trekkes frem er rolleforvirring i forhold til hvor ansvaret ligger. En rolle betraktes som summen av de forventningene som stilles til en, der man som helsepersonell møter slike forventninger fra arbeidsgivere, kolleger, fra pasienter og pårørende, fra seg selv samt samfunnet ellers (Eide,2017,s.25–26).

I følge Orvik (2015) forklares sykepleiernes arbeidssituasjon som at det generelt sett er preget av stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll (Orvik,2015, s.18). Dette støttes opp av vår forskning der en ser at et stort antall av sykepleiere innenfor psykiatrien er usikker på deres ansvarsområde og mangler klarhet rundt sin rolle knyttet til pasientenes fysiske helse.

Hvor ligger egentlig ansvaret? Helsetjenestene i Norge befinner seg nå i en demokratiseringsprosess, der selve utviklingen bunner i økt vektlegging av helsefremming og forebygging, brukermedvirkning og mestringshjelp. Etter folkehelseloven (2011) er dette ansvaret lagt over på kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter, som skal fremme helse i alle sektorer i Norge. For å kunne nå samhandlingsreformens mål om å gi bedre helse til den enkelte, ser vi at denne loven er et godt verktøy for veien videre mot å utjevne helseforskjeller (Tveiten,2020,s.28–29).

Et godt tiltak for denne problemstillingen om uklare ansvarsområder er helsedirektoratets (2018) pakkeforløp for psykisk helse og rus, med hovedfokus av oppfølging av psykisk sykes somatiske helse og levevaner. Her forklares det spesifikt hvor ansvaret ligger ut ifra hvor i sykdomsløpet pasienten befinner seg. Et eksempel fra dette pakkeforløpet er om pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten, er det den aktuelle institusjonens ansvar å følge opp pasienten. Om legen ikke har tilstrekkelig kompetanse innenfor sykdomsområdet, er det legens eget ansvar å konferere med en spesialistkollega og fastlege (helsedirektoratet,u.å.). Dersom dette følges opp og blir gjort, er det lettere for helsepersonell å vite hvor deres ansvarsområde ligger.

Når selve ansvarsområdet blir avklart og delegert, vil det kunne åpne for et tverrfaglig samarbeid. Et slikt samarbeid foregår ikke i like stor grad, nettopp på grunn av ulik rolleforståelse, mangelfull tilrettelegging, tidspress og manglende ledelsesforankring (Tveiten,2020,s.76). Funnene våre viser at samtlige av sykepleierne ytret at de verken hadde tid eller ressurser for å kunne håndtere pasientenes dårlige fysiske helse alene. Dette støttes opp av litteraturen hvor en ofte ser at en tjenesteyter ikke kan levere alle de tjenestene pasienten trenger. Mange pasienter trenger gjerne hjelp fra flere tjenester samtidig over lang tid. For å kunne skape helhet og kontinuitet i sykdomsforløpet, trengs det en mer teambasert og flerfaglig tilnærming.

For å kunne oppnå et helhetlig helsetilbud som kombinerer fysisk og psykisk helsehjelp, vil et slikt tverrfaglig samarbeid være et godt tiltak. På denne måten kan faggrupper som sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer og leger gå sammen for å kartlegge og utvikle tiltak for å bedre denne pasientgruppens fysiske helse (Tveiten, 2020,s.76).

Et annet funn fra forskningen viser at sykepleierne ønsker økt støtte fra ledelsen, der sykepleierne tar opp tema som ressurs- og personalmangel, og liten tid til å se hele mennesket grunnet stor arbeidsbelastning. Helsetjenesten kjennetegnes av økende kompleksitet, som påvirker helsepersonellets kompetansebehov samt den kliniske hverdagen generelt. En slik økning av kompleksiteten innad i helsevesenet vil skape et økt behov for organiseringsarbeid. Organiseringsarbeid omhandler i hovedsak om å opprettholde kontinuitet i pasientarbeidet samt kommunikasjon og koordinering av arbeidsoppgaver. For å oppnå kvalitet og kontinuitet vil det kreve en styrking av aktørenes egen organisasjonsansvar, i tillegg til tilrettelegging av ledere og et stabilt personale (Orvik,2015,s.51–52).

Begrepet kontinuitet støtter opp en ubrutt sammenheng i behandling og omsorg ovenfor pasientene, og knyttes opp mot arbeidsorganisering, bemanning og kompetanse (Orvik, 2015, s. 77). Et viktig tiltak for at sykepleierne individuelt kan sikre kontinuitet er dokumentasjon, det å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid mellom kolleger, samt ta seg tid hos hver pasient.

På et organisasjon-og-ledernivå vil tiltak være å etablere gode rutiner for utskrivningsplanlegging og oppfølging mellom ulike tjenestedeler. Andre organisatoriske dimensjoner for å sikre kontinuitet, handler i hovedsak om økt kompetanse, stillingsstørrelser, rutiner og opprette gode retningslinjer for dokumentasjon og overføring av informasjon (Orvik,2015,s.85).

Ressurs- og personalmangel trekkes også frem som et resultat i forskningen. God bemanning gir på mange måter et godt grunnlag for kvalitet i pasientomsorgen og god arbeidshelse. Likevel opplever mange sykepleiere et produktivtspres, hvor kort liggetid og effektive behandlingsforløp er et mål. Her settes sykepleierne i et skille mellom en humanistisk institusjon og en økonomisk bedrift. Her vil den humane verdipyramiden være aktuell, som trekker frem at hensynet til pasientene og profesjonsutøvere skal overgå hensynet til tjenesteproduksjonen. Denne problemstillingen kan trekke frem verdikonflikter innad i organisasjonen hvor de humane verdiene skal gå på bekostning av økonomiske verdier (Orvik,2015,s.150). Et viktig tiltak dersom sykepleierne opplever at ressurs- og personalmangel påvirker deres kliniske hverdag er at de melder avvik, dersom disse verdiene brytes. Ifølge sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 5.4, skal sykepleier varsle eller melde fra dersom pasientene utsettes for kritikkverdige og uforsvarlige forhold. Lojalitet ovenfor arbeidsstedet skal ikke hindre dette, det er først og fremst pasienten som skal stå i fokus (NSF,u.å).

## 6 Konklusjon

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser dør i gjennomsnitt 15-20 år før resten av befolkningen, der en ser at statistikken for overdødelighet stadig øker. I tillegg til unaturlig død, kan overdødeligheten knyttes til ulike somatiske sykdommer. Hjerter- og karsykdommer, diabetes og ulike kreftdiagnoser er bare noen av årsakene til denne overdødelighet, der en ser store forskjeller mellom pasienter med psykiske lidelser og befolkningen generelt. Likevel ser en at de fysiske helsebehovene hos pasientene underlagt psykisk helsevern blir i mindre grad ivaretatt. Oppgaven har på bakgrunn av dette, hatt mål om å undersøke sykepleiers erfaringer og opplevelser knyttet til fysisk helse hos pasienter med psykiske lidelser. Det samlede resultatet fra forskningen viser en rekke barrierer som sykepleierne opplever, som hindrer dem i å tilby denne pasientgruppen helhetlig og helsefremmende omsorg. Barrierene som trekkes frem er ulike livsstilsfaktorer, dårlige rutiner for helseovervåkning og pasientscreening, pasientenes motivasjon for endring, helsepersonellens dårlige holdninger, rolleforvirring, manglende kunnskaper og ferdigheter, ressurs- og personalmangel, samt manglende støtte fra ledelsen.

Sykepleier kan ved hjelp av et salutogent perspektiv fremme pasientenes fysiske helse ved å utvikle den enkeltes evne til å se muligheter og helhet, fremfor å kun fokusere på de negative delene av en psykisk lidelse. Dette vil kunne fremme pasientens mestringsressurser og opplevelse av sammenheng.

For å legge til rette for et helsefremmende tilbud ser vi at organisatoriske faktorer danner et grunnlag for at sykepleier kan utøve sitt helsefremmende arbeid. Disse faktorene er tilstrekkelig støtte i form av økonomi og bemanningsressurser. Det vil også være avgjørende at organisasjonen tilrettelegger for økt kunnskap/kompetanse i form av støtte til videreutdanning, fagdager og kurs. Ansvarsavklaring fra ledelsen vil være viktig for utøvelsen av sykepleie. Helseinspektatets pakkeforløp for psykisk helse og rus vil være et viktig tiltak. Når ansvarsområdet er klart, kan fokuset flyttes over til pasientene. Funnene våre viser at ved bruk av sykepleieintervensjoner kan sykepleier bidra til bedre helse, økt livskvalitet og levealder i denne pasientgruppen.

Gjennom litteraturstudien har vi erfart hvor skremmende lite forskning som finnes på temaet. Vi har mange ganger spurt oss selv hvordan et så alvorlig tema kan få så lite oppmerksomhet innenfor forskningen. Folkehelseloven presiserer at helsepersonell skal jobbe for å utjevne helseforskjeller. Likevel blir dette ikke tilstrekkelig fulgt opp. Vi tenker derfor at det vil være nødvendig med forskning som fokuserer på sykepleierrettede intervensjonsprogram, som tar for seg tydelige tiltak for å forbedre pasientenes fysiske helse, samt effekten av dette. Forskningsprosjekt med et tydelig pasientperspektiv vil være relevant for hvordan sykepleier jobber med denne pasientgruppen. Vi vil sterkt oppfordre fremtidige forskere til å fokusere på denne pasientgruppen da de også fortjener å bli sett. Først da kan helsevesenet ivareta hele mennesket og fokusere på den fysiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

## 7 Referanser

- Braut, G. (2022). Helse. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/helse>
- Bull, H., & Lystad, J. (2020). Arbeid for personer med psykisk lidelse. I Gonzalez, M (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Dahl, A. (2020). Hva er psykiske lidelser? I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Evans, D. (2002). SYSTEMATIC REVIEWS OF INTERPRETIVE RESEARCH: INTERPRETIVE DATA SYNTHESIS OF PROCESSED DATA. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 5.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Ikke-dødelige sykdommer koster samfunnet mest*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2017/ikke-dodelige-sykdommer-koster-samfunnet-mest/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4 utg.). Natur kultur Akademisk.
- Gonzalez, M. (2020). Relasjonsarbeid- sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Gonzalez, M. (2020a). Aktivitet og rekreasjon. I Gonzalez, M (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Gonzalez, M. (2020b). Ensomhet og sosial isolasjon. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Gonzalez, M. (2020c). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I Gonzalez, M (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Gonzalez, M. & Rolland, E. (2020). Legemiddelhåndtering ved bruk av psykofarmaka. I *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Haddad, M., Llewellyn-Jones, S., Yarnold, S., & Simpson, A. (2016). Improving the physical health of people with severe mental illness in a low secure forensic unit: An uncontrolled evaluation study of staff training and physical health care plans. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 554–565. <https://doi.org/10.1111/inm.12246>
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., & Nankivell, J. (2012). Should we or shouldn't we? Mental health nurses' views on physical health care of mental health consumers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(3), 202–210. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x>
- Helsebiblioteket. (u.å.-a). *CINAHL*. Helsebiblioteket.No; EBSCO Publishing. Hentet 26. april 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/cinahl?lenkedetaljer=vis>

- Helsebiblioteket. (u.å.-b). *PsycINFO*. Helsebiblioteket.No; American Psychological Association. Hentet 26. april 2022, fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/psycinfo?lenkedetaljer=vis>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (u.å.). *Ivaretagelse og ansvar for oppfølging av somatisk helse og levevaner*. Helsedirektoratet. Hentet 3. mai 2022, fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretagelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Hofstad, E. (2021). *Alvorlige psykiske lidelser rammer hele kroppen*. sykepleien.no. <https://sykepleien.no/2021/08/alvorlige-psykiske-lidelser-rammer-hele-kroppen>
- Holsten, F. (2020). Stemningslidelser. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- İnce, S., & Günüşen, N. (2021). Effect of a nurse-led intervention program on the physical health and quality of life of individuals with severe mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1751–1764. <https://doi.org/10.1111/ppc.12745>
- Ibsen, H (1993). *Peer Gynt - Et dramatisk dikt: En Kommentartutgave*. Universitetsforlaget.
- Kanalregisteret. (u.å.). *Om kanalregisteret | Kanalregisteret*. Hentet 25. april 2022, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Om>
- Kristiansen, K. (u.å.). *Fysisk helse som etisk dilemma*. Hentet 19. mai 2022, fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/06/fysisk-helse-som-etiske-dilemma>
- Kristoffersen, N. (2021). Arbeidsområder, samhandling og tverrprofesjonelt samarbeid. I *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Krogh, G. (2005). *Begreper i psykiatrisk sykepleie: Sykepleiediagnoser, ønsket pasientstatus og sykepleieintervensjoner* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Langeland, E. (2009, desember 4). *Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse*. sykepleien.no. <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>
- Langeland, E. (2017, november 30). *Salutogenese—Teori og praksis*. <http://napha.no/content.ap?thisId=14219>
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Larsen, T. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å & Larsen, T (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Lovdata. (2021). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)—Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lundström, S., Jormfeldt, H., Hedman Ahlström, B., & Skärsäter, I. (2020). Mental health nurses' experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 244–253. <https://doi.org/10.1111/inm.12669>
- Malt, U., & Røssberg, J. I. (2022). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/schizofreni>
- Martinsen, E. (2020). Fysisk aktivitet i forebygging og behandling av psykiske lidelser. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal Akademisk.

- Mjøsund, N. (2020). Psykisk helse- et salutogent perspektiv. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal akademisk.
- Mwebe, H. (2017). Physical health monitoring in mental health settings: A study exploring mental health nurses' views of their role. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19–20), 3067–3078. <https://doi.org/10.1111/jocn.13653>
- Mykletun, A. & Knudsen, A.(2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet.
- Napha. (2021, august 13). *Helsefremming og forebygging*. Napha.no. <http://napha.no/content.ap?thisId=20522>
- Nilstun, K. (2021). Fysisk. I *Store norske leksikon*. <http://snl.no/fysisk>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 3. mai 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Polit, D & Beck, C. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ramsdal, H. (2020). Tjenesteperspektiver på psykisk helsearbeid. I Gonzalez, M. (Red.), *Psykiske lidelser—Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: Sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal Akademisk.
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (u.å.). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. Hentet 4. mai 2022, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning. Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Gammersvik, Å & Larsen, T. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk: Helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utgave.). Fagbokforlaget.
- Usher, K., Park, T., Foster, K., & Buettner, P. (2013). A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1539–1548. <https://doi.org/10.1111/jan.12012>
- WHO. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Lim, E., Chee, G.-L., Porter, J., & Murdock, J. (2016). The chasm of care: Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness? *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 516–525. <https://doi.org/10.1111/inm.12242>
- Yalçın, S. U., Bilgin, H., & Özasan, Z. (2019). Physical Healthcare of People with Serious Mental Illness: A Cross-Sectional Study of Nurses' Involvement, Views, and Current Practices. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(10), 908–916. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1619201>

# 8 Vedlegg

## 8.1 Analysetabell

Hovedtema	Undertema	I artikkel
Fysisk Helse	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasientenes fysiske helseutfordringer.</li><li>- Medikamenter.</li><li>- Pasientscreening.</li><li>- Barrierer.</li></ul>	2, 3, 4, 5, 6 & 8.
Organisatoriske Faktorer	<ul style="list-style-type: none"><li>- Personalmangel og bemanning.</li><li>- Behov av støtte og ledelse fra et høyere ledelsesnivå.</li><li>- Arbeidsbelastning.</li><li>- Økonomiske ressurser.</li><li>- Avsatt tid til helsefremmende arbeid.</li></ul>	3, 7 & 8.
Helsefremmende Arbeid	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasientopplæring.</li><li>- Livstil.</li><li>- Helsefremmende fokus.</li><li>- Fysisk aktivitet.</li><li>- Sykepleieintervensjoner.</li></ul>	2, 3, 4, 6 & 8.
Sykepleie i Praksis	<ul style="list-style-type: none"><li>- Opplæring og kunnskap.</li><li>- Utdanningsbehov.</li><li>- Holdninger og erfaringer.</li><li>- Rolleforvirring.</li><li>- Ressurstilgjengelighet.</li></ul>	1, 3, 4, 5, 7 & 8



## 8.2 Litteraturmatriser

### Artikkel 1

<b>Referanse</b>	Yalcin, S., Bilgin, H & Özaslan, Z (2019). <i>Physical Healthcare of People with Serious Mental Illness: A Cross-Sectional Study of Nurses' Involvement, Views, and Current Practices. special issue on physical health and mental health. Vol 40 (908-916)</i> <a href="https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1619201">https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1619201</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Studiens hensikt og mål var å undersøke og kartlegge sykepleiernes nåværende praksis og syn på den fysiske helsen til mennesker med psykiske lidelser.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Physical Healthcare</li><li>• Mental Disorders</li><li>• Psychiatric nurses</li><li>• Experiences, Perceptions, Attitudes OR views</li></ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> Dette var en tverrsnittsstudie som ble utført blant sykepleiere som arbeidet på ulike akuttavdelinger på et sykehus for psykisk helsevern i Tyrkia.</p> <p><b>Utvalg:</b> Det var 184 sykepleiere som deltok i studien. Alle arbeidet på ulike akuttpsykiatriske avdelinger innenfor det samme sykehuset.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Datainnsamlingen baserte seg på de selvrapporterte svarene fra sykepleierne. Under selve undersøkelsen ble det gitt ekstra tid dersom deltakerne ønsket veiledning til å fylle ut spørreskjemaet. Spørreskjemaet ble utviklet av forskerne, og besto av fire ulike seksjoner. Del 1 besto av 8 ulike spørsmål om personlige egenskaper om (Alder, kjønn, utdanningsbakgrunn, røykestatus, helsehistorie og oppfatninger av helseatferd). Del 2 omhandlet fem spørsmål om sykepleiernes faglige bakgrunn; (Antall år innenfor sykepleie og psykiatri, oppfatninger av betydningen om fysisk helse, erfaringsstatus og etterutdanning om fysisk helse). I del 3 ble sykepleiernes kunnskapsnivå og selvtillit til å utøve fysisk helsehjelp evaluert gjennom 17 spørsmål. I del 4 ble de spurt ulike pasientopplæringsspørsmål og spørsmål om praksisområder i fysisk helsevesen.</p> <p><b>Analyse:</b> Beskrivende statistikk (gjennomsnitt, standardavvik, frekvens og prosent) ble brukt for å beskrive utvalgets egenskaper. Normalfordelingen og typene av variabler ble vurdert for å avgjøre hvilke tester som var egnet for analysen. Analyser ble utført for å finne ut om deltakernes egenskaper var knyttet til fysisk helsepraksis. De ujusterte analysene viste at deltakernes kunnskaps- og selvtillitsnivå i levering av fysisk helsehjelp for de 17 forsøkspersonene hadde sammenheng med deres alder og deres oppfatning av viktigheten av den fysiske helsehjelpen til pasienter med psykiske lidelser. Emnene som ikke hadde sammenheng med deltakernes alder og deres oppfatning var røykeslutt, fysisk trening, hjerte- og karsykdommer, testikkelundersøkelse, seksuell helse og munn- og tannhelse.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Sykepleierne anså den fysiske helsen som viktig. Generelle helsemålinger som måling av blodtrykk ved innleggelse var en del av praksisen. Resultatene viste at det var en sammenheng mellom sykepleiernes syn på viktigheten av fokus på fysisk helse og graden av kunnskapsnivå samt selvtillit i å gi fysisk helsehjelp.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Psykiatriske sykepleiere spiller en viktig rolle i å forbedre den fysiske helsen til mennesker med psykiske lidelser. Videreutdanning innenfor psykiatri, ble ansett som viktig for å gjøre sykepleiere bedre egnet i arbeidet mot bedre fysisk helse. Sykepleiernes oppfatninger når det gjelder sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse bør også endres på en positiv måte. Et videre handlingsorientert fokus vil derfor innebære ytterligere utdanning hos sykepleierne, endrede holdninger, samt innføring av et godt samarbeid mellom sykepleiere og primærhelsetjenestens ansatte.</p>
<b>Relevans</b>	Denne studien er relevant i forhold til vår problemstilling, da den tar opp viktige tiltak som bør utføres for å kunne yte best mulig omsorg for pasienten, både når det gjelder pasientens psykiske og fysiske helse.

## Artikkel 2

<b>Referanse</b>	Ince, S.C & Günösen, N.P (2021). <i>Effect of a nurse-led intervention program on the physical health and quality of life of individuals with severe mental illness. Perspectives in psychiatric care vol 57 (1751-1764).</i> <a href="https://doi.org/10.1111/ppc.12745">https://doi.org/10.1111/ppc.12745</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Hensikten med studien var å undersøke effekten av ulike sykepleieledede intervensjonsprogrammer basert på pasientenes fysiske helse (BMI, vekt, midjeomkrets), deltakelse av fysiske aktiviteter, livsstilsatferd og livskvalitet.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Physical activity</li><li>- Mental disorders</li><li>- Exercise</li><li>- Nurses</li></ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metoden:</b> Forskingen ble utført med et kvasi-eksperimentelt design. Deltakerne ble delt inn i 2 ulike grupper: intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.</p> <p><b>Utvalg:</b> Utvalget besto av 33 personer med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, schizoaffektiv lidelse, bipolar stemningslidelse, som da har hatt diagnosen i minst 6 måneder. Pasientene måtte være stabile og være i stand til å delta i utdanningsprogrammet og opprettholde intervensjonen. De kunne ikke ha vært innlagt på en psykiatrisk avdeling de siste 3 månedene, og heller ikke ha endringer av psykofarmaka de siste tre månedene. Pasientene måtte ha BMI på over 23, og skulle være 18 år eller eldre. Eksklusjonskriterier var graviditet, historie med funksjonshemming eller organisk hjerneskade.</p> <p><b>Datasamling:</b> Data ble samlet inn med Healthy lifestyle behaviour Scale II, Short form-36 quality of life instrument og skrittellere. Deltagerne fylte ut selvrapporteringsskjema, og det ble tatt høyde og vekt av deltakerne. Deltakerne ble delt inn i 2 ulike grupper. Den ene gruppen var en kontrollgruppe, der individene skulle fortsette å motta standardtjenesten fra et helsehus. Den andre gruppen var intervensjonsgruppen som da skulle følge et utviklet program. Dette programmet ble presentert til deltakerne i intervensjonsgruppen i løpet av 4 uker, med oppmøte én gang i uken. Hver uke hadde de et tema, der det ble gått gjennom individets egen tolkning av BMI, definisjon av et sunt kosthold, informasjon om fysisk aktivitet m.m. Videre ble deltakerne fra begge gruppene invitert til Community Mental health center etter 3, 6 og 12. måneder for oppfølgingmålinger.</p> <p><b>Analyse:</b> Et SPSS 22-pakkeprogram ble brukt i analysen av datainnsamlingen fra forskningen.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Resultatet fra intervensjonsgruppen viste en statistisk signifikant reduksjon i midjeomkrets og økt fysisk aktivitet, en sunnere livstil samt økt opplevelse av livskvalitet. Ingen signifikante endringer ble oppdaget i kontrollgruppen.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Som et resultat av denne studien kan det sies at intervensjoner som involverer fysisk aktivitet og sunn ernæring fra sykepleieren kan forbedre de fysiske helseutfallene, sunn livstils atferd og livskvalitet til individer med alvorlige psykiske lidelser.</p>
<b>Relevans</b>	Denne studien er relevant da den studerer effekten av et sykepleierledet intervensjonsprogram, knyttet til pasientenes fysiske helse.

### Artikkel 3

<b>Referanse</b>	Mwebe, H. (2017). <i>Physical health monitoring in mental health settings: a study exploring mental health nurses' views of their role. Journal of clinical nursing. Vol: 26 (3067-3078).</i> <a href="https://doi.org/10.1111/jocn.13653">https://doi.org/10.1111/jocn.13653</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Studiens hensikt var å utforske sykepleierens syn på deres rolle ovenfor fysisk helseovervåkning og screening i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Physical health</li><li>- Mental health</li><li>- Psychiatric Nurses</li></ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metoden:</b> Det ble tatt i bruk en kvalitativ utforskende som metode. Det ble brukt semistrukturerte intervjuer.</p> <p><b>Utvalg:</b> I denne studien deltok 20 frivillige psykiatriske sykepleiere fra tre ulike døgnavdelinger.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Intervjuene ble gjennomført av hoved forskeren som er utdannet psykiatrisk sykepleier med over 12 års erfaring. Hver deltaker ble intervjuet i et forhåndstildelt vurderingsrom borte fra avdelingen for å opprettholde anonymitet. Det ble tatt i bruk en refleksiv tilnærming som gjorde det lettere for deltakerne å ta opp problemstillinger de mente var relevant for studien. Det ble likevel opprettholdt en viss struktur gjennom intervjuene som var avgjørende for å sammenligne narrative mellom deltakerne og for å sikre at studiemålene ble ivaretatt. Spørsmålene ble utformet i samarbeid med andre psykiatriske sykepleiere i både primær og sekundær tjenesten.</p> <p><b>Analyse:</b> For å sikre at en detaljert data analyseprosess ble fulgt ble det brukt et tematisk rammeverk, som fokuserte på koding for å utlede betydningen av felles erfaringer delt av deltakerne. Hoved forskeren brukte så et rammeverk til å finne, undersøke, sammenligne og registrere mønstre i dataen som ble samlet inn.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Studien viste et tydelig engasjement og overordnet støtte til fysisk helseovervåkning. Deltagerne erkjente at fysisk helsehjelp er og bør være et sentralt element i behandling, men det ble samtidig uttrykt bekymring rundt ulike barrierer. De kom frem til fire hovedtemaer: Trekk for gjeldende praksis og fysisk helseovervåkning, opplevde barrierer for fysisk helseovervåkning, opplevde utdannings- og opplæringsbehov og strategier for å forbedre fysisk helseovervåkning.</p> <p>I tillegg viser resultatet at sykepleierne ønsker en spesialist innenfor fysisk helse, for å bidra med råd og støtte til sykepleierne om fysisk helse.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Deltakerne var enige i at helseovervåkning og screeningintervensjoner var en del av deres rolle. Dog må det barrierer som hindrer god helseovervåkning og screening intervensjoner identifiseres. For å oppnå dette vil det kreve forbedring i opplæring til sykepleierne, og en mer integrert tilnærming til flere tjenester og teamarbeid.</p>
<b>Relevans</b>	Studien er relevant inn mot vår bachelor oppgave da den setter lys på viktige fokusområder for psykiatriske sykepleiere, men samtidig vektlegger barrierer som kan være avgjørende for utførelsen av fysisk helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser.

## Artikkel 4

<b>Referanse</b>	Haddad, M. Jones, S.L. Yarnold, S. Simpson, A. (2016). <i>Improving the physical health of people with severe mental illness in a low secure forensic unit. An uncontrolled evaluation of staff training and physical health care plans. International journal of mental health nursing, Vol: 25 (554-565).</i> <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12246">https://doi.org/10.1111/inm.12246</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Studien hadde som mål å evaluere effekten av en opplæringspakke som tar for seg fysisk helseovervåkning og omsorg basert på kunnskapen og holdningene til psykisk helsepersonell. Målet var også å undersøke gjennomførbarheten av å bruke en slik spesialdesignet personlig helseplan.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical health</li> <li>- Psychiatric nurses</li> <li>- Mental disorders</li> </ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> Det ble brukt et enkelt-gruppe-pretest-post-test design for å evaluere effekten av opplæringen og tilhørende ressurser på helsepersonell, med oppfølgingstiltak som ble utført fire måneder etter intervensjonen.</p> <p><b>Utvalg:</b> Studien ble gjennomført på sykepleiere og annet helsepersonell som jobbet på en fem-avdelings lavsikkerhets psykisk helseenhet i London, som rommet 80 pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rettsmedisinske historier. Alle tilgjengelige sykepleiere og helsepersonell fra avdelingen ble inkludert i opplæringsøktene av helseplanen.</p> <p><b>Datasamling:</b> Det deltok totalt 63 ansatte i opplæringsøktene, hvorav 57 fullførte spørreskjemaene. I oppfølgingsøktene som ble gjennomført 4 måneder senere deltok 58 ansatte, hvor 49 av disse hadde gjennomført grunntiltakene og samtykket til gjennomføring av oppfølgingstiltak.</p> <p><b>Analyse:</b> Spørreskjemadataene ble analysert med SPSS. Standard deskriptiv statistikk ble brukt for å oppsummere variablene.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Deltakere anerkjente viktigheten av et større fokus på den fysiske helsen blant pasientene. Deltakerne vektla også barrierer i utøvelsen av fysisk helsehjelp, som f.eks. vanskeligheter med å oppmuntre pasienter til å endre kosthold eller trening. Personalet mente at de personlige helseplanene var en god ide, men at bruket var svært begrenset. Dette ble forklart med at de hadde andre «konkurrerende plikter og «andre initiativ» i enheten, samt vansker med å endre atferden til pasienter. Personalet bemerket at ytterlige støtte og ledelse fra høyere nivå ville være nyttig og nødvendig for noen deltagere for å gjøre en reell innsats av helseplanene og relaterte ressurser.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Den reduserte forventede levealderen og økt sannsynlighet for invaliserende medisinske tilstander blant personer med alvorlige psykiske lidelser er knyttet til problemer med helseulikhet som krever økt oppmerksomhet. I tillegg til å adressere modifiserbare livsstilsfaktorer og bedre håndtering av bivirkninger av psykotropiske legemidler, er fysisk helseovervåkning en sentral del av helsevesenet som er nødvendig. Studien kombinerte opplæring med implementering av et spesialdesignet verktøy, «min fysiske helseplan» som forsøkte å gi et format for fysisk helseovervåkning og en oppfordring til samarbeidsbehandling og omsorgsplanlegging. Selv om beskjedne positive endringer ble identifisert, ser det ut til at ytterlige ressurser og støtte for å ta i bruk den personlige omsorgsplanen er nødvendig. Ytterlige forskning er nødvendig for å utforske hindringer og insentiver som kan optimalisere fysisk helseovervåkning og promotering i dette miljøet.</p>
<b>Relevans</b>	Studien er relevant for vår problemstilling, da den tar for seg opplæringspakker som inneholder screening og helseovervåkning, som er et viktig tiltak når det kommer til å yte fysisk helsehjelp til pasienter med psykiske lidelser.

## Artikkel 5

<b>Referanse</b>	Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Cert, G., Lim, E., Chee, G-L., Porter, J & Murdock, J. (2016). <i>The chasm of care: Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness?</i> <i>International Journal of Mental Health Nursing, Vol 25 (516-525)</i> <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12242">https://doi.org/10.1111/inm.12242</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Målet med studien er å undersøke psykiatriske sykepleieres holdninger til yting av fysisk helsehjelp til mennesker med en alvorlig psykisk lidelse.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical health</li> <li>- Psychiatric Nurses</li> <li>- Mental Disorders</li> </ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> Undersøkelsen besto av 28 elementer scoret ved hjelp av en fempunkts Likert-skala, der svareren skulle rangeres fra «1= helt uenig» til «5=helt enig». Studien brukte et kvalitativt design.</p> <p><b>Utvalg:</b> Totalt var det 170 sykepleiere, uavhengig av alder, kjønn, utdanning og erfaring, som fullførte undersøkelsen. Dette ga en svarprosent på totalt 57%.</p> <p><b>Datasamling:</b> Sykepleiere som arbeidet fulltid innenfor 3 ulike Australske psykisk helseinsitusjoner ble invitert med i studien. Samtlige fikk tilsendt en link til undersøkelsen. For å sikre at alle som ville fikk delta, ble undersøkelsen printet ut på ark, for de som ikke ønsket å gjøre det digitalt.</p> <p><b>Analyse:</b> Siden undersøkelsesdata var kategoriske, ble ikke-parametriske <math>\chi^2</math> (dataprogram), brukt til å analysere resultatene. Beskrivende statistikk ble brukt for å presentere demografiske data.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Funnene tyder på at sykepleiere i psykisk helsevern forblir uklare om deres ansvarsnivå og ansvarlighet i forhold til de fysiske helseutfallene, selv om leger og sykepleiere anses å ha nøkkelansvar på dette området. Sykepleierne anga også usikkerhet når det gjaldt risiko og bivirkninger forbundet med bruk av psykofarmika.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Mens «ingen helse uten mental helse»-kampanjen fra Verdens helseorganisasjon økte bevisstheten om hvilke innvirkninger den mentale helse har på den generelle helsen, fortsetter dette å være et ubehandlet tema flere tiår etter. Psykiatriske sykepleiere kan gi lederskap i dette viktige folkehelse spørsmålet og vil kunne bidra til å redusere forskjellen mellom forventet levealder hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser i forhold til befolkningen ellers. For å kunne handle, krever sykepleierne imidlertid forbedret utdanning og opplæring, positive holdninger, og en bevissthet om de kritiske koblingene mellom psykisk helse og fysiske helseutfall.</p>
<b>Relevans</b>	Forskningsartikkelen er relevant for problemstillingen da den undersøker psykiatriske sykepleieres holdninger til yting av fysisk helsehjelp til mennesker med en psykisk lidelse.

## Artikkel 6

<b>Referanse</b>	Usher, K., Park, T., Foster, K & Buettner, P (2013). <i>A randomized controlled trial undertaken to test a nurse-led weight management and exercise intervention designed for people with serious mental illness who take second generation antipsychotics.</i> <i>Journal of advanced nursing, Vol 69 (1539-1548).</i> <a href="https://doi.org/10.1111/jan.12012">https://doi.org/10.1111/jan.12012</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Hensikten med studiet var å teste effekten av en sykepleierledet intervensjon når det gjaldt vektøkning hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser, som har fått forskrevet eller tatt andre generasjons antipsykotiske medisiner.
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exercise</li> <li>- Mental disorders</li> <li>- Physical activity</li> <li>- Nurses</li> </ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> Dette var en eksperimentell randomisert kontrollert studie.</p> <p><b>Utvalg:</b> Det ble rekruttert 104 mennesker, men totalt 101 deltakere gjennomførte. Inklusjonskriteriene var at de måtte ha en diagnostisert psykisk lidelse, 18 år eller eldre, ikke psykotisk for øyeblikket, forskrevet eller tatt andre generasjons antipsykotiske medisiner, bosatt i Nord-Queensland samt kunne snakke og lese engelsk. Alle deltakerne ble rekruttert via plakater som ble vist hos lokale psykiske helsetjenester.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Dataen ble samlet inn av forskerne mellom mars 2008–desember 2010. Demografiske data som ble samlet inn fra deltakerne inkluderte: alder, kjønn, etnisitet, diagnose og nåværende medisinering. Resultatmålinger som ble samlet inn inkluderte vekt-, høyde- og omkretsmålinger og BMI. Ulike undersøkelsesinstrumenter ble valgt for å hjelpe å forstå de tilknyttede effektene som en sykepleierledet sunn livsstilsintervensjon ville ha på ulike livskvalitetsfaktorer, som generell helse, velvære og medisinbivirkninger.</p> <p><b>Analyse:</b> Numeriske data ble beskrevet ved bruk av middelværdier og standardavvik eller medianverdier og interkvartilområder avhengig av fordelingen. Alle karakteristika vurdert ved baseline ble sammenlignet mellom intervensjons- og kontrolldeltakere for å evaluere effektiviteten av randomisering.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Resultatene av studien var ikke statistisk signifikante, men en så små endringer for intervensjonsgruppen. Individuelle eller gruppelivstilt næringer har blitt rapportert å oppnå et beskjedent vekttap og anbefales ved oppstart av andre generasjons antipsykotiske medisiner. Multimodale tilnæringer, som inkluderer en kombinasjon av utdanning, sunn livsstil, atferds- og treningsintervensjoner, er mer sannsynlig å være effektive for å redusere vekt på lengre sikt, ikke en så kort periode som 12 uker. Gitt at resultatet av studien ikke var statistisk signifikant, er det mulig at motiverende intervju gjorde en liten forskjell på det totale resultatet, samt at en så at bruk av motivasjonsteknikken bør tilbys mer enn én gang hver uke for at atferdsendring skal skje.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Den rapporterte studien ble utviklet på grunn av det økende bevismaterialet i litteraturen som knytter vektøkning for personer med alvorlig psykisk lidelse til forskrivning av andre generasjons antipsykotika. Resultatene av studien viste at endringer i sunn livsstil kan ha en positiv effekt på vekten. Observasjonene til forskeren fant deltakernes vilje til å være engasjert i sunne livsstilsendringer som en viktig faktor. Studien understreker videre at det er tvingende nødvendig at sykepleiere i psykisk helsevern handler på den økende bevismassen og begynner å inkludere opplæring i sunn livsstil ved oppstart av antipsykotiske medisiner, i stedet for å vente til at vektøkningen har blitt problematisk.</p>
<b>Relevans</b>	Studien er relevant opp mot vår problemstilling, da den retter seg mot ulike antipsykotika som de fleste pasientene bruker, som er en viktig del i en livsstilsendring.

## Artikkel 7

<b>Referanse</b>	Hapell, B., Scott, D., Platania-Phung, C., Nankviell, J. (2012). <i>Should we or shouldt we? Mental health nurses views on physical health care of mental health consumers. International Journal of Mental Health Nursing, Vol 21 (202-210).</i> <a href="https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x">https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00799.x</a>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	Pasienter med psykiske lidelser opplever dårligere fysisk helse enn resten av befolkningen. Sykepleiere har blitt identifisert for deres potensielle rolle i å møte fysiske helsebehov til pasienter innen psykisk helsevern. Hovedformålet med studien var å utforske sykepleierens oppfatning av deres arbeid rundt fysisk omsorg innenfor psykisk helsevern
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical healthcare</li> <li>- Mental disorders</li> <li>- Nurses</li> <li>- Experiences, perceptions, attitudes OR views</li> <li>-</li> </ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> I denne studien ble det tatt i bruk en kvalitativ utforskende tilnærming.</p> <p><b>Utvalg:</b> 38 sykepleiere som jobbet innenfor ulike programmer innenfor psykisk helsetjeneste i Australia deltok i studien. Deltakerne ble delt inn i seks fokusgrupper.</p> <p><b>Datasamling:</b> Deltakerne ble invitert til å delta i 1-timers fokusgrupper som ble gjennomført på distriktets hoved klinikk i 2011. Deltakerne fikk informasjonsark som beskrev studiens formål. To intervjuere der begge hadde en forskningsinteresse i fysisk helsehjelp for forbrukere av psykisk helsevern intervjuet fokusgruppene. Fokusgruppene var semistrukturerte.</p> <p><b>Analyse:</b> Det ble tatt lydopptak av fokusgruppene med samtykke fra deltakerne. Opptakene ble transkribert av en uavhengig transkripsjonstjeneste. Den kvalitative analyseteknikken som ble brukt var en induktiv tematisk analyse.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> Deltakernes svar på om fysisk omsorg var en del av rollen deres var blandet, der rolleforvirring var et faktum. De ambivalente synspunktene var komplekse, og reflekterte oppfatninger av relasjoner og faktorer som påvirker disse relasjonene. Videre viste resultatene at evnen til å yte fysisk omsorg ble formet av overholdelse av spesielt personalmangel og finansieringsproblemer, som gjør det hele vanskelig å kombinere fysisk og psykisk helsehjelp.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Samlet sett utrykte sykepleierne som deltok i studien at de var for fysisk helsehjelp som en del av rollen sin, men at det må bevilges ressurser som vil være nødvendig for å utføre et slikt arbeid som en del av sin rolle. Sykepleierne hevdet også at de ikke kunne håndtere pasientenes dårlige fysiske helse alene.</p>
<b>Relevans</b>	Denne studien er relevant da den fremmer kritiske oppfatninger rundt det å implementere et større fokus på fysisk helse innenfor psykisk helsearbeid.

## Artikkel 8

<b>Referanse</b>	<p>Lundstrôm, S., Jormfeldt, H., Ahlstrôm, B.H &amp; Skârsâter,I. (2020). <i>Mental health nurses`experience of physical health care and health promotion initiatives for people with severe mental illness. International Journal of Mental Health Nursing, Vol 29 (244-253).</i>  <a href="https://doi.org/10.1111/inm.12669">https://doi.org/10.1111/inm.12669</a></p>
<b>Studiens hensikt/mål</b>	<p>Studiens mål var å beskrive psykiatriske sykepleiers erfaringer med å legge til rette for aspekter som fremmer fysisk helse og støtter en sunn livsstil for mennesker med psykiske lidelser. Dette ved hjelp av et salutogent perspektiv.</p>
<b>Nøkkelbegrep/ Keywords</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical healthcare</li> <li>- Nurses</li> <li>- Mental Disorders</li> <li>- Experiences, perceptions, attitudes OR views</li> </ul>
<b>Metode</b>	<p><b>Metode:</b> Studien har et kvalitativt design, som baserte seg på intervjuer med psykiatriske sykepleiere som arbeidet med mennesker diagnostiserte med ulike psykiske lidelser.</p> <p><b>Utvalg:</b> Deltagerne ble rekrutterte fra 7 ulike psykiatriske poliklinikker i Sverige. Inkluderingskriterier var at sykepleierne skulle ha erfaring fra helsefremmende tiltak som rettet seg mot bedring av fysisk helse. Det var totalt 15 sykepleier, ti kvinner og fem menn, i alderen mellom 30 og 63 år.</p> <p><b>Datasamling:</b> Intervjuene med sykepleierne besto av åpne spørsmål, med utfyllende spørsmål ved behov. Hvert intervju startet med spørsmålet «Hva er ditt syn på fysisk helse og levevaner, i forhold til personens psykiske helse?», og de ble deretter bedt om å reflektere hvilke støtte de trodde pasientene trengte. Intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass, der det ble tatt lydopptak av alle intervjuene, og videre ble de transkribert ordrett.</p> <p><b>Analyse:</b> En kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere intervjuene. De ulike meningene og refleksjonene ble kategorisert inn i tre ulike kategorier med underkategorier for å systematisere funnene i analysen.</p>
<b>Resultat/ konklusjon</b>	<p><b>Resultat:</b> De ulike kategoriene inneholdt: Sykepleierens erfaringer med viktigheten av å ha et helsefremmende fokus. Den neste er deres erfaringer om viktigheten av å skape støtte basert på hvert enkelt individs behov og ressurser. I den siste kategorien ble personlige sider i yrkesrollen som sykepleier belyst sammen med ulike faktorer på et organisasjonsnivå. Resultatet for hver av kategoriene var i hovedsak at det var ønske om støtte fra sykepleiere med kompetanse innenfor somatikken som tar ansvar for fysisk helse, danne ulike helsefremmende aktiviteter som sykepleierne har ansvar for samt at hele organisasjonen har et helsefremmende fokus.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Studien gir forståelse for aspekter som vil være viktig i et helsefremmende arbeid knyttet til fysisk helse og støtte til en sunn livsstil. For å få et mindre oppstykket helsetilbud for mennesker med psykiske lidelser, vil det derfor være nødvendig med handlinger på et organisasjonsnivå samt et endret syn på psykiske lidelser. Studien viste at det var vesentlig at hele organisasjonen hadde et helsefremmende fokus, dersom helsefremmende arbeid skal kunne trenge gjennom i omsorgen for hele mennesket. Først da vil omsorgen være lik for alle pasienter.</p>
<b>Relevans</b>	<p>Forskningsartikkelen er relevant for problemstillingen da den tar for seg sykepleierens erfaringer av hvilke aspekter som må til for å kunne fremme psykisk helse.</p>



### 8.3 Søkehistorikk

	Søkeord	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler, forfatter, årstall)
1	<b>S1:</b> TI Physical healthcare, <b>S2:</b> Mental Disorders, <b>S3:</b> TI nurs* OR AB nurs* OR SU nurs*, <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3. <b>S5:</b> TI experiences or perceptions or attitudes or views <b>S6:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	30.03.2022	Cinahl Complete	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	12	6	5	Yalcin, S,U, Bilgin, H & Ozalab, P. (2019).
2	<b>S1:</b> Physical Activity, <b>S2:</b> Mental Disorders, <b>S3:</b> Exercise <b>S4:</b> S1 OR S3, <b>S5:</b> TI nurs* OR AB nurs* OR SU nurs*, <b>S6:</b> S2 AND S4 AND S5, <b>S7:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	30.03.2022	Cinahl Complete	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	116	30	9	Ince, S.C & Gunusen N.P. (2021).
3	<b>S1:</b> Physical Health, <b>S2:</b> Mental Health, <b>S3:</b> Psychiatric Nurses, <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3. <b>S5:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	02.12.2021	PsycInfo	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	9	7	5	Mwebe, H. (2017)
4	<b>S1:</b> Physical Health, <b>S2:</b> Psychiatric Nurses, <b>S3:</b> Mental Disorders, <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3. <b>S5:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	01.12.2021	PsycInfo	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	17	10	4	Haddad, M. Llewellyn-Jones, S., Yarnold, S & Simpson, A. (2016)

5	<b>S1:</b> Physical Health, <b>S2:</b> Psychiatric Nurses, <b>S3:</b> Mental Disorders, <b>S4:</b> S1 AND S2 AND S3. <b>S5:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	02.12.2021	PsycInfo	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	17	10	4	Wynaden, D., Heslop, B., Heslop, K., Barr, L., Cert, G., Lim, E., Chee, G-L., Porter, J & Murdock, J. (2016).
6	<b>S1:</b> TI Exercise and physical activity in mental disorders. <b>S2:</b> Mental Disorders+(NU/RH/TH) OR "mental disorders". <b>S3:</b> Physical Activity. <b>S4:</b> Exercise. <b>S5:</b> S3 OR S4. <b>S6:</b> S2 AND S5. <b>S7:</b> TI nurs* OR AB nurs* OR SU nurs*. <b>S8:</b> S6 AND S7. <b>S9:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	28.04.2022	Cinahl Complete	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	292	15	6	Usher,K., Park, T., Foster, K & Buettner, P (2013).
7	<b>S1:</b> TI Physical Healthcare, <b>S2:</b> Mental Disorders, <b>S3:</b> TI nurs* OR AB nurs* OR SU nurs* <b>S4:</b> TI experiences or perceptions or attitudes or views <b>S5:</b> S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5. <b>S6:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	23.01.2022	Cinahl Complete	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	9	9	4	Hapell,B., Scott, D., Platania-Phung, C, ., Nankviell, J. (2012)
8	<b>S1:</b> TI Physical Healthcare, <b>S2:</b> Mental Disorders, <b>S3:</b> TI nurs* OR AB nurs* OR SU nurs* <b>S4:</b> TI experiences or perceptions or attitudes or views <b>S5:</b> S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5. <b>S6:</b> Limiters; Published date, Peer Reviewed, Language.	30.03.2022	Cinahl Complete	2011-2022 Abstract, Peer Reviewed. Engelsk, Norsk, Dansk, Svensk.	9	9	4	Lundström, S., Jormfeldt, H., Ahlström, B.H & Skårsåter,I. (2020).

