



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	15-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 338

Informasjon fra deltaker

Tittel *: En recoveryorientert behandling til mennesker med schizofreni

Antall ord *: 10971

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

En recoveryorientert behandling til mennesker med schizofreni

A recovery-oriented treatment for people with schizophrenia

Kandidatnummer: 314 & 338

Vernepleie BVP331

Høgskolen på Vestlandet, avdeling Bergen

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 22.05.20

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Summary

Title: A recovery-oriented treatment for people with schizophrenia.

Research question: How can psychoeducational treatment prevent re-admission to people with schizophrenia?

Schizophrenia is a serious mental disorder that affects around 400 - 500 people annually in Norway and especially at a young age. There are several treatment programs and the experts of this field disagrees about what is good treatment. We were both in the third year of practice in psychiatry where we were introduced to psychoeducational intervention and the theme of this bachelor thesis was primarily based on experiences from this. We have found that patients treated for substance abuse disorder, schizophrenia or personality disorder have higher rates of readmissions. At the same time, we see that the media is constantly writing more about mental health, which contributes to more open-mindedness and discussion within the theme. In this bachelor thesis we have looked into psychoeducational treatment and which elements of the treatment is essential to the prevention of readmissions.

We have used a qualitative method to answer our research question. We have searched through various research and academic articles. Also, we conducted an interview of a social worker who leads illness management and recovery courses (IMR). IMR is a type of group therapy within psychoeducation. In addition to this, we also had a desire to bring out the user voice. We have done this by including the book "I morgen var jeg alltid en løve" written by Arnhild Lauveng. Through both literature and interview with the field of practice, we have collected relevant information, which lays the foundation for our discussion section. Through the interview and the research articles we found three main elements that we think are essential to psychoeducational treatment; social relations, dissemination of knowledge and structure. Furthermore, our findings show that IMR and psychoeducational therapy can increase self-esteem and improve social function. It also emerges that patients developed increased knowledge. This knowledge helped expand the patient's confidence in both therapy and medication.

Keywords: Schizophrenia, psychoeducational therapy, IMR and recovery.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 TEMA OG BEGRUNNELSE	4
1.2 PROBLEMSTILLING	5
1.3 AVGRENSNINGER	6
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	7
2.0 TEORI	7
2.1 PSYKISK HELSE	7
2.1 HISTORISK TILBAKEBLIKK	9
2.2 SCHIZOFRENI - "JEG ER NOK REDD FOR AT ANDRE SKAL DØMME MEG"	10
2.2.1 SYMPTOMER VED SCHIZOFRENI	11
2.2.2 ÅRSAKER TIL UTVIKLING AV SCHIZOFRENI	13
2.2.3 STIGMA	13
2.3 INNLEGGELSE OG REINNLEGGELSE	14
2.4 PSYKOEDUKATIV BEHANDLING	15
2.4.1 RECOVERY	17
2.4.3 RELASJON I BEHANDLING	20
3.0 METODE	20
3.1 LITTERATUR	21
3.2.1 SØKEPROSESS	22
3.1.2 RESULTATER AV SØK	23
3.2 INTERVJU SOM METODE	23
3.2.1 GJENNOMFØRING AV INTERVJU	24
3.1.2 DATAANALYSE	25
3.3 ETISKE VURDERINGER	25
4.0 RESULTAT OG DRØFTING	26
4.1 RELASJON	26
4.2 KUNNSKAPSFORDIDLING	28
4.3 STRUKTUR	29
5.0 AVSLUTNING	31
5.1 OPPSUMMERING	31
5.2 "FOR VIL JEG EGENTLIG BLI FRISK?"	32
6.0 LITTERATUR	33

*Før levde jeg mine dager som sau.
Hver dag samlet gjeterne alle på avdelingen til felles utmarsj i flokk
Og som gjeterhunder bjeffet de kvast hvis noen nølte med å
gå ut døra.*

*Det hendte jeg brekte litt, lavt,
idet de drev meg gjennom gangene,
men ingen spurte noen gang om hvorfor
når man først er gal, kan man da gjerne breke.*

*Før levde jeg mine dager som sau.
I samlet flokk drev de oss langs gangveiene rundt sykehuset,
en langsom uensartet saueflokk av individer ingen tenkt på å se.*

*For vi var blitt en flokk,
og hele flokken skulle ut og gå,
og hele flokken skulle lukkes inn igjen.*

*Før levde jeg mine dager som sau.
Gjeterne klippet manken min og stusset klørne
så jeg lettere skulle gli inn i flokken.
Jeg tasset av gårde blant pent friserter esler, bjørner, ekorn og
krokodiller
Og lurte på hvorfor ingen ville se.*

*For jeg levde mine dager som sau
mens alt i meg lengtet etter å jage over savannene.
Og jeg lot meg drive fra kve til innhegning til fjøs
når de sa at det var det som var best for en sau.
og jeg visste det var feil.
Og jeg visste at det ikke ville vare evig.*

*For jeg levde mine dager som sau.
Men i morgen var jeg alltid en løve.*

(Lauveng, 2019)

1.0 Innledning

Oppgavens tema er først og fremst på bakgrunn av erfaringer fra praksis. Vi var begge i tredje års praksis innenfor psykiatrien der vi ble introdusert for psykoedukativ behandling. For oss var dette en behandlingsform vi hadde lite forkunnskaper om, men ble bedre kjent med i løpet av denne perioden. Gjennom praksisen opplevde vi at dette var en behandlingsmetode som bidro til økt læringsutbytte for flere pasienter og pårørende. Under praksisperioden hadde vi, av ulike grunner, ikke mulighet til å være deltagende i denne type behandling, men vi fikk likevel et inntrykk av pasientens opplevelse. Vi møtte pasienter som ga uttrykk for å like denne type behandling og andre som syntes dette var mer utfordrende. Selv om vi ikke hadde mulighet til å delta, ga veileder fra praksisfeltet en gjennomgang av innholdet i en slik behandlingsamtale, samtidig som vi fikk tilgang på ulike dokumenter om behandlingsformen. Vår interesse for psykisk helse har økt gjennom studieforløpet og undervisningene knyttet til tema har skapt nysgjerrighet hos oss. Samtidig ser vi at mediene stadig skriver mer om psykisk helse, som bidrar til mer åpenhet og diskusjon rundt tema. Dette er også et felt vi har interesse av med tanke på fremtidig arbeid som vernepleier.

Psykisk helsevern er et omfattende og dagsaktuelt tema, hvilket fremgår av de mange debattene i media. Temaene dreier seg ofte om psykisk helse og hva som blir ansett som god behandling. I tillegg til dette velger flere å dele sin historie gjennom ulike kanaler som bøker, dokumentarserier eller internett. Vi tenker at brukerstemmen er viktig, derfor ønsker vi å få frem denne gjennom boken "I morgen var jeg alltid en løve" skrevet av Arnhild Lauveng. Lauveng var selv syk med diagnosen schizofreni i om lag ti år hvor hun var innlagt på ulike psykiatriske avdelinger. I boken tar hun med seg leseren gjennom sin historie. Hun arbeider i dag som psykolog og forsker ved universitet i Oslo.

1.1 Tema og begrunnelse

I denne oppgaven ønsker vi å se nærmere på effekten av psykoedukativ behandling til mennesker med schizofreni. Schizofreni er navnet på en gruppe alvorlige psykiske lidelser som innebærer store forandringer i oppfattelse, tenkning, følelser og atferd (Folkehelseinstituttet, 2009, s.4). Årlig rammes 400 - 500 personer med diagnosen i Norge (Norsk Helseinformatikk, 2020). Da vi startet søkeprosessen fant vi flere tall på at den alvorlige lidelsen rammer mange, og spesielt i ung alder. Gjennom søkene kom det også frem at det finnes flere ulike behandlingsmetoder for mennesker med schizofreni, og fagfeltet er

uenige om hva som er god behandling. Pasienter behandlet for ruslidelse, schizofreni eller personlighetsforstyrrelse har høy forekomst av reinnleggelser (Lilleeng & Pedersen, 2018, s.1). Videre skriver Lilleeng og Pedersen (2018, s.1) at prognosen for schizofreni er det fortsatt stor usikkerhet rundt. Diagnosen kan ha et langvarig forløp med flere tilbakefall (Snoek og Engedal, 2017, s. 87). Noen kan bli friske, flere blir symptomfrie, mens flesteparten får ett eller flere tilbakefall. Mange har også behov for hjelp lenge, noen hele livet (Folkehelseinstituttet, 2009, s.4). Vi kan si at dette er en kompleks diagnose som kan påvirke flere deler av hverdagslivet. At så mange bare i Norge lever med denne alvorlige diagnosen overrasket oss. Kompleksiteten, prognosen og omfanget gjorde oss nysgjerrig. Dette i tillegg til at vi begge gjennom praksisen jobbet med mennesker med schizofreni, der vi møtte noen av personene som lever med utfordringene knyttet til diagnosen. Oppgaven vil ta for seg hvilken effekt psykoedukativ behandling kan ha, og hvilke faktorer i denne type behandling som er sentralt i møte med mennesker med schizofreni. Vi vil nå presentere vår problemstilling og avgrensninger knyttet til denne.

1.2 Problemstilling

Vi har utarbeidet følgende problemstilling:

Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelse hos mennesker med schizofreni?

Tall fra NHI (2018a) tilsier at om lag 25% av personer med schizofreni har kun én sykdomsperiode, mens 25% har et kronisk livslangt forløp. De resterende 50% har et sykdomsforløp mellom disse ytterpunktene. Ifølge helsedirektoratet (2018, s.1) var det i 2015-2016 personer med schizofreni og personlighetsforstyrrelser som hadde det høyeste omfanget av reinnleggelser. Dette viser at tilbakefall er en stor utfordring i rehabilitering av personer med blant annet schizofreni. Høye tall på tilbakefall er ofte relatert til manglende oppfølging etter behandling (NHI, 2018a). Vi tenker at de høye tallene på reinnleggelser kan vise til at flere har behov for tettere oppfølging etter utskrivelse. For mange pasienter kan kanskje hverdagen på en institusjon oppleves som et trygt hjem, med klare rammer og forutsigbarhet. Etter utskrivelse viskes flere av de trygge rammene ut og verden kan for mange virke uforutsigbar og skummel. Vi tenker at for noen kan denne overgangen være vanskelig. Problemstillingen tar for seg forebygging av reinnleggelse, dette betyr ikke bare at man

unngår en sykehusinnleggelse men at pasienten er bedre rustet til å takle hverdagen utenfor sykehus. I vår oppgave ønsker vi å se nærmere på hvordan psykoedukativ behandling kan bidra til å redusere reinnleggelser. Før vi presenterer relevant teori ønsker vi å begrunne avgrensningene vi har gjort.

1.3 Avgrensninger

På grunn av begrensninger i oppgavens omfang og tidsperspektiv har vi gjort noen avgrensninger når det gjelder hva vi ønsker å tematisere innenfor problemstillingen vår. Psykoedukativ behandling finnes i ulike former og da vi startet med litteratursøk omhandlet mye av forskningen vi fant psykoedukativ behandling som et tilbud til pasienten selv og dens familie og pårørende, i form av familierapi. Dette var en positiv omtalt behandlingsform, som i flere artikler kunne vise til god effekt, iblant annet artikkelen «Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales» publisert av Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid (2017a). Vi fant ved første øyekast færre forskningsartikler knyttet til psykoedukativ behandling som kun retter seg mot pasienten. Vi ble derfor nysgjerrige på om effekten av denne varianten hadde like stor virkning som pårørende- og familierapien har. På bakgrunn av dette ønsker vi å se nærmere på behandlingen som setter pasienten i hovedfokus og ekskluderer dermed pårørende- og familierapi. Opplæringsprogrammet i psykoedukativ behandling kan foregå på individnivå eller i gruppe. I denne oppgaven vil vi fokusere på gruppebehandling.

En kan tenke seg at behandlingsformen kan være mest gunstig like etter utskrivelse, når personen er i en stabil fase og har behov for en sammenheng som er strukturert og meningsfylt (Mandelid, Lid & Fardig, 2013, s. 48). Derfor avgrenser vi vår besvarelse til personer som er skrevet ut av sykehus, og ekskluderer dermed pasienter som er innlagt. Schizofreni oppstår gjerne i ung alder og forskning vi har funnet er sjeldent knyttet til en spesiell aldersgruppe, derfor er heller ikke vår besvarelse aldersavhengig.

I denne besvarelsen har vi valgt å bruke begrepene pasient og deltaker om hverandre. Pasientbegrepet blir generelt brukt når vi snakker om psykoedukativ behandling eller innleggelse, mens deltaker blir brukt når vi omtaler kurs.

1.4 Oppgavens oppbygning

For å besvare problemstillingen har vi delt oppgaven i fire hoveddeler. Vi vil først presentere relevant teori i kapittel 2. Her gir vi en innføring og definerer begreper som vi tenker er sentrale i oppgaven. Gjennom metoddelen i kapittel 3 presenterer vi hvilke metoder vi har brukt for å besvare problemstillingen, deriblant intervju med en fagperson som jobber med psykoedukativ behandling. I kapittel 4 blir resultatene fra intervjuet, sammen med forskning og egenrefleksjon, videre brukt til å drøfte de sentrale elementene i psykoedukativ behandling. Avslutningsvis i kapittel 5 kommer en oppsummering med de viktigste funnene fra drøftingen, før litteraturlisten blir presentert i kapittel 6.

2.0 Teori

I dette kapittelet presenteres den teoretiske rammen for oppgaven. Vi skriver en oppgave som omhandler én bestemt behandlingsform knyttet til én spesifikk psykiatrisk diagnose. For å kunne besvare problemstillingen vår «Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelse hos mennesker med schizofreni?», ser vi det nødvendig å gi noe generell teori knyttet til psykisk helse, det historiske perspektiv, schizofreni, innleggelse og reinnleggelse samt psykoedukativ behandling. Vi har valgt å benytte oss av pensumlitteratur og selvvalgt litteratur som vi mener belyser problemstillingen vår.

2.1 Psykisk helse

Psykisk helse handler om enhver person sin opplevelse av trivsel (Andersen, 2018). På tvers av kultur og landegrenser har det vist seg å være vanskelig å bli enig om en klar definisjon på psykisk helse. Men det har i de senere årene blitt mer vanlig å omtale psykisk helse som et mellommenneskelig begrep som dekker vårt forhold til oss selv, våre nærmeste og det samfunnet vi er en del av. I vår oppgave ønsker vi å ta utgangspunktet i Verdens Helseorganisasjon (Andersen, 2018) sin definisjon av psykisk helse: «*En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stress - situasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra ovenfor andre i samfunnet*»

En psykisk lidelse kan vise seg på flere måter gjennom avvikende atferd, tankegang, følelsesuttrykk eller måter å snakke på som er vanskelig å forstå. I noen tilfeller kan

eksemplene over utvikle seg gradvis og vedvare over en lang periode, mens i andre tilfeller kan de melde seg brått og forsvinne over en viss tid (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson og Løkke, 2009, s. 16-17).

Når det kommer til den psykiske helsen i Norge er det fra tidligere internasjonale sammenligninger vist at Norge, sammen med de andre skandinaviske landene, ligger på topp når det kommer til tilfredshet med livet. I tillegg er Norge også et av de landene i Europa der befolkningen opplever mest personlig og sosialt velvære (Helsedirektoratet, 2015, s. 31). Disse sammenligningene viser til at Norges befolkning jevnt over opplever velferd. I folkehelseinstituttets tvillingstudie ble angstlidelser funnet å være den vanligste gruppen psykiske lidelser blant unge voksne i Norge. Spesifikke fobier er den hyppigste enkelt diagnosen. Rundt en fjerdedel av den Norske befolkningen vil rammes av en angstlidelse i løpet av livet, mens depresjon vil ramme en av fem i løpet av livet (Renflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018 s. 28).

Det har det siste året vært en økt satsning på psykisk helse i Norge etter ønske fra helsemyndighetene (Vold & Hjemås, 2018). Vold og Hjemås (2018) skriver videre at bakgrunnen for denne prioriteringen er et ønske om videreføring av arbeidet med Opptrappingsplanen for psykisk helse fra slutten av 2008. Opptrappingsplanen var en omfattende reform som pågikk over 10 år. Planen ble basert på stortingsmelding 25; åpenhet og helhet. Reformen skulle bidra til både en kvalitativ og kvantitativ bedring av tjenester til personer med utfordringer knyttet til psykisk helse. Opptrappingsplanen bygget på et verdigrunnlag som vektlegger uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv (NAPHA, 2010).

Man skiller mellom psykiske vansker og psykiske lidelser. Variasjonen av hvor god eller mindre god helse et individ har avhenger av hvem vi er som person, hvilke situasjon en befinner seg i og hvordan man tolker disse (Frambu, 2017). Vi vet at for mange vil livet bringe med både oppturer og nedturer i form av ulike livshendelser. Dersom vansken blir så sterk at det er til hinder for å gjøre de tingene man vanligvis gjør, kan det hende det er mer enn en psykisk vanske og man behøver hjelp. Psykisk helse er et bredt begrep og omfatter utallige elementer. I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i en spesifikk diagnose; schizofreni. Før vi skal se nærmere på schizofreni, ønsker vi å gi et kort historisk tilbakeblikk av synet på

psykisk helse. Dette er fordi synet på psykisk helse har endret seg mye gjennom tidene (Frambu, 2017).

2.1 Historisk tilbakeblikk

Før 1600-tallet, i det som kalles det førmoderne samfunnet, ble en psykisk lidelse sett på som en fortjent straff. Personen ble påført denne straffen fordi han eller hans forfedre hadde krenket gud eller maktene, eller som en besettelse av en ond ånd (Haugsgjerd et al, 2009, s.18-19). I byene i senmiddelalderens og renessansens Europa ble de første institusjonene for «mentalt forstyrrede» opprettet (Skålevåg, 2019). Mange personer med psykiske lidelser ble stuet sammen i dollhus, også kalt galehus, der de ble boende under uverdige forhold. For personer som bodde på landet ble det familiens ansvar å ivareta de «sinnssyke», som ofte kunne bli behandlet ubarmhjertig (Haugsgjerd et al, 2009, s.18-19).

Et gjennombrudd kom tidlig på 1800-tallet da den første loven om mentalt syke mennesker kom; Sinnsykeloven. Med denne betydningsfulle loven ble psykiatri en medisinsk profesjon i Norge og det var nå leger som fikk det overordnede ansvaret for «sinnssyke». Det ble også på dette tidspunktet antatt at personer med psykisk lidelse var syke og sinnslidelser ble anerkjent som en sykdom (Vold,1999). Etter denne tiden ble det også en sterkere forventning om at institusjonene ikke bare skulle oppbevare personene med psykiske lidelser, men også gjøre dem friske (Skålevåg, 2019). I Norge og andre europeiske land var andre halvdel av 1800-tallet preget av en stor utbygging av psykiatriske institusjoner, den tid kalt sinnssykasyl. Optimismen til utbyggingen var stor, men mot slutten av århundre ble det en økende kritikk ettersom at de ikke kunne oppfylle forventningene. De fleste personene med psykiatriske lidelser ble fortsatt håndtert i private hjem og en viktig del av det offentlige helsevesenet var at privatpersoner fikk betalt av det offentlige for å ivareta mentalt syke (Skålevåg, 2019). På 1800-tallet kom det også frem medisinske teorier om at de psykiske lidelsene var *kroppslige* lidelser. Videre på andre del av 1800-tallet ble psykiatrien dominert av degenerasjonsteorier. Dette er teorier om at personens psykiske lidelse var et symptom på en arvelig sykkelig tilstand, som gjennom hver generasjon blir mer alvorlig. Denne forståelsesrammen ga lite rom for behandlingsoptimisme og det ble et større fokus på beskrivelse enn forklaring i psykiatrien. Detaljerte diagnosesystemer basert på kliniske beskrivelser ble utarbeidet av flere psykiatere, da det var dette de konsentrertes seg om i denne perioden. Mange systemer ble opprettet, men den mest betydningsfulle var Emil Krapelins klassifikasjon; det kraepelinske

system. Kategoriene som ble sett på som de viktigste var det manisk-melankolsk sinnssykdom og dementia praecox, som i senere tid bli kalt schizofreni. Det var også i denne tidsepoken at psykiatri ble et universitetsfag i mange europeiske land, etter at psykiatrien i mange foregående år kun hadde vært knyttet til driften av sinnssykeasylene (Skålevåg, 2019).

Tidlig på 1900-tallet var psykiatrien preget av psykoanalyse og eksperimentell behandling som sjokkbehandling. På samme tid ble det en større interesse innenfor forebygging, også kalt «mentalhygiene» i det offentlige psykiatriske arbeidet (Skålevåg, 2019). «Mentalhygiene» er fra gammelt av et navn på aktivt arbeid for å fremme og bevare sunnhet for sjelen og forebygge utviklingen av psykiske lidelser (Malt, 2019). På 1960-tallet ble Sinnssykloven fra 1848 erstattet med ny lov; Lov om psykisk helsevern (Skålevåg, 2019). Loven skapte en todeling av psykiatriske institusjoner: sinnssykehusene fungerte som behandlingsinstitusjoner, mens for dem som man mente behandling ikke ville ha virkning på ble boende på pleiehjemmene. Nedbygging av institusjoner for psykisk syke mennesker skjedde også i perioden med ny lov. Mot slutten av 1900-tallet og begynnelsen av 2000-tallet kom enda en ny lov om etablering og gjennomføring av lov om psykisk helsevern. Lovens formål var å sikre at etablering og gjennomføringen av psykisk helsevern skulle skje på en forsvarlig måte, men også i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Det ble på denne tiden færre plasser på institusjonene, og på 2000-tallet ble satsingen knyttet mer til poliklinisk behandling og psykisk helsevern inn i kommunehelsetjenesten (Flatén, 2018).

Som det fremgår av det historiske tilbakeblikket over har arbeidsmåtene innenfor psykisk helsevern endret seg gjennom tiden. Dette skjer også i takt med hvordan psykiske lidelser forstås. Som et resultat av den historiske utvikling, dagens trender og holdninger finnes det nå flere ulike behandlingstilbud innenfor psykiske helse. Flere av disse setter fokus på å redusere selvstigma, en av dem er psykoedukativ behandling.

2.2 Schizofreni - “Jeg er nok redd for at andre skal dømme meg”

“Å få en psykiatrisk diagnose kan oppleves som en dom, som noe fremmed, og hvis ikke man har følt seg syk før, så gjør man det ihvertfall det da” (Lauveng, 2019, s. 138).

For mange kan det å få diagnosen schizofreni være vanskelig å forstå og akseptere. Noen kan føle at de mister sin egen identitet, at de blir skremt, mens andre opplever det som en lettelse

(Folkehelseinstituttet, 2009, s.10-11). For Arnhild, som er sitert over, var det noe fremmed ved det, men også noe godt; *“Endelig får jeg et navn på hva som er galt, og man får også en bekreftelse på at man er syk - ikke slem eller lat”* (Lauveng, 2019, s.138). Å få en diagnose som schizofreni kan skape en forståelse for at mange av forestillingene personen kan ha, er uttrykk for sykdommen, og i tillegg kan bidra til å forstå seg selv bedre (Folkehelseinstituttet, 2009, s.11).

Schizofreni er den diagnosen som betegnes som den mest alvorlige psykoselidelsen. Diagnosen henviser seg til de mentale prosessene som påvirker hvordan en tar inn informasjon om omverdenen og en selv (Rund, 2017, s.29). Ordet schizofreni kommer fra gresk og betyr opprinnelig et sinn som har gått i oppløsning, som har blitt fragmentert eller sprukket. Sentralt ved en psykose er at evnen til å skille mellom seg selv og omgivelser er redusert, eller at den realistiske evnen er svekket. Når psykosesyntomer vedvarer kan det være aktuelt å stille en schizofrenidiagnose. Den kognitive funksjonsevnen kan også være redusert for mennesker med schizofreni. Evnen til å lære, planlegge og konsentrere seg er eksempler på kognitive funksjonsevner som kan avta (Rund, 2017, s.29 - 30).

Det er vanlig å dele inn diagnosen i undergrupper. Det finnes ofte en blandingstilstand mellom dem, da en persons symptomer ofte endrer seg gjennom sykdomsforløpet (Snoek og Engedal, 2017, s. 87). Det er ifølge ICD-10 (2017), et diagnostisk system til klassifikasjoner av lidelser, beskrevet syv undergrupper; paranoid schizofreni, hebefren schizofreni, kataton schizofreni, udifferensiert schizofreni, post-schizofren depresjon, residual schizofreni og enkel schizofreni. Forskjellene mellom disse undergruppene er ikke av betydning for å kunne besvare problemstillingen vår, men vi tenker likevel at det er viktig å belyse at diagnosen kommer i ulike former og fasonger.

2.2.1 Symptomer ved schizofreni

Det er ikke bare ett enkelt symptom som er typisk for å stille diagnosen schizofreni. En må se på kombinasjonen mellom symptomene og symptomenes varighet for å se den diagnostiske forståelsen. Når det kommer til de viktigste og mest karakteristiske symptomene knyttet til schizofreni sier en ofte at personen kan ha både “positive” eller “negative” symptomer. Utviklingen av de psykotiske symptomene skjer ofte gradvis og de er varierende i intensiteten og frekvensen (Snoek og Engedal, 2017, 83-85).

Positive symptomer

De positive symptomene kommer til syne når tilstanden preges av “noe som kommer i tillegg” til personens normale sansing og tolkning av omgivelsene (Rund, 2017, s.30).

En av de mest vanlig er *hallusinasjoner*; en sansemessig opplevelse uten stimulering av det aktuelle sanseorganet og personene vil selv oppleve dem som virkelig. De mest vanlige er hørsels-, følelses-, berørings-, lukte- og synshallusinasjoner (Helsedirektoratet, 2013, s.129).

Et eksempel på sistnevnte er når Lauveng (2019, s.29) forteller at det var begynt å komme ulver i gangene på skolen. De gjorde hun redd, litt fordi de så sinte ut, men også fordi ingen andre enn hun så dem. Videre er *vrangforestillinger* også et vanlig positivt symptom. Det går ut på at en persons oppfatning ikke stemmer overens med virkeligheten (Helsedirektoratet, 2013, s. 130). For eksempel kan en person lytte til radioen og tro at radioen gir kodede beskjeder til han/henne. *Tankeforstyrrelser*, også kalt desorganisering, er et symptom som er fremtredende. Dette vil komme til syne gjennom taleflom, som gjør at det for andre vil være vanskelig å følge med (Helsebiblioteket, 2019). Andre kjennetegn ved tankeforstyrrelser er når personen avbryter samtalen brått for å gjøre noe annet. Personen kan ha andre tanker ved siden av samtalen, som gjør at sammenhengen forsvinner. I en slik situasjon kan det for vedkommende med schizofreni dukke opp en opplevelse av at tankene flyter fort, urimelig sakte eller at de stopper helt opp. I noen tilfeller vil også den verbale kommunikasjonen reduseres på grunn av redusert ordvolum (Helsedirektoratet, 2013, s. 130).

Negative symptomer

Mange pasienter har en høy grad av negative symptomer. Negative symptomer kjennetegnes av en reduksjon av normale funksjoner. Sett utenfra vil disse symptomene være mindre påfallende, men for personene selv vil de være mer alvorlige og kan gjøre at vedkommende mister kontakten med omverden (Snoek og Engedal, 2017, s.85). Tilstedeværelsen av de negative symptomene sees ofte ut fra personens atferd, som for eksempel sosial tilbaketrekning (Helsebiblioteket, 2019). Videre er følelsesmessig tilbaketrekning og redusert uttrykk av følelser, passivitet eller apati, mangel på spontanitet og ledighet i samtaler elementer som kan komme til syne (Snoek og Engedal, 2017, s. 85). Lauveng gir et eksempel på dette:

Jeg husket den store gråheten, særlig i tiden før det ble tydelig at jeg var syk, jeg husker hvordan verden mistet sine farger og jeg var redd for å være død. Jeg var usikker på om jeg i det hele tatt eksisterte, på ordentlig, eller bare var en fantasi i

noens tanke eller en person i bok. For alt var så tomt og alt var så grått. Jeg går ut fra at det kan beskrives som avflatede følelser. (Lauveng, 2019, s. 130).

Både de positive og de negative symptomer vil gjøre at en person som har schizofreni kan vise en sosial eller arbeidsmessig funksjonssvikt. Den psykiske lidelsen kan gjøre at vedkommende vil fungere på et betydelig lavere nivå enn før sykdommen brøt ut. Mange mennesker med schizofreni kan oppleve at de mister sin identitet. Dette kan blant annet være forbundet med sterk angst. Noen vil også oppleve depresjon, spesielt når vedkommende selv får en forståelse for sykdommen og sin livssituasjon (Malt, 2019).

2.2.2 Årsaker til utvikling av schizofreni

Årsaken til utviklingen av schizofreni er fremdeles noe uklar. Som nevnt i kapittel 2.2 mente man tidligere at familiemønstre bidro til utviklingen. I dag vektlegges de organiske faktorene, som blant annet arvelig ervervet biologisk og psykologisk sårbarhet og miljøbaserte risikofaktorer (Rund, 2017, s.36). Videre blir det også nevnt at en rekke risikofaktorer knyttet opp mot svangerskap og fødsel, tidlige oppvekstforhold og minoritetsstatus kan ha betydning for forekomsten. Rund (2017, s.39) skriver videre, på bakgrunn av annen forskning, at hyppigheten rundt oppvekst i byene og urbane strøk er faktorer som kan spille inn. Rund (2017, s.36) nevner også at illegale rusmidler, gjerne i tidlig alder, også er en risikofaktor som kan bidra til psykose.

2.2.3 Stigma

Det historiske tilbakeblikket i 2.2 viser en sammenheng mellom psykiske lidelser og stigmatisering. Tidligere ble personer med en psykisk lidelse kalt "sinnsyk" og plassert sammen i såkalte "galehus". Når en person blir stigmatisert betyr det at vedkommende skiller seg ut fra det som forventes innenfor en kategori. Da vil en kunne bli negativ stemplet og dermed også stigmatisert. Forklart på en annen måte kan stigmatisering innebære en uoverensstemmelse mellom tilsynelatende og faktisk sosial identitet (Goffman, 2009, s.44)

Jeg møtte en gang en som hadde en schizofreni-diagnosen, og jeg var litt sånn skremt. Jeg synes det var skikkelig creepy liksom. Også får jeg den diagnosen selv... Jeg er nok redd for at andre skal begynne å dømme meg ... Jeg vil beskytte meg tror jeg, men

samtidig vil jeg veldig gjerne at folk skal forstå mer. (SEPREP, u.d)

Avsnittet ovenfor er et utsagn av Ruth Andrea, en av hovedpersonene bak nettsiden «se hele meg» bygget på NRK-serien «stemmene i hodet». Som tidligere nevnt omtaler dagens samfunn psykisk helse mer enn det tidligere har gjort. Flere er i dag åpen om psykiske helse på kanaler som sosiale medier, aviser, serier og lignende. Sammen med Ruth Andrea forteller Marit, avdelingsleder på behandlingssenteret der Ruth Andrea bor, at folk i samfunnet vet generelt for lite om psykisk helse. Videre mener hun også at media ofte fremstiller diagnosen ulikt fra hvordan den ofte er, noe som gjør at det gjerne kan bli veldig stigmatiserende (SEPREP, u.d).

For mange er det vanskelig å akseptere og forstå sin psykiske helse. Fordommer og stigma er med på å bidra til at psykisk helse fortsatt er en hindring for mange mennesker. Det kan blant annet innebære å bli vurdert om en er i stand til å ta en utdanning, være i arbeid og leve i intime relasjoner (Rund, 2017, s. 94). For mange kan også myter og tabuer knyttet til psykose gjøre det ekstra vanskelig å søke om hjelp, både for pasienten selv, men også for pårørende (Rund, 2017, s. 298). At folk i samfunnet generelt vet for lite om psykisk helse kan være en av årsakene til stigmatisering. Åpenhet og kunnskap er viktige kilder når det kommer til reduksjon av stigma og nedbryting av tabuer (Gundersen, 2017). Her tenker vi også at behandling er et viktig bidrag for å redusere stigma.

2.3 Innleggelse og reinnleggelse

Diagnosen schizofreni kan stilles ved at en lege eller psykiater lytter til og vurderer hva personen gjør, føler eller tenker. Fagpersonen observerer og spør etter bestemte tegn eller symptomer, spesielt med tanke på psykose. Videre kan pasienten henvises til enten en innleggelse eller psykiatrisk avdeling for utredning etter fagpersonens vurdering (NHI, 2018b). Snoek og Engedal (2017, s.88) belyser at det ofte vil være nødvendig med innleggelse for å starte opp en behandling. Dette skjer som hovedregel ved frivillighet, det vil si at personen har rett til å forlate institusjonen når de selv skulle ønske det. Men dersom frivillig innleggelse har vært prøvd, og personen har en alvorlig sinnslidelse gir psykisk helsevernloven mulighet til at pasienter underlegges tvungent psykisk helsevern (1999, §3-3).

Innledningsvis ble det nevnt at det blant annet er personer med diagnosen schizofreni som har en av de høyeste forekomstene av reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2018, s.1). Omfanget av reinnleggelser kort tid etter en utskrivelse brukes ofte som en indikator på kvalitetsbrist i behandling og omsorg. På den ene siden kan det vises å være at pasienter blir skrevet ut for tidlig. På den andre siden kan det være oppfølgingen av helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse som har vært for dårlig. Det kan tenkes at en dårlig balanse mellom tjenestetilbudet i sykehus kontra tilbudet utenfor kan påvirke omfanget og utviklingen av reinnleggelser (Helsedirektoratet, 2015, s.104).

For å prøve å forebygge mot en ny innleggelse på sykehus er det i pasient-og brukerrettighetsloven (1999, §2-5) et krav om at alle som har behov for langvarige og koordinerte helse-og omsorgstjenester, og ønsker dette, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Videre kan planlegging av kriseplan være et aktuelt tiltak. Planen legger til rette for brukermedvirkning og krever tett samarbeid med pasienten (Helsedirektoratet, 2013, s. 120).

Tidlig oppdagelse av symptomer på psykose, deriblant schizofreni, kan bidra til at ubehandlet psykose blir av en kort varighet. Tidlig oppdagelse og tidlig innsats med kunnskapsbaserte virksomme tiltak kan øke mulighetene for tilfriskning (Helsedirektoratet, 2013, s. 3). Tidlig behandling ser også ut til å gi en bedre prognose. Det er med andre ord viktig å legge til rette for at mennesker som utvikler, eller er i fare for å utvikle, en psykose kommer raskt til utredning og behandling (Helsedirektoratet, 2013, s.31).

2.4 Psykoedukativ behandling

For å besvare vår problemstilling "*Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelse hos mennesker med schizofreni?*" vil det være sentralt å gå nærmere inn på hva psykoedukativ behandling er, og hvilke elementer som er sentrale i behandlingen. Kognitiv terapi har en lang tradisjon med psykoedukative kurs, der det formidles kunnskap om mestring av symptomer (Berge & Wright, 2016, s.6) Ordet kognisjon stammer fra latin og betyr tenkning, erkjennelse og oppfatning. Utgangspunktet for den kognitive modellen er at mennesket har et grunnleggende behov for å forstå og skape mening i sine opplevelser (Grande & Jensen, 2016, s. 13). Ved hjelp av psykoedukativ behandling formidler en kognitiv terapeut dagens kunnskap om de aktuelle symptomene eller lidelsen og hvilke behandlingsmuligheter som finnes. Et av hovedmålene med psykoedukativ behandling er å

bidra til at pasienten utvikler en mer kunnskapsbasert og realistisk forståelse av utfordringene og styrker håp og behandlingsoptimisme (Grande og Jensen, 2016, s.38). Å utfordre hvordan pasienten tenker om seg selv, holdninger og følelser står sentralt. Et av målene i terapien er at pasienten skal bli sin egen terapeut, gjennom å lære seg mestringsstrategier som kan brukes selvstendig (Snoek & Engedal, 2017, s. 53-54).

Psykoedukasjon kan være viktig for å redusere selvstigma, skam og skyldfølelse. Pasientene har ofte lite kunnskapsbasert forståelse av egen problematikk. Kunnskapen mange mennesker med ulike psykiske lidelser har kan være basert på negative myter, eksempelvis at stemmehøring er et tegn på galskap. Hensikten med kunnskapsformidling er å utvikle en forståelse som stimulerer til håp og tro på en positiv endring (Grande & Jensen, 2016, s. 149). Lauveng beskriver gjennom sin bok hvor viktig det var for henne å beholde håp og drømmer om et annet liv;” *For meg var den en enorm forskjell på å ha et håp om et annet liv - en drøm å holde fast ved, et mål til å gi livet mening - og å ikke ha det*” (Lauveng, 2005, s. 95). Vi tenker at dette kan være med å påvirke både motivasjon, ønske om støtte og hjelp samtidig som vi tenker det kan gi styrke og økt livskvalitet for personen.

Gjennom problemstillingen vår stiller vi spørsmål om hvordan psykoedukativ behandling kan forebygge reinnleggelser hos mennesker med schizofreni. Derfor tenker vi det er sentralt å se på de grunnleggende elementene i den psykoedukativ behandlingen. Psykoedukasjon bør, ifølge helsebiblioteket (2016a), bestå av følgende elementer:

1. Kunnskap om lidelsen
2. Varselsymptomer ved forverring
3. Mestringsstrategier
4. Hvem pasienten kan kontakte

Dette er punkter som bør føres inn i kriseplan som utarbeides sammen med pasienten. Psykoedukasjon går altså ut på å undervise pasienten om psykiske lidelser og tiltak. Formålet er å gjøre pasienten bedre rustet til å mestre og ta kontroll over lidelsen sin. En viktig ingrediens i behandlingen er å lære å registrere egne symptomer og stemningsleie slik at man selv kan lære å kjenne mønsteret sitt. Kunnskapen kan hjelpe pasienten til å iverksette nødvendige tiltak og dermed redusere risikoen for tilbakefall. Psykoedukasjon tilbys når pasienten er mottakelig for dette. Behandlingen skal tilpasses den enkeltes lidelse,

sykdomsfase og mulighet for mestring og ressurser (Helsebiblioteket, 2016a). Disse elementene kan knyttes opp mot recovery.

2.4.1 Recovery

Det engelske ordet recovery kan være vanskelig å oversette direkte til norsk. Det nærmeste begrepet vi kommer på norsk er bedringsprosess. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA, 2018) henviser til den norske oversatte versjonen av William A. Anthonys definisjon av Recovery:

Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker.
(NAPHA, 2018)

Gunn Helen Kristiansen skrev en artikkel med navn "Med håp om recovery" i 2016, som omhandler et recoveryorientert perspektiv på behandling. Kristiansen (2016, s. 387) beskriver i artikkelen at da hun opplevde å få diagnosen bipolar lidelse var det ingen som spurte henne om hun hadde noen tanker rundt fremtiden. Det var heller ingen som var opptatt av hennes mål og ressurser. Målet behandleren hadde var å stabilisere gjennom medisiner og unngå stressende situasjoner. Behandleren var overbevist om at det beste de kunne gjøre for henne var å fjerne alle symptomer, beskriver Kristiansen (2016, s.387). Hun forteller videre at fra behandlerens synsvinkel kan det se ut som om medikamentene hadde god effekt, da hjernens aktivitet kan dempes eller stimuleres med medikamenter. Selv opplevde hun ikke den effekten hun ønsket seg, men heller en negativ opplevelse. Pasientens mål for behandlingen er ikke alltid det samme som behandlerens. Kristiansen (2016, s. 388) skriver videre at "*Det er jeg som er eksperten på meg, jeg trenger bare litt hjelp og støtte av og til for å finne meg selv igjen*". Recoveryorientert helsearbeid tar utgangspunkt i pasienten selv, og personens ressurser. Veien til bedring starter der pasienten er, og målene er det pasienten selv som definerer (Kristiansen, 2016, s. 387). Videre skriver Kristiansen (2016, s.388) "*Hjelperen skal egentlig bare støtte og oppmuntre meg langs den veien jeg velger å gå, og mange ganger gjør de heldigvis det*".

En recoveryorientert tilnærming handler om at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, på tross av psykiske helseutfordringer. Begreper som selvbestemmelse og selvstyring er sentralt i recoveryprosessen (NAPHA, 2018). Grunnlaget i selvbestemmelsesteori vil si å ha kontroll over eget liv og regulere sine handlinger ut fra egne valg (Imsen, 2014, s.331). Noen pasienter kan være så preget av sykdommen at de ikke lengre har noe håp og drømmer for fremtiden. Da handler personlig recovery om å endre den resignerte holdningen og skape en ny identitet som ikke bare omhandler diagnosen. Recovery på det personlige plan handler om at pasienten må tenke mindre på hindringer og begrensninger som følger med det å ha en alvorlig psykisk lidelse og samle fokuset på å utnytte egne ressurser og muligheter (Kristiansen 2016, s.388). Viktige elementer i bedringsprosessen er myndiggjøring, tilhørighet, håp, optimisme, identitet, mening og mål (NAPHA, 2018). Kanskje blir personen ikke helt symptomfri, men kan definere hva som er en god hverdag for seg selv, og så øve på å mestre hverdag selv om en har en alvorlig psykisk lidelse (Kristiansen, 2016, s. 391). Recovery er ikke knyttet til en bestemt lidelse, behandlingstilbud eller intervensjon.

2.4.2 Illness Management and Recovery (IMR)

Illness Management and Recovery er en metode innenfor psykoedukativ behandling. Vi har valgt å presentere denne behandlingen som et eksempel i vår besvarelse. Dette er både på bakgrunn av at vi ble introdusert for denne metoden i vår tredjeårspraksis, men også fordi informanten vår jobber spesifikt med IMR som metode. Vi ønsker derfor å gi en introduksjon av bakgrunnen og innholdet i denne behandlingen. Informanten vil bli kort presentert i kap. 3.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) publiserte artikkelen “Ny recovery-behandling på full fart inn i Norge” i 2013. NAPHA (2017b) skriver: *“Et nytt og lovende behandlingsprogram om livsmestring og recovery for personer med schizofreni, bipolar lidelse og depresjon, er nå på full fart inn i Norge. Brukerens egne mål er utgangspunktet for behandlingen”*. Behandlingsprogrammet heter Illness management and recovery og er utviklet av Kim Mueser og medarbeideren ved Dartmouth Psychiatric Research Center i New Hampshire, USA. Artikkelen fra 2013 forteller at en rekke land har tatt i bruk behandlingsprogrammet, også to fagmiljø i Norge.

Illness management and recovery er en metode for strukturert og individualisert mestring av alvorlige psykiske lidelser. IMR kan tilbys både individuelt og i gruppe. Gruppebehandling

gir best mulighet for sosial trening og tilgang til andres erfaringer (Mandelid et al., 2013, s. 45). På norsk kan programmet oversettes til individuell mestring og tilfriskning. IMR er et steg-for-steg-program som lar deltakerne tilegne seg informasjon og ferdigheter som kan hjelpe dem med å sette egne meningsfulle tilfriskningsmål. Bakgrunnen for IMR er blant annet at brukernes egne erfaringer om hva som fører til bedring må legges til grunn for behandling på lik linje som fagfolkets kompetanse (Mandelid et al., 2013, s. 45-47).

IMR består av elleve psykoedukative moduler i kombinasjon med hjemmeoppgaver knyttet til hver av modulene. En IMR-håndbok deles ut, og inneholder undervisningsmaterialet for kurset. De ulike modulene er ifølge Mandelid et al. (2013, s. 46-47):

1. Recoverystrategier
2. Praktiske fakta om psykiske lidelser
3. Stress og sårbarhetsmodellen
4. Etablere sosial støtte
5. Effektiv bruk av medisiner
6. Bruk av rusmidler
7. Forebygge tilbakefall
8. Stressmestring
9. Mestre vedvarende symptomer
10. Å få behov og rettigheter dekket i psykisk helsevern
11. Sunn livsstil

Innenfor hver av modulene utformes individuelle målsettinger og deltakerne gjør fra gang til gang hjemmeoppgaver i tråd med målsetningene. Eksempler på mål innenfor de ulike modellene kan være å identifisere symptomer, avlive myter om sykdommen, lære om virkninger og bivirkninger av medisin eller å finne møtesteder for å oppnå sosial støtte. Dette er bare et fåtall av målsetninger innenfor de ulike modulene (Mandelid et al., 2013, s. 45-47). Som nevnt tidligere kan IMR-kurs være mest foretrukket like etter utskrivelse.

Grunnleggende målsetting er hjelp til selvhjelp basert på verdier hentet fra recoverytenkning og evidensbaserte metoder (Mandelid et al., 2013, s. 48).

2.4.3 Relasjon i behandling

Relasjonen mellom pasient og behandler er avgjørende for god og virksom behandling (Wormnes, 2013, s. 18). Behandling og oppfølging i form av en tillitsfull relasjon mellom pasienter med schizofreni og behandler har en stor betydning for forløpet og tilfriskningen. I denne sammenhengen kan medvirkning være et godt terapeutisk virkemiddel (Helsedirektoratet, 2013, s. 28-29). Møller (2017, s. 41) hevder at vår viktigste kilde til livsglede og psykisk helse kanskje er gode relasjoner til andre mennesker. Videre skriver Møller (2017, s.41) at det for alle kan være krevende å etablere og opprettholde gode relasjoner. Vi tenker at relasjonen i arbeid med mennesker med schizofreni er sentralt da virkelighetsoppfatningen kan være svekket. Dette kan eksempelvis bety at pasienten kan tenke at behandleren har andre intensjoner enn å hjelpe.

En god relasjon er ofte preget av behandlerens empati, respekt, engasjement og formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme (Helsedirektoratet, 2013, s. 29). Det har blitt gjennomført en studie for å kartlegge hvilke faktorer som blir verdsatt mest i relasjonen mellom pasienter med psykiske lidelser og fagpersoner. I studien kom det frem at behandlerens evne til å lytte og respektere den enkeltes synspunkter og uttrykke en tro på at bedring er mulig er viktige elementer. Videre ble det også nevnt at det å respektere, oppfatte og fremme pasientens ressurser og evne til bedring er viktig (Bolle, 2015, s. 18). At en pasient får kjenne på en følelse av respekt og tillit tenker vi er viktig for en god relasjon.

3.0 Metode

Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for hvordan vi har gått frem for å besvare problemstillingen *“Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelse hos mennesker med schizofreni?”*. I denne oppgaven har vi tatt i bruk litteratur og intervju, på bakgrunn av at vi sent kom i kontakt med praksisfelt. Videre tenker vi at det styrker oppgaven vår å bruke både litteraturen vi har funnet, sammen med intervjuet i resultat og drøfting. Vi vil først gi en beskrivelse av litteratursøk, derunder søkeprosessen, før vi presenterer hvordan vi gikk frem med det kvalitative intervjuet. Avslutningsvis forteller vi om hvilke etiske vurderinger vi har møtt på underveis.

I kunnskapsbasert praksis er det viktig å gjøre problemstillingen presis og tydelig. Et verktøy som kan hjelpe er PICO. PICO står for patient/problem, intervention, comparison og outcome

(Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.33). PICO gir struktur og klargjør problemstillingen for litteratursøk, utvalgelse og kritisk vurdering (Helsebiblioteket, 2016b). For å utarbeide problemstillingen vår brukte vi PICO (se vedlegg 1) og “Fra tema til problemstilling” (se vedlegg 2). Den første delen av PICO brukte vi i prosessen med å utarbeide problemstillingen. Den andre delen ble brukt for å finne søkeord via MESH. I dette arbeidet gjorde vi også forgrunnssøk.

Vår problemstilling tar sikte på å undersøke hvordan psykoedukativ behandling kan forebygge reinnleggelser hos mennesker med schizofreni. Valg av kjernes spørsmål avgjør foretrukken forskningsmetode (Helsebiblioteket, 2016c). Helsebiblioteket (2016c) skriver videre at erfaringer og holdninger inneholder blant annet spørsmålet «Hva er det som gjør at det virker?». Siden vi var opptatt av å se på elementene i psykoedukativ behandling undersøker vi erfaring. Derfor har vi valgt å bruke kvalitativ metode for å besvare vår problemstilling. Dette innebærer at vi er ute etter å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s.52).

3.1 Litteratur

Som forfattere av denne bacheloroppgaven har vi valgt å anvende pensumlitteratur og selvvalgt litteratur i form av fag- og forskningsartikler, offentlige retningslinjer og lovverk for å besvare problemstillingen vår.

I vår teoridel var vi opptatt av å bruke kilder høyt oppe i kunnskapspyramiden som Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Helsebiblioteket. Kunnskapspyramiden, også kalt s-pyramiden, har seks nivåer av kunnskapskilder organisert i en trekant. I de øverste nivåene finner vi mer oppsummert forskning og systematiske oversikter. Disse inneholder flere enkeltstudier og gir en større bredde enn databaser som er lengre nede i pyramiden og som kun har enkeltstudier (Nortvedt et al, 2012, s.44). Det er Helsedirektoratet som iverksetter politikk, er faglig rådgiver og forvalter lover og regler. Folkehelseinstituttet er den største produsenten av systematiske oversikter om effekt av tiltak. Mens helsebiblioteket er et offentlig finansiert nettsted som gir helsepersonell og studenter innen medisin gratis tilgang til sentrale kunnskapskilder (Helsenorge, 2020). For å bygge videre på teori fra disse kildene supplerte vi også med annen utvalgt litteratur som fagartikler eller bøker.

Som nevnt innledningsvis ønsket vi i vår besvarelse å få frem brukerstemmen. Da vi ikke har mulighet til å komme i kontakt med pasienter på grunn av personvernloven og tidsrammen for oppgaven, ønsket vi å få frem brukerstemmen på en annen måte. Dette har vi gjort gjennom å bruke boken til Arnhild Lauveng aktivt. Boken beskriver Lauvengs historie som psykiatripasient med schizofreni. Lauveng beskriver i boken hvordan hun opplevde sykdommen og hennes vei mot tilfriskning. Veien var lang, og preget av mange innleggelse. Vi hadde lest boken fra før, og tenkte at dette var en bok som traff temaet vårt. Vi leste boken på nytt og trakk ut relevante utdrag som vi tenker belyser ulike deler av besvarelsen.

3.2.1 Søkeprosess

Litteratursøk ble gjort på ulike stadier i prosessen. Før vi begynte oppgaveskrivingen gjorde vi forgrunnssøk for å innhente relevant bakgrunnsinformasjon. Bakgrunnsinformasjonen la til rette for utarbeidelsen av problemstillingen og hvilke temaer som var aktuelle å inkludere i besvarelsen. Forgrunnssøkene våre gjorde vi gjennom Helsebibliotekets nettsider, i tillegg til at vi leide relevant litteratur.

For å finne relevant forskning som kunne belyse vår problemstilling startet vi med å gjøre søk høyt oppe i kunnskapspyramiden. Nest øverst i pyramiden finner vi blant annet UpToDate som var de første databasen vi søkte i. Da vi ikke fant relevant forskning gikk vi over til å søke i Epistemonikos og Cochrane Library som inneholder systematiske oversikter. Da vi søkte i Cochrane Library fant vi en systematisk oversikt som svarte til problemstillingen vår. Søkeordene vi brukte var “Schizophrenia” and “Psychoeducation”. Her valgte vi å bruke funksjonen som lar oss søke etter at ordene er inkludert i tittel, sammendrag eller som nøkkelord. Denne fremgangsmåten ga oss et bilde av relevansen av artikkelen. Vi la også til søkeordene: “Intervention” and “effect” som tekstord. Dette ga et resultat på 11 artikler.

Da vår oppgave er av en norsk kontekst, i form av at vi har intervjuet en norsk behandler, var det for oss ønskelig å inkludere norsk forskning i vår resultatdel. Derfor gjorde vi et nytt søk i google scholar med søkeordene: Schizofreni og IMR. Her fikk vi totalt 34 resultater.

3.1.2 Resultater av søk

Gjennom søket i Cochrane Library fant vi artikkelen “Psychoeducation for schizophrenia” skrevet av Xia, J., Merinder, L.B. og Belgamwar, M. R. Artikkelen er en systematisk oversikt som inkluderer 44 studier. Formålet med denne oversikten var å vurdere effekten av psykoedukasjonelle intervensjoner som et middel for å hjelpe mennesker med schizofreni, sammenlignet med standard omsorg. Studien inkluderer både individuell, gruppe- og familiebehandling. Forfatterne poengterer at studien er viktig fordi tilbakefall er en stor utfordring i rehabilitering av personer med schizofreni, og mener at høye tilbakefall ofte er relatert til manglende oppfølging av behandling.

Gjennom google scholar fant vi artikkelen “Frisk gjennom gruppebehandling” som er en systematisk oversikt skrevet av Ann-Elin Riveira Kvie. Artikkelen bygger på et litteraturstudium med utgangspunkt i et utvalg vitenskapelige artikler, samt en fagartikkel. Det blir tatt for seg effekten av IMR-kurs knyttet til mennesker med alvorlig psykisk sykdom, hvor schizofreni blir nevnt. Videre blir det avdekket fire hovedtema som forfatteren fremmer som avgjørende for mestring og tilfriskning.

For å stryke oppgaven er det viktig å vurdere artikkelens gyldighet, metodisk kvalitet, resultater og hvor overførbar den er. Derfor har vi tatt i bruk appen EBP steps utviklet av Høgskolen på Vestlandet. Appen har hjulpet oss til å strukturere og dokumentere prosessen med trinnene i kunnskapsbasert praksis. Disse er refleksjon, spørsmålsformulering, litteratursøk, kritisk vurdering, anvendelse og evaluering (Se vedlegg 4 og 5).

3.2 Intervju som metode

Innenfor kvalitativ metode kan en benytte seg av ulike tilnærminger, der de mest brukte datainnsamlingene er intervju eller observasjon (Helsebiblioteket, 2016 d). Som tidligere nevnt ønsket vi å belyse problemstillingen vår gjennom litteratur og intervju. Prosessen begynte med å finne ut hvilke behandlingsinstitusjoner som tilbyr psykoedukativ behandling. Videre utarbeidet vi en mail med informasjon om vår bachelor oppgave, der vi presenterte tema og problemstillingen. Denne mailen ble sendt til to ulike behandlingssteder, hvor vi fikk positiv respons fra den ene plassen. Informanten vi har snakket med er utdannet klinisk sosionom. Personen har relevant arbeidserfaring gjennom arbeid med psykoedukasjon over flere år. Informanten jobber også med IMR-kurs og med familiegrupper. Gjennom mail ble vi

enige om en introduksjonssamtale over telefon for at informanten skulle få mer utfyllende informasjon om oppgavens tema og samtykke. Når intervjuet var avtalt startet arbeide med intervjuguiden (se vedlegg 5). Dette gjorde vi fordi vi ønsket en viss struktur i samtalen, samtidig som informanten kunne stille bedre forberedt da intervjuguiden ble sendt til informanten på forhånd. Intervjuguide er en hjelp til å huske de temaene som blir tatt opp, samtidig som en får mulighet til å forberede seg faglig og mentalt til å møte intervjupersonen (Dalland, 2017, s.78). Vi valgte å dele opp intervjuguiden i ulike hovedtemaer, slik at vi lettere kunne bearbeide informasjonen. Dalland (2017, s.78) skriver jo mer strukturert intervjusituasjonen er desto lettere er det å analysere dataene. Intervjuguiden vår består av åpne spørsmål. Åpne spørsmål inviterer til utforskning, beskrivelse og forklaring og gir den som intervjues mulighet til å snakke om følelser, tanker og opplevelser (Eide og Eide, 2017, s. 202). Dette ser vi på som en styrke.

3.2.1 Gjennomføring av intervju

Vi valgte å gjøre intervjuet over telefon, i tråd med smittevernråd i forbindelse med Covid-19 pandemien. Telefonintervjuet hadde en varighet på en time, hvor vi begge var tilstede. Å være flere som gjennomfører et intervju har sine fordeler skriver Dalland (2017, s.87). Den ene av oss ledet samtalen og den andre sørget for å notere underveis. Under intervjuet ble ikke intervjuguiden fulgt slavisk, vi tillot digresjoner og eventuelle forandringer i rekkefølgen spørsmålene ble stilt. Dette gjorde at intervjupersonen kunne ta opp nye tema og vi hadde mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål. Til tross for endringer i rekkefølgen var det likevel viktig for oss at alle spørsmålene som sto i intervjuguiden ble tatt opp. Notatene vi tok underveis ble i etterkant sendt til informanten.

Intervjuet ble annerledes enn det vi hadde sett for oss før Covid-19 pandemien. Planen var å utføre et intervju hvor vi fysisk kunne møtt informanten, da vi tenker at dette hadde vært en mer naturlig situasjon. Gjennom telefonintervjuet fikk vi ikke mulighet til å observere verken kroppsspråk eller mimikk, dette ser vi på som en svakhet ved valgt metode. Vi synes også at det var utfordrende å føre en naturlig samtale over telefon. Når det oppstod pauser skapte dette en usikkerhet, og det ble derfor lettere for å avbryte hverandre. Dette tenker vi blant annet er forårsaket av at vi ikke kunne lese kroppsspråket til hverandre. På den andre siden var det en fordel for oss at telefonintervjuet kunne gjennomføres raskt og ikke trengte like

mye praktisk planlegging.

3.1.2 Dataanalyse

I analysen av resultatene har vi prøvd å trekke frem den mest relevante informasjonen tilknyttet vår problemstilling. Når vi bearbeidet materialet dukket det opp nye kategorier enn de vi bruke i intervjuguiden, derfor delte vi svarene inn i kategoriene: bakgrunn, innleggelse, forebyggende arbeid, arbeidet med mennesker med schizofreni, psykoedukativ behandling og IMR. Til slutt la vi til spørsmålet om informanten hadde noen innvendinger direkte knyttet til problemstillingen. Når den relevante informasjonen var trukket ut, bearbeidet vi disse til en mer skriftlig form. Vi har stadig gått tilbake til råmaterialet for å sørge for at vesentlig informasjon ikke har gått tapt, og at vi ikke har lagt til opplysninger. Vi har tolket informasjonen, men vært bevisste på å bevare konteksten.

3.3 Etiske vurderinger

Gjennom arbeidet med denne oppgaven var det for oss viktig å vektlegge etiske vurderinger. Et aspekt ved etisk vurdering er respekten for enkeltmennesket. Vi ønsket derfor tidlig i samarbeidet med praksisfeltet å presisere at personidentifikasjon ikke ville bli tatt med og at all informasjon som bidro til identifisering av informanten og praksisfeltet ville bli anonymisert. Vi har utarbeidet et samtykkeskjema (se vedlegg 6) for å ivareta retten informanten har til å velge å ikke besvare et spørsmål, avslutte intervjuet eller trekke tilbake informasjon når som helst. Samtykkeskjemaet ble signert av informanten før intervjuet ble gjennomført. I samtykkeskjemaet ble det også lagt frem informasjon om taushetsplikten. Den omhandlet at informasjonen ikke ville bli brukt utover besvarelsen vår. Informanten fikk mulighet til å lese gjennom notatene fra intervjuet umiddelbart etter gjennomførelse, for å sikre at informanten ble korrekt forstått. Det er ifølge Dalland (2017, s.181-182) ikke anbefalt å gi informanter tilgang til råmaterialet da den muntlige ordlyden kan føre til at informanten ikke er fornøyd med egen besvarelse, og i verste fall ønsker å trekke seg. Vi valgte likevel å gjøre dette da vi ikke hadde lydopptak vi kunne gå tilbake å lytte til. På denne måten sikret vi at informasjonen vi hadde samlet inn samsvarte med det informanten fortalte. Tilbakemeldingen fra informanten var at vi hadde forstått det meste riktig, bortsett fra hvor mange timer i uken IMR var, dette ble rettet opp etter tilbakemeldingen.

Vi har også gjort etiske overveielser når det gjelder litteraturen vi har brukt. For oss som forfattere av denne oppgaven er det viktig at vi anvender korrekt referanseteknikk når vi refererer til andre sine vitenskapelige og litterære verk. Dette for å anerkjenne andre sitt arbeid, gi andre mulighet for etterprøvelse og for å unngå plagiat.

4.0 Resultat og Drøfting

For å besvare problemstillingen vår: *Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelse hos mennesker med schizofreni?* har vi valgt å trekke frem tre hovedpunkter fra intervju og begge artiklene. Disse er **relasjon, kunnskapsformidling** og **struktur**. Dette er elementer som omtales i funnene våre og som vi tenker er sentrale i den psykoedukative behandlingen. Vi vil drøfte funnene fra intervju og forskning opp mot hverandre, samtidig som vi vil supplere med relevant teori og egnerefleksjon knyttet til temaet.

Det finnes ulike årsaker til reinnleggelser for mennesker med schizofreni. Informanten vår trekker frem at årsaken alltid er sammensatt, men at statistikken sier at mye skyld rus, mange slutter med medisiner, ulike livshendelser eller naturlig svingninger i sykdommen. I tillegg til dette trekker informanten også inn ulike stressfaktorer som økonomi, bosted, støtte og det å ha noe å gå til. Vi vil gjennom drøftingskapittelet gjøre rede for tre faktorer i psykoedukativ behandling som kan bidra til å forebygge reinnleggelser hos mennesker med schizofreni.

4.1 Relasjon

Relasjon utpeker seg, både i intervjuet og i artikkelen til Kvie, som et viktig element i psykoedukativ behandling. Gjennom kapittel 2.4.3 kommer det også frem at relasjon mellom pasient og behandler er avgjørende for god og virksom behandling (Wormnes, 2013, s.18). Vår informant legger vekt på at relasjon er sentralt når man jobber med mennesker med schizofreni. Videre kommenterer informanten at man kan oppleve at pasienten kan trekke seg unna, ikke ønsker kontakt med andre eller tåler lite kontakt. Derfor påpeker informanten at oppsøkende virksomhet er viktig for å kunne bygge en relasjon. Informanten peker på viktigheten ved å holde avtaler, være på tilbudssiden og være forutsigbar for pasienten. Vår viktigste kilde til livsglede og psykisk helse er kanskje gode relasjoner til andre mennesker. Men det kan imidlertid være krevende å etablere og opprettholde gode relasjoner for alle.

Møte mellom mennesker er komplekse og fulle av hendelser som må tolkes og forstås (Møller, 2018, s. 42). I artikkelen til Xia et al. (2011, s.14) blir relasjon inkludert som et element under livskvalitet, som vi tenker påpeker viktigheten av relasjon.

Kvie (2017) sin artikkel fremhever at det ikke bare er relasjonen mellom behandler og pasient som er viktig. Vel så viktig er relasjon mellom deltakerne i gruppen. Mer åpenhet, bedre flyt i samtalen og en varm atmosfære ble skapt gjennom den sosiale støtten som deltakerne fikk fra hverandre på IMR-kurset (Kvie, 2017). Et sentralt funn fra artikkelen til Kvie (2017) omhandler sosial samhandling. Deling av erfaringer, sosial støtte og relasjonsbygging hadde innad i gruppene stor betydning for deltakerne skriver Kvie (2017). Her tenker vi at relasjon er et viktig bidrag til å tørre å dele av egne erfaringer. Videre tenker vi at det ligger læring i å lytte til andre, vel så mye som det å tørre å dele. Når det er sagt, tenker vi at deltakeren kan få en opplevelse av å ikke kjenne seg igjen i kunnskapen eller erfaringene som blir formidlet. Dette kan føre til at deltakerne blir redd for å oppleve det samme. Ut fra dette mener vi det er sentralt å belyse at sykdomsbildet alltid vil være individuelt. Informanten vår legger til at deltakerne også kan bli bekymret for de andre deltakernes psykiske helse, som vi ser på som en utfordring i gruppeterapi. I motsetning til dette skriver Kvie (2017) at dersom gruppedynamikken oppleves som tillitsfull kan dette få positive ringvirkninger. Deltakerne kan få nyttige tips og råd, se ting i et nytt lys, utviklet en deltagende kompetanse, bli gode rollemodeller og få styrket selvtillit på bakgrunn av andres tilbakemeldinger (Kvie, 2017). Det kommer også frem gjennom intervjuet at informanten påpeker at deltakerne kan fungere som rollemodeller for hverandre.

Som nevnt tidligere er behandling og oppfølging i form av en tillitsfull relasjon mellom pasienter med schizofreni og behandlere av stor betydning for forløpet og tilfriskningen (Helsedirektoratet, 2013, s. 28-29). Generelt i arbeid med mennesker tenker vi det kan oppstå såpass nære bånd til behandler, som kan gjøre det vanskeligere for pasienter å være selvstendig. Informanten vår sa så fint: *“Jeg ønsker ikke at pasientene skal sitte på mitt fang resten av livet”*. Man kan tenke at alle mennesker ønsker å klare seg så selvstendig som mulig legger informanten til. I psykoedukativ behandling er et av målene å bidra til økt selvstendighet, dette setter informanten vår i fokus med setningen over. Når båndene blir for tette tenker vi det kan oppstå utfordringer knyttet til å stille like høye krav til pasienten. Videre tenker vi det vil være viktig å finne en balanse som gjør at relasjonen er god, men at man samtidig ikke knytter for sterke bånd.

4.2 Kunnskapsformidling

Hensikten med psykoedukativ behandling er å øke pasientens kunnskap og forståelse av deres sykdom og behandling (Xia, Merinder og Belgamwar, 2011, s.2). Vår informant påpeker at måten kunnskapen formidles på er essensiell; den må være målrettet og tilpasset mottakerne. I tillegg må den være overførbar til hverdagen, slik at pasientene kan ta i bruk kunnskapen i praksis. Videre trekker informanten frem at flere med schizofreni også kan oppleve kognitiv svikt, som må legges til grunn for hvordan kunnskapen skal formidles. Å briljere med fancy fagbegrep, som ingen forstår, blir lite hensiktsmessig. Det handler om å tilpasse kommunikasjonen slik at pasientene kan ta imot og nyttiggjøre seg av informasjonen forteller informanten. Vi kan selv kjenne oss igjen i å få formidlet et budskap fylt med mange fremmede fagbegrep. Resultatet av dette kan være at innholdet misforstås, at man velger å ikke bruke tid på innholdet eller at man føler seg kunnskapsløs.

Det antas at økt kunnskap og innsikt i sykdommen vil gjøre det mulig for personer med schizofreni å takle sykdommen på en bedre måte (Xia et al, 2011, s.2). Kvie (2017) skriver at IMR-programmet hadde en positiv effekt på schizofrenipasienter og deres måte å håndtere sykdommen på. Resultatene fra Kvie (2017) viser at IMR-deltakerne bearbeidet symptomer mer hensiktsmessig, og at de i tillegg viste større innsikt i sykdommen sin. Videre nevner Kvie (2017) at økt kunnskap og læring gjorde at pasientene ble mindre redde og var i bedre stand til å legge planer for fremtiden. Samtidig trekker informanten frem at deltakeren må lære nok om sykdommen slik at de kan ta nødvendige hensyn i forhold til stress og sykdom. En del av psykoedukativ behandling handler om å simulere og snakke rundt sannsynlige situasjoner som pasientene kan møte på. Dette tenker vi kan gi en form for forutsigbarhet, og kan gjøre at pasientgruppen er bedre rustet mot utfordringer de kan vente seg. Vi tenker at økt kunnskapsnivå kan gi en følelse av kontroll og trygghet.

Kvie (2017) trekker frem at IMR-kursene er recoveryorientert. På det personlige plan handler recovery, som nevnt, om at deltakerne må tenke mindre på de hindringene og begrensningene som kan følge med når en person har en alvorlig psykisk lidelse. Det handler om å ha fokus på å utnytte egne ressurser og muligheter (Kristiansen 2016, s.388). Vi tenker her at det er viktig at kunnskapen er recoveryorientert i form av at pasienten skal oppleve håp og at endring er mulig. Informanten forteller at et virkemiddel i IMR-kursene er at en erfaringskonsulent kommer og forteller om sin vei mot tilfriskning. Vi kan tenke oss til at informasjonen kan

virke mer troverdig for deltakerne, da erfaringskonsulenten kan ha stått i tilnærmende situasjoner. Dette tenker vi at kan bidra til å redusere skam og stigma. Erfaringskonsulenten kan opptre som et forbilde som kan gi motivasjon. Et annet virkemiddel informanten presenterte var å benytte seg av korte videosnutter eller bruke nettsider hvor brukerstemmen er presentert.

Gjennom artikkelen til Xia et al (2011, s.23) kommer det frem at økt kompetanse bidro til at flere pasienter overholdt anbefalt medisinerings. Det framgår også at pasientene oppga at de hadde fått mer tillit til helsepersonell i etterkant (Xia et al, 2011, s.23). Dette støtter Kvie (2017) da hun skriver at den økte kunnskapen bidro til pasientene endret holdninger knyttet til medisinerings og behandling. Når personen har fått tiltro til den medisinske behandlingen og i tillegg ønsker å gå i behandling, tenker vi at pasienten har kommet et stykke på veien.

Vi kan tenke oss til at mange forbinder undervisning og veiledning med skole. Dette trekker også informantens fram. Mye tekst, undervisning og hjemmeoppgaver kan assosieres med å være tilbake på skolebenken for deltakerne på IMR-kurs. Videre poengterer informantens at noen kan ha et utfordrende forhold til skolegang. Mens enkelte kan plages med å ikke ha fullført, vil andre se tilbake på utfordringer knyttet til det sosiale nettverket. Informantens poengterer at det er variasjoner i hvor mye deltakerne i IMR-kursene får med seg. Videre legger informantens til at det er en kunst å trekke frem hva som er viktig å ta med i kursene. For enkelte er ikke engang veiledningen det største utbyttet, men det å kunne være en del av et fellesskap forteller informantens.

4.3 Struktur

Betydningen av programstruktur i gruppesammenheng blir i flere artikler trukket frem som viktig (Kvie, 2017). Informantens forteller at IMR-kurset er strukturert, med at man deltar på et informasjonsmøte før kursstart. Her bli deltakeren presentert for de elleve modulene de skal gjennom. Videre blir det med hver kursdag presentert dagens agenda, samtidig som det avslutningsvis blir godt igjennom hva neste møte omhandler slik at deltakende kan stille forberedt.

Kvie (2017) skriver at hovedfunnene i artikkelen dreide seg om struktur og hvordan personlige mål, hjemmeoppgaver, praktisering av ferdigheter og bruk av IMR-håndboken

hjalp deltakerne til struktur i hverdagen. Som vi tidligere nevnte kan hjemmeoppgaver minne om skole, men artikkelen til Kvie trekker frem viktigheten av disse. Kvie (2017) belyser at deltakerne hadde utbytte av å praktisere de tillærte ferdighetene i det daglige liv og hvordan små steg ble oppnådd mellom hvert gruppemøte. Videre skriver Kvie (2017) at IMR-boken er en viktig bidragsyter på veien mot tilfriskning, der boken ga forslag til ulike måter å mestre livet på. Det suppleres med at håndboken ga deltakerne et håp om at endring var mulig. Artikkelen til Kvie (2017) legger også vekt på håndbokens inndeling av de ulike modulene, som det jobbes med fra gang til gang, og viktigheten av utarbeidelse av individuelle målsettinger med tilhørende hjemmeoppgaver.

Gjennom intervjuet forteller informanten at IMR-kursene blir holdt en gang i uken og at de har en varighet på ca. en time. Siden IMR-kursene er et steg på veien mot tilfriskning, kan det for mange være tilstrekkelig med det ene møtet i uken. Kvie (2017) poengterer i sin artikkel viktigheten ved struktur for personer med en psykoselidelse. Gjennom det ene møtet i uken tenker vi at kursene kan bidra til en struktur for deltakerne. Videre tenker vi at for flere kan hverdagen bli lang, uten noen planer, og at det derfor kan være noe å se frem mot. Sett fra en annen vinkel kan det, for noen, være utfordrende at kurset er satt til en spesifikk dag i uken, da man kan oppleve at noen dager er bedre enn andre. Men igjen, som Kvie (2017) trekker frem, er strukturen for personer med psykoselidelse viktig. Vi tenker at en annen positiv side ved at kursene tilbys en gang i uken er at det for noen kan oppleves som utfordrende å dele egne erfaringer. Videre tenker vi at det også kan være utfordrende å ta innover seg ny kunnskap om egen lidelse. Sannsynligheten kan være større for å gjennomføre kurset når det holdes til en gang i uken, da dette kan være utfordrende nok i seg selv, tenker vi. Informanten legger til at flere av deltakerne også går i individuell behandling, men at disse timene reduseres i perioden med kurs etter deltagerens ønske. Dette igjen på bakgrunn av at kursene kan være krevende, samtidig som man da har mulighet til å henvende seg til sin behandler.

Gjennom resultat- og drøftingsdelen har vi presentert og drøftet de elementene som vi har funnet å være mest sentrale i psykoedukativ behandling. Videre vil vi gi en kort oppsummering av resultatene før vi presenterer en avsluttende refleksjon fra boken til Lauveng.

5.0 Avslutning

Da vi startet dette prosjektet satt vi på kunnskapen om at schizofreni var en av de psykiske lidelsene hvor forekomsten av reinnleggelse var høy. Formålet med denne besvarelsen var å se på hvilke elementer i den psykoedukative behandlingen som kunne være med å forebygge reinnleggelser. Ved å forebygge en reinnleggelse betyr det, som tidligere nevnt, ikke bare at man unngår en sykehusinnleggelse, men også at pasienten er tilfrisknet og unngår de store sykdomsperiodene.

5.1 Oppsummering

Vi har i denne oppgaven forsøkt å besvare problemstillingen: *Hvordan kan psykoedukativ behandling forebygge reinnleggelser hos mennesker med schizofreni?* Gjennom drøftingen i forrige kapittel har vi knyttet resultatene fra intervjuet og relevant forskning opp mot hverandre. Basert på disse resultatene fant vi tre hovedelementer som vi valgte å trekke frem; **relasjon, kunnskapsformidling og struktur**. Disse elementene tenker vi er sentrale i arbeidet med å tilfriskningsprosessen og i forebyggingen av reinnleggelser. I tillegg til disse hovedfunnene har vi også belyst effekten av behandlingen knyttet opp mot medisiner og selvtillit. Styrket selvfølelse har vist seg å ha stor betydning for håp for fremtiden og mestring av hverdagens utfordringer. Dette kan være verdifullt å ha med seg på veien mot tilfriskning (Kvale, 2017). En av konklusjonene til Xia et al (2011, s.2) er at psykoedukativ behandling ser ut til å redusere tilbakefall, oppmuntre til å overholde medisiner samt å redusere lengde på sykehusopphold. Videre blir det nevnt at deltakelse i psykoedukativ behandling bidro til bedre selvtillit og generell velvære (Xia et al, (2011, s.24).

Vi tenker at psykoedukativ behandling er et godt steg på veien mot tilfriskning. Gjennom gode relasjoner, kunnskap og struktur kan behandlingen gi styrket selvtillit, håp om endring og tillit til behandlingssystemet. Summen av disse faktorene tenker vi kan bidra til tilfriskning og reduksjon av symptomer. Vi vet likevel at sykdomsbildet alltid er individuell, og det må derfor ses i lys av at én behandlingsmetode ikke er den riktige for alle. Vi vet at det for mange kan være en lang vei å gå, men vi tenker at psykoedukasjon som et verktøy kan bidra til at denne veien blir litt lettere for noen.

5.2 “For vil jeg egentlig bli frisk?”

Avslutningsvis tenker vi at noen pasienter med schizofreni er tilfreds med hverdagen, og med det gjerne ikke ønsker behandling. Noen velger å leve sitt liv uten påvirkning fra andre. Vi har valgt å plukke ut to sitat fra Lauveng, som belyser hvor vanskelig det kan være å ha mot til å starte behandling. *“Jeg hatet spørsmålet: vil du bli frisk? Fikk jeg det, svarte jeg alltid ja, hva ellers skulle jeg svare? Men jeg følte meg ikke alltid helt ærlig. For ville jeg egentlig bli frisk?”* (Lauveng, 2019, s.183).

Den blinde troen, å måtte handle, gjøre noe vanskelig og angstfremmende, uten bevis for at det er det rettete og uten å ha noen garanti for resultatet. Bare gjør det, mange ganger, og hold ut, selv om du ikke ser at det virker med en gang, og selv om det bare gjør vondt. Om og om igjen. Blind tiltro. Uten fnugg av bevis. (Lauveng, 2019, s.184)

Vi tenker at det for noen kan være vanskelig å gi slipp på de trygge rammene som er bygget opp. Det å gå inn i behandling kan for mange bety at man må utvikle seg til en annerledes versjon av seg selv, da karatistikken som følger med schizofreni ofte kan ha blitt en del av personens identitet. Som vi tidligere har belyst kan det for mange være vanskelig å opprettholde styrke, tro og håp om endring. Vi tenker at det gjerne kan være vanskelig å utvikle seg når troen på endring ikke er til stede.

6.0 Litteratur

Andersen, Johan, W. (2018, 9. oktober). Psykisk helse. Hentet fra:

https://sml.snl.no/psykisk_helse

Berge, T & Wright, D. (2016). Men visdommen hvor skal den finnes? Og hvor har forstanden sin bolig? Tidsskrift for kognitiv terapi.17 (4), s.6. Hentet fra:

<https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2017/01/Tidsskrift-Kognitiv-Terapi-4-2016.pdf>

Bolle, Y, A. (2015). Relasjonens betydning for håp i kommunal psykisk helsearbeid (Bacheloroppgave, Høgskolen i Oslo og Akershus). Hentet fra:

<https://oda.hioa.no/nb/relasjonens-betydning-for-hap-i-kommunalt-psykisk-helsearbeid/asset/dspace:8883/Bolle.pdf>

Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving (6. utg). Oslo: Gyldendal akademisk

Direktoratet for e-helse. (2017). ICD-10 Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 10. revisjon. Oslo: Direktoratet for e-helse. Hentet fra: <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599483>

Eide, H. & Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Flaten, B. (2018, 15.november). Historien om psykisk helsevern. Hentet fra:

<https://ndla.no/nb/subjects/subject:4/topic:1:172816/topic:1:173908/resource:1:68050>

Folkhelseinstituttet. (2009). Livet med schizofreni; erfaringer fra mennesker med diagnosen (Opplag:1000). Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/livet-med-schizofreni.-erfaringer-f/>

FRAMBU; Kompetansesenter for sjeldne diagnoser. (2017, 7. april). Psykiske lidelser og

vansker. Hentet fra: https://frambu.no/tema/psykiske-lidelser-og-vansker/?fbclid=IwAR23IIiA_DMSgwoiXreboQ1dm7DD1pZy_lXIyAqWrWMFpndUhq7zNa-BNbw

Goffman, E. (2009). Stigma: om avvigerens sociale identitet. Fredriksberg: Samfundslitteratur

Grande, M. & Jensen, L. H. (2016). Kognitiv terapi ved psykose. Oslo: universitetsforlaget.

Gundersen, T. (2017, 1. februar). Stemmene i hodet - et vendepunkt! Hentet den 3.mai fra: <https://psykiskhelse.no/nyheter/stemmene-i-hodet-et-vendepunkt>

Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009) Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle (3.utg.) Oslo: Gyldendal.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni c). Forskningsmetode. Hentet den 26. april fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode>

Helsebiblioteket. (2016, 1. november a). Psykoeduasjon til akuttpsykiatriske pasienter. Hentet fra: https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter?fbclid=IwAR01GGvsU2-_bId607CXG0g1rZQUQZSJaLg02hDQLNpECLj2faHktv7spzE

Helsebiblioteket. (2016, 3.juni b). PICO. Hentet den 5.mai fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016, 7. juni d). Kvalitativ metode. Hentet den 1.mai fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsebiblioteket. (2019, 21. juni). Schizofreni. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/schizofreni>

Helsedirektoratet. (2013). Utredning, behandling og oppfølging av personer med

psykoselidelser (IS- 1957). Hentet den 24. april fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-)

[9e9e6002c514:643b749f68005e7572f8e70b242c0f0af6f17910/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)

Helsedirektoratet. (2015). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (IS-2314). Hentet

fra:[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-)

[lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_/attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-)

[61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf)

Helsenorge. (2020, 11. februar). Samarbeidspartnere. Hentet fra:

<https://helsenorge.no/samarbeidspartnere>

Imsen, G. (2014). Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi. (5. utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Kristiansen, G. H. (2016). Med håp om Recovery. Tidsskrift for psykiske helsearbeid, 04/2016 (Volum 13), s. 387-393. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-04-11>

Kvie, A. E. R. (2017). Frisk gjennom gruppebehandling, google scholar. Hentet 4. mai fra:

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64144>

Lauveng, A. (2019). I morgen var jeg alltid en løve. (1 utg. 6 opplag). Cappelen damm

Lilleeng, S., E. & Pedersen, P., B. (2018). Forløp etter utskrivelse fra psykisk helsevern for voksne (nr.3/2018). Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/3-](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf/_/attachment/inline/e05b0985-6f4f-49c0-9efc-0b0f043d883c:4c48b68507918de95ddb51ab0faeff34b7a4917d/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf)

[2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf/_/attachment/inline/e05b0985-6f4f-49c0-9efc-](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf/_/attachment/inline/e05b0985-6f4f-49c0-9efc-0b0f043d883c:4c48b68507918de95ddb51ab0faeff34b7a4917d/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf)

[0b0f043d883c:4c48b68507918de95ddb51ab0faeff34b7a4917d/3-](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf)

[2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/3-2018%20Pasientforløp%20etter%20utskrivning%20i%20psykisk%20helsevern.pdf)

Malt, U. (2019, 16.august). Mentalhygiene. I Store medisinske leksikon. Hentet 7.april fra: <https://sml.snl.no/mentalhygiene>

Mandelid, L. J., Lid, B., Färdig, R. (2013) IMR- Illness Management and Recovery: Strukturert psykoedukasjon gjennom kobling av evidensbaserte og erfaringsbaserte tilnærminger i et dagbehandlingsprogram ved psykose.

Møller, P. (2018). Schizofreni – en forstyrrelse av selvet. Oslo: Universitetsforlaget.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2017, 20. desember b). Ny recovery-behandling på full fart inn i Norge. Hentet den 31. mars fra: <https://www.napha.no/content/13380/Ny-recovery-behandling-pa-full-fart-inn-i-Norge>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2010, 11. oktober). Opptappingsplanen. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/13884/Opptappingsplanen>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2018, 20. september). Recovery. Hentet fra: <https://www.napha.no/content/13883/Recovery>

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2017, 13. juni a).

Psykoedukasjon i familiegrupper gir effekt og anbefales. Hentet fra:

<https://www.napha.no/content/14498/Psykoedukasjon-i-familiegrupper-gir-effekt-og-anbefales>

Norsk Helseinformatikk. (2018, 4. april a). Prognosen ved schizofreni. Hentet 23.april fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-prognose/>

Norsk Helseinformatikk. (2018, 4.april b). Diagnostikk av schizofreni. Hentet 29.april fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-diagnostikk/>

Norsk Helseinformatikk. (2020, 2. april). Schizofreni. Hentet 3. april fra:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. (2012). Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok.Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet den 3.mai fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet den 3.mai fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K & Øverland, S.

(2018). Psykisk helse i Norge (ISBN: 978-82-8082-878-1). Hentet fra:

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_2018.pdf?fbclid=IwAR2-ILKZ2utK6zGKWjPqLHsSex_iapEM84y9TBJefLQnZOfBalpi7lB6LAc

Rund, B., R. (2017). Schizofreni (5.utg). Hertervig forlag: Stavanger

SEPREP. (u.d). Åpenhet (videooptak). Hentet den 15. april fra: <https://sehelemeg.no>

Skålevåg, S., A. (2019, 16. august). Psykiatriens historie. I Store medisinske leksikon. Hentet 7.april fra: https://sml.snl.no/psykiatriens_historie

Snoek J. E. & Engedal K. (2017). Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene. (4.utg). Oslo: Cappelen damm akademisk.

Vold, B & Hjemås, G. (2018, 22. juni). Økt satsning på psykisk helse. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/den-store-institusjonsoppbyggingen>

Vold, B. (1999, 1. mars). Den store institusjonsoppbygningen. Hentet fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/den-store-institusjonsoppbyggingen>

Wormnes, B. (2013) Behandling som virker. Latvia: Cappelen Damm.

Xia, J., Merinder, L.B. og Belgamwar, M. R. (2011, 15. juni). Psychoeducation for schizophrenia (Red.), *Cochrane Library*. Hentet 20. mars fra: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>