



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	30-04-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	14-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	326
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7942
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	43
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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

Helsepersonellens rolle i å fremme livskvalitet og mestring hos personer med schizofreni som mottar behandling

The role of healthcare professionals in promoting quality of life and self-efficacy in people with schizophrenia receiving treatment

**Kandidatnummer: 326**

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Veileder: Ingrid Onarheim Spjeldnæs

Innleveringsdato: 14.05.2021

## **Sammendrag**

Oppgaven handler om hvordan helsepersonell kan fremme livskvalitet og mestring, hos personer med schizofreni som mottar behandling. Den subjektive livskvaliteten vektlegges i oppgaven, i tillegg til hvilke faktorer som er sentrale i helsepersonellens rolle for å forebygge mot stigmatisering. Motivasjonsfaktorer, mestringstro og behandlingsmetoder er elementer som blir spesielt fremhevet, da dette danner et godt grunnlag for å besvare oppgavens todelte problemstilling: «*Henger schizofreni, livskvalitet og stigma sammen?*» og «*Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni under behandling?*».

## **Metode**

Oppgaven er et litteraturstudium, og inneholder forskningsartikler fra ulike databaser. Forskningsartiklene som er innhentet, er studier hvor det er brukt kvalitativ og kvantitativ metode. Litteraturen blir beskrevet i oppgavens funn- og diskusjonsdel. I tillegg er det innhentet relevante sekundærkilder som fagbøker og ulike nettressurser.

## **Funn og konklusjon**

Hovedfunnene i besvarelsen er at personer med schizofreni opplever redusert livskvalitet, økt stigma og selvstigma. Det er sentralt at helsepersonell gir pasienten en kombinasjonsbehandling i form av terapi og medikamenter. Viktigheten av å kartlegge pasientens nettverk, ønsker og behov er også et av hovedfunnene. Imidlertid er det gunstig å inkludere pårørende i terapien, slik at helsepersonell kan gi dem nødvendig informasjon om diagnosens termer. Dette bidrar også til et styrket forhold mellom pasient og pårørende, som også gjenspeiler seg i gode prognoser for økt livskvalitet og mestring i pasientens hverdag.

## **Nøkkelord**

Schizofreni, livskvalitet, mestring, motivasjon, stigma, selvstigma, helsepersonell.

## **Abstract**

This thesis is about how healthcare professionals can promote quality of life and efficacy among people with schizophrenia in treatment. The subjective quality of life is emphasized in this study, in addition to the factors that are central to the health personnel's role in and prevention against stigma. Motivational factors, self-efficacy and treatment methods are elements that are particularly emphasized, as this forms a good basis for answering the thesis' bipartite research question: «*Are schizophrenia, quality of life and stigma related?*» and «*How can healthcare professionals facilitate quality of life and coping in people diagnosed with schizophrenia during treatment?*».

## **Method**

This thesis is a literature study, and contains research articles from various databases. The articles obtained are studies where both qualitative and quantitative methods have been used. The literature is described in the thesis' findings and discussion section. In addition, there is obtained relevant secondary sources such as textbooks and various online resources.

## **Findings and conclusion**

The main findings in the literature study are that people with schizophrenia experience reduced quality of life, increased stigma and self-stigma. It is important that healthcare professionals provide patients with a therapy combining medication and cognitive therapy. The importance of reviewing the patient's network, desires and needs is another main finding. However, it is beneficial to include relatives in the therapy so that the healthcare professionals can provide them with the necessary information about the diagnosis. This also contributes to a strengthened relationship between patient and relatives, which is also reflected in good prognoses for increased quality of life and self-efficacy in the patient's everyday life.

## **Keywords**

Schizophrenia, quality of life, self-efficacy, motivation, stigma, self-stigma, healthcare professionals.

Mennesker er mennesker i et eller annet system.  
Menneskene kan endre disse systemene,  
men systemene kan også endre menneskene.  
Og skal vi forstå enkeltmennesket,  
må vi se både på den enkelte,  
og på helheten.  
Vi vil nok aldri forstå alt da heller,  
men kanskje litt mer enn om vi holdt oss til diagnosene.  
For diagnoser kan bare beskrive.  
Skal vi *forstå*,  
må vi se på menneskene.  
- *Arnhild Lauveng*

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Bakgrunn.....</b>	<b>6</b>
1.1 Diagnosen schizofreni og stigma.....	7
1.2 Livskvalitet og mestring.....	8
<b>2.0 Teorigrunnlag: mestrings- og motivasjonsteorier.....</b>	<b>9</b>
2.1 Mestringsforventninger.....	9
2.2 Motivasjon.....	10
<b>3.0 Metode.....</b>	<b>11</b>
3.1 Metodevalg.....	11
3.2 Datainnsamlingsmetode.....	12
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
3.4 Ethiske vurderinger.....	13
3.5 Analyse.....	13
<b>4.0 Funn.....</b>	<b>13</b>
4.1 Funn fra forskningsartikler.....	14
4.2 Schizofreni, livskvalitet og stigma.....	15
4.3 Motiverende faktorer og helsepersonellens rolle.....	17
4.4 Schizofreni og legemiddelbruk.....	20
<b>5.0 Diskusjon.....</b>	<b>21</b>
5.1 Motivere til sunne mestringsforventninger.....	21
5.2 Konsekvenser av stigmatisering og dårlig nettverk.....	22
5.3 Kartlegge, trygge og undervise nettverket rundt pasienten.....	23
5.4 Dokumentere legemidlers positive og negative sider.....	24
5.5 Endringer i psykisk helsevernloven.....	26
5.6 Styrker og svakheter ved valgt metode.....	27
<b>6.0 Oppsummering.....</b>	<b>27</b>
<b>7.0 Referanseliste.....</b>	<b>28</b>
<b>8.0 Vedlegg.....</b>	<b>31</b>

## 1.0 Bakgrunn

I de siste tiårene er det til enhver tid rundt 20 000 personer i Norge som lever med den alvorlige diagnosen schizofreni. (Snoek & Engedal, 2017, s.83). Nærmere halvparten av innleggelse på institusjon i 2018 var pasienter med schizofreni og alvorlig stemningslidelser. Videre var det 22% av antall innleggelse som var innlagt poliklinisk (Meld. St.7 (2019-2020), s.56). Stortingsmeldingen om nasjonal helse- og sykehusplan legger frem ulike innspill omkring behandling, som indikerer forbedringspotensialer i tjenester til psykiatriske pasienter, inkludert pasienter som lider av schizofreni. Det vektlegges at «det er behov for mer kunnskap om hva som virker, og hvilken nytte pasientene har av behandlingen» (Meld. St.7 (2019-2020), s.57) og at pasienter og pårørende ikke blir tilstrekkelig involvert i behandlingsmetode og videreutvikling av tjenestene. I et av målene for 2020-2023 skal livskvalitet og mestring av eget liv vektlegges mer hos personer med psykiske lidelser (Meld. St.7 (2019-2020), s.57-59).

I henhold til helsepersonelloven er lovens formål «å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten» (Helsepersonelloven, 1999, §1). Pasienter har også krav på et verdig helsetilbud fra kommunens tjenester og spesialisthelsetjenesten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 2-1a & 2-1b) I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det blant annet i lovens formål at kommunene skal «tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne». Det står også at en skal «sikre nødvendig opplæring av pasient, bruker og pårørende» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1). Helsepersonell har dermed plikt til å legge til rette for mestring og opplæring på kommunalt plan, hvilket også presiseres i Samhandlingsreformen (St.Meld.47 (2008-2009), s.27) som trådte i kraft i 2012. Denne oppgaven handler nettopp om hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni. Jeg ønsker å avgrense problemstillingen til personer over 18 år, da det er vanlig å få diagnosen mellom 18 og 28 år (Snoek & Engedal, 2017, s.83).

I henhold til Jordahl & Repål, er schizofreni den diagnosen som koster samfunnet mest innen psykisk helsevern (Jordahl & Repål, 1999, s.183). Om en ubehandlet psykose varer i mer en seks måneder, blir kostnadene doblet (Moscarelli, 1994; Jordahl & Repål, 1999, s.183). Personer med schizofreni er i risikogruppen for selvmord. En av hovedgrunnene er at personene opplever livssituasjonen som trist, som kan medføre redusert livskvalitet. Det er dermed en



sterk tro at tidlige intervensjoner i form av behandling og tiltak, kan ha en helsefremmende effekt for å redusere symptomer (Jordahl & Repål, 1999, s.184). I denne oppgaven har jeg valgt å ha en todelt problemstilling. Dette begrunnes med at det er nødvendig å vite sammenhengen med schizofreni, livskvalitet og stigma. På den måten kan jeg svare på den andre delen av problemstillingen. På bakgrunn av dette, er følgende problemstillinger utarbeidet:

*«Henger schizofreni, livskvalitet og stigma sammen?»*

*og:*

*«Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni under behandling?»*

Under 1.1 og 1.2 vil jeg videre begrunne hvorfor det er viktig å gjøre dypdykk under forholdet mellom schizofreni, livskvalitet og stigma.

### **1.1 Diagnosen schizofreni og stigma**

Psykisk helse omfatter alt fra livskvalitet, god psykisk helse, til psykiske lidelser og plager (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Det beskriver opplevelsen av å ha det bra, mestre ulike situasjoner i livet, i tillegg til å finne glede i hverdagslige oppgaver som arbeid og aktivitet (Andersen, 2018). Schizofreni betegnes som en alvorlig psykisk lidelse, hvor pasienten opplever hallusinasjoner og vrangforestillinger. Dette medfører endringer i tanker, handlinger, følelser og endret oppfattelse. Slike plager kan også medføre svekkelse i sosial fungering og tilbaketrukkethet (NHI, 2020). Personer med schizofreni kan være ambivalente, og har gjerne tanker og følelser som kan hemme aktiviteter (Håkonsen, 2014, s. 360). En kan dele opp symptomene på schizofreni i to grupper. Type 1, som også er omtalt som *positive symptomer*, omfatter symptomer som er lett synlig for andre. Eksempler på slike symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner og følelsesutbrudd. Symptomer som kategoriseres som type 2 (negative symptomer), er gjerne mindre synlig utad. Atferden betegnes som livløs, og personene oppfattes noen ganger som påfallende triste og livløse (Håkonsen, 2014, s.360).

Erving Goffman forklarte begrepet stigma som en svært diskrediterende betegnelse på mennesker, basert på stereotyper i befolkningen. På mikronivå kan stigma begrense individets hverdagslige liv gjennom negativ omtale og stemping, eksempelvis ved at det snakkes nedsettende om en persons kroppsstørrelse, sosial tilhørighet, hudfarge eller andre markører som psykisk lidelse, gjør at individet skiller seg ut fra mengden (Clair, 2018). Om et individ er

utsatt for stigmatisering fra omgivelsene, kan dette medføre at individet får fordommer mot seg selv og sin psykiske lidelse. Individet kan få destruktive tanker som kan påvirke selvfølelsen. Dette kjennetegner selvstigmatisering (Psykose-bipolar, u.å).

## 1.2 Livskvalitet og mestring

«Vi definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt» (Næss, 2011, s.15). Begrepet livskvalitet omfatter subjektive og objektive aspekter. Det subjektive baserer seg på hvordan livet oppleves for individet. Det handler om positive følelser som ro, glede, interesse, mening og mestring (FHI, 2019). Den objektive formen for livskvalitet innbefatter selve livssituasjonen; funksjonsevne, helsetilstand, arbeidsoppgaver og materielle levekår (FHI, 2019). Selv om livskvalitet er en subjektiv følelse av tilfredshet, kan den likevel måles objektivt gjennom verbal og nonverbal atferd, handling og hukommelse (Diener & Ryan, 2009). Individets forventningsnivå har en tilknytning til den subjektive tilfredsheten. Det er også et sentralt faktum *hvem* individet sammenligner seg selv med (Wheeler & Miyake, 1992; Næss, 2011, s.74). «Sammenligner vi oss med noen som får mindre enn oss selv, blir vi fornøyd og tenker at vi er heldige. Og hvis vi sammenligner oss med noen som får mer, syntes vi at vi er uheldige» (Diener & Lucas, 2000; Næss, 2011, s.74).

Statistisk Sentralbyrå (SSB) har publisert en undersøkelse fra 2020, hvor formålet var å kartlegge subjektiv livskvalitet i ulike grupper i Norge. Undersøkelsen har vektlagt hvilke objektive forhold som kan påvirke den subjektive opplevelsen (Støren, Rønning & Gram, 2020, s.8). Resultatene fra kartleggingen indikerer at grupper med lav inntekt, lav utdanning og psykiske plager kommer dårligst ut på scoringen. Dette innebærer en lavere tilfredshet med livet, hvilket omhandler mindre tilfredshet med livsområder som bolig, helse, fritid og økonomi. Gruppen er også mindre optimistiske for fremtiden, har lavere engasjement og redusert mestringsfølelse (Støren, Rønning & Gram, 2020, s.41).

Mestring er et begrep innen moderne psykologi, som viser til at en person håndterer ulike utfordringer i livsløpet. Personen opplever optimisme, pågangsmot, og har troen på sine egne evner og ressurser (Svartdal, 2018). Videre kan en skille mellom *problemfokusert mestring* og *emosjonsfokusert mestring*. En problemfokusert mestring omhandler òg en aktiv problemløsende holdning til utfordringen. En emosjonsfokusert mestring har mer fokus på at personen jobber med selve opplevelsen og følelsene, som kommer grunnet utfordringen (Svartdal, 2018).

## 2.0 Teorigrunnlag: mestrings- og motivasjonsteorier

Da tematikken omhandler schizofreni, mestring og livskvalitet, har jeg valgt å innhente ulike teorier fra den sosial-kognitive tradisjonen i psykologien. Jeg ønsker å ha fokus på menneskets subjektive tolkning av ytre omgivelser. «Menneskets indre verden, dets følelser, tanker og intensjoner, kan ikke observeres direkte. (...). Vi kan ikke styre personens handlinger, bare forstå intensjonene bak dem og forvente hva personen vil gjøre» (Imsen, 2014, s.38). Den sosial-kognitive teorien har sitt opphav fra behaviorismen og det kognitive perspektivet i psykologien. Perspektivet omhandler de sosiale omgivelsene i samspill med personens indre kognitive prosesser (Imsen, 2014, s.66). Albert Bandura regnes som grunnleggeren av den sosial-kognitive teorien, og beskrev at en læringsprosess skjer gjennom observasjon og imitasjon; «Vi ville gjøre en stor feil om vi ikke regner med individets evne til å ta lærdom av det som skjer rundt seg, lære av å se hva andre gjør og av å se hvordan det går med andre» (Bandura, 1977; Imsen, 2014, s.107). Nettopp med utgangspunkt i dette sitatet, er det relevant å bruke det sosial-kognitive perspektivet for oppgaven.

### 2.1 Mestringsforventninger

Mestringsforventninger av Albert Bandura, går ut på at ha en forventning om å lykkes er en viktig forutsetning for motivasjon. En slik forventning gjelder alle former for aktiviteter et individ vil begi seg ut på, i tillegg til hvor mye energi et individ vil investere i gjennomførelsen. Teorien setter fokus på rollemodeller som en motivasjonskilde, etterfulgt av observasjonslæring. Direkte støtte og oppmuntring er også et viktig element i teorien til Bandura (Imsen, 2014, s.353). Om et individ har en lav forventning om å mestre en aktivitet, blir innsatsen redusert, og gjennomførelsen blir tilsvarende forventningen. Om et individ imidlertid har en positiv holdning til å mestre den gitte aktiviteten, vil ifølge Bandura gjennomførelsen og resultatet bli betydelig bedre (Imsen, 2014, s.352). I henhold til teorien, skiller Bandura mellom to typer forventninger. *Efficacy expectations* omhandler forventninger som er nødvendige for å nå målet. Forventninger om resultatet basert på den konkrete handlingen, blir definert som *outcome expectations*. Disse elementene er i henhold til Bandura, nyttig å kunne skille mellom i enkelte situasjoner (Imsen, 2014, s.352).

Teorien om mestringsforventninger baserer seg på fem informasjonskilder om forventningene til å mestre. *Tidligere erfaring* baserer seg på hva individet har av erfaring i henhold til mestring. En slik erfaring dreier seg om samme område, og danner et bilde av hvordan individet har mestret og håndtert aktiviteten tidligere. Imidlertid presiserer Bandura at erfaring av å ha sett

andre en kan sammenligne seg med, også er et viktig element i teorien. Imidlertid kan rollemodeller ha en stor innvirkning på unge. En slik tilnærming blir kalt for *vikarierende erfaring*. *Verbal overbevisning* dreier seg om støtte og oppmuntring fra andre rundt individet, etterfulgt av *emosjonelle forhold* knyttet til resultatet eller handlingen. Den siste informasjonskilden i Banduras teori er *personens tolkning*, hvilket innbefatter individets subjektive tolkning av egen prestasjon (Imsen, 2014, s.353).

## 2.2 Motivasjon

«Motivasjon er et teoretisk begrep som brukes til å forklare hva som forårsaker aktivitet hos individet» (Imsen, 2014, s.294). Som ofte blir begrepet tatt i bruk i negative kontekster, hvor motivasjon er fraværende. Begrepet kan også brukes til målrettede handlinger (Schunk, 2014; Imsen, 2014, s.294). Forhold som kan påvirke motivasjon, kan skilles mellom indre og ytre drivkrefter. En indre motivasjon kan betegnes med ulike behov individet har, og iboende kraft og ressurser som muliggjør at et indre opplevd behov kan omsettes til reell handling. Det kan være flere faktorer som kan fungere som motiverende for individet, og som kan bidra til at tanker og behov transformeres til handling. At man oppnår et gode kan for eksempel virke som en ytre motivasjonsfaktor, mens et barns behov for lek og adspredelse illustrerer en indre, eller naturlig form for motivasjon (Imsen, 2014, s. 295).

Maslow sin behovsteori er en av de mest sentrale teoriene innen den humanistiske psykologitradisjonen. Han skildrer at et typisk behov omhandler hele personen sett under ett (Maslow, 1970, s.202; Imsen, 2014, s.303). Teorien må forstås ut ifra å finne en sammenhengende bakgrunn, som videre kan forklare grunnleggende trekk ved individets atferd. Behovsteorien består av fem behov som Maslow anser som sentrale. Imidlertid må ikke de ulike behovene ses hver for seg, men i en sammenheng (Imsen, 2012, s.304). De ulike behovene er satt opp i et hierarki hvor grunnleggende behov er i bunn, etterfulgt av sosiale og humanistiske behov som befinner seg høyere i hierarkiet. Maslow sin tankegang er at individet ikke formes av omgivelsene, men at individet skaper de ytre realitetene basert på indre behov (Imsen, 2014, s.305).

De primære behovene som må dekkes, er i følge Maslows behovspyramide de fysiologiske behovene, som inkluderer behov som sult og tørst. Hvis slike grunnleggende behov ikke er dekket, kan ikke individet få dekket behov høyere opp i pyramiden. Behovet for trygghet og sikkerhet rangeres på neste trinn, og deretter følger behovet for kjærlighet og sosial tilknytning.

Behovene i pyramidens øvre sjikt er behov for anerkjennelse, respekt og selvrealisering. Maslow påpeker at selv om alle behovene i pyramidens er dekket, er det imidlertid noen som ikke føler seg tilfreds. Det sentrale er at individer må utøve handlinger basert på egne interesser, og hvordan man kan utnytte egne evner (Imsen, 2014, s.305-310).

### **3.0 Metode**

Temaet for denne bacheloroppgaven handler om hvordan helsepersonell kan fremme livskvalitet hos personer med schizofreni. Etter å ha vært i praksis innen psykisk helse på 3. studieår, fattet jeg en umiddelbar interesse for psykiske lidelser. I den forbindelse ønsker jeg å fordype meg innen feltet. Motivasjonen for å skrive om schizofreni og livskvalitet, er å kunne få en bedre forståelse for diagnosen, og hvordan det påvirker hverdagen og hva som kan bidra til økt livskvalitet hos pasientene. Etter å ha selv erfart hvordan psykiatrien er i praksis, ønsker jeg å ha hovedfokus på hvordan livskvaliteten til brukergruppen er, og hvordan det kan opprettholdes/økes.

#### **3.1 Metodevalg**

Jeg har valgt å benytte meg av en litteraturstudie som metode for oppgaven. «En litteraturstudie er den omfattende studien og tolkningen av litteratur som er knyttet til et bestemt spørsmål» (Aveyard, 2018, s.2). Jeg har valgt litteraturstudier da en slik tilnærming gir et bredt spekter av data. Det finnes mye eksisterende forskning på tematikken, hvilket er interessant å integrere i oppgaven. Det gir også rom for å gå i dybden av tematikken, samt å foreta fortolkninger av litteraturen. I henhold til Aveyard (2018, s.2), gir en litteraturstudie rom for en dypere innsikt av å sette litteraturen i kontekst, ved å deretter sammenligne informasjonen. Hensikten med å innhente og nøye selektere ut artikler, er for å gjøre innholdet i oppgaven mest mulig gyldig i henhold til å besvare problemstillingen.

Videre ønsker jeg å ha en kvalitativ og kvantitativ form i oppgaven, da jeg føler det er nødvendig for å besvare problemstillingen. I henhold til Dalland (2017) omhandler en kvalitativ form data som ikke er målbare, men som gir rom for å få bedre forståelse av samfunnet om hvordan vi mennesker handler og samhandler i hverdagen. En kvalitativ retning søker dybdeforståelse i beskrivelse av fenomenet, og datainnsamling skjer uten direkte kontakt med feltet (Dalland, 2017, s.52-53) Imidlertid går den kvantitative metoden i bredden, og får frem informasjon som er representativt i henhold til deltakere i studier. I tillegg gir den kvantitative metoden rom for forklaringer og presisjon (Dalland, 2017, s.53).

### 3.2 Datainnsamlingsmetode

I søk etter litteratur, har jeg brukt relevante databaser som jeg har funnet på høgskolens nettsider. Jeg startet bredt med enkle søk i Google Scholar, for å danne meg et første bilde av hvilken forskning som var tilgjengelig. Etter å ha gjort et bakgrunnssøk i Google Scholar, søkte jeg i andre databaser som PsycINFO, Idunn og SocINDEX. Søk ble foretatt i *PsycINFO*, da dette er en internasjonal database med fagfelleverdert litteratur innen atferdsforskning og mental helse. Jeg har også foretatt søk i *Idunn*, da det er større sannsynlighet å finne studier fra Norge. SocINDEX har også blitt brukt i datainnsamlingen, med sikte på at det inneholder mye fulltekst av sosiologi og beslektede fagområder som psykologi. Siden jeg var på utkikk etter artikler som omhandler schizofreni og livskvalitet, brukte jeg søkeordene *schizophrenia AND quality of life*, og *subjective well being AND schizophrenia*. På den måten avgrenset jeg søket mitt, slik at jeg fikk opp artikler med de gitte søkeordene. Siden gode søkeord er nøkkel for godt resultat, tok jeg i bruk MESH og KBP-skjema, slik at formuleringen i søkene var så spisse som mulig. I tillegg valgte jeg å foreta søk i et konkret utvalg av databaser, for å finne tilstrekkelig mengde litteratur som kan anvendes for å svare på oppgavens problemstillinger: «Henger schizofreni, livskvalitet og stigma sammen?» og «Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni under behandling?»

### 3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søket ble avgrenset til artikler fra 2010 og senere, fordi jeg ville ha ny oppdatert forskning slik at det kan styrke besvarelsen på problemstillingen. Jeg anser det også som en styrke å ha med nyere forskning, da det stadig kommer ny kunnskap på feltet om tematikken. Underveis i datainnsamlingen ble det funnet en artikkel fra 2009 som jeg likevel valgte å inkludere i oppgaven, da innholdets relevans sto sterkt. I søket begrenset jeg artiklene til språk på norsk, engelsk, svensk og dansk, da det vil være problematisk å lese litteratur på andre språk jeg ikke behersker. I søkeprosessen var det en forutsetning at artiklene var fagfelleverdert. Artiklene er inkludert på bakgrunn av gjennomførte sjekklister fra Helsebiblioteket. Videre ville jeg avgrense målgruppen til voksne fra 18 år og oppover, for å gjøre problemstillingen mest mulig presis.

### **3.4 Etiske vurderinger**

På bakgrunn av etiske vurderinger kom jeg frem til å ha en litteraturstudie som metode for denne oppgaven. Jeg ønsket å benytte meg av eksisterende litteratur på tematikken, da jeg mener det kunne medført til påkjenninger for eventuelle intervjupersoner om jeg hadde valgt en slik metode. Grunnet pågående pandemi ble det vurdert som etisk rett å ikke gjennomføre intervju med tanke på smittevern og smittespredning. Det ble da naturlig for meg å velge en litteraturstudie som metode for denne oppgaven.

### **3.5 Analyse**

Ifølge Clarke & Braun (2016) er en tematisk analyse et egnet verktøy for å identifisere og systematisere søk, hvor hensikten er å finne et mønster relatert til tematikken. Oppsettet i oppgavens funndel er inspirert av Clarke og Brauns ideer om tematisk analyse. I henhold til datainnsamlingen ble det utført selektive søk, slik at problemstillingen kan besvares. Jeg ønsket å tematisere funnene mine inn i underoverskrifter, slik at jeg dannet meg en oversikt over hvilke synsvinkler de ulike artiklene hadde, og lot meg inspirere av Clarke og Braun sine ideer om å generere tema ut fra et datamateriale. I dette tilfellet hvor litteraturen er datamaterialet så fordelte jeg litteraturen inn i livskvalitet, motiverende faktorer, helsepersonellens positive påvirkning, samt legemiddelbruk. For å kunne dele funnene inn etter tema, har jeg lest abstract og discussion i artiklene jeg har innhentet. Jeg tok utgangspunkt i å finne tema, uavhengig om det var kvalitativt eller kvantitativt type design. På denne måten følte jeg at oversikten av tematikken kom godt til syne.

## **4.0 Funn**

Gjennom analysen av litteratur vil det i dette kapittelet bli lagt frem resultater fra ulike forskningsartikler, som er relevant for å besvare problemstillingen. I utvalget har jeg funnet både kvalitative og kvantitative studier, hvilket er hentet fra ulike databaser som PsycINFO, Google Scholar, Idunn og SocINDEX. Artiklene jeg har innhentet er alle enkeltstudier, hvor halvparten er kvalitative og kvantitative. Siden tema ble generert på bakgrunn av innhold i artikler og ikke studienes design, så presenteres tema i henhold til inndelingen som er beskrevet ovenfor.

## 4.1 Funn fra forskningsartikler

Tabell 1: Oversikt over utvalgte artikler.

Forfatter	Utvalg/populasjon	Problemstilling/formål	Design og metode	Kontekst	Hovedfunn
<b>Kvantitative studier:</b>					
Seo & Lim, 2019	n= 108 personer med schizofreni som fikk behandling hos en rehabiliteringsklinikk	Studien undersøkte hypotesen om optimisme kunne forutsi god livskvalitet.	Kvantitativ studie hvor det ble foretatt ulike målingsverktøy for subjektiv livskvalitet.	Personer med schizofreni i Sør-Korea.	Optimisme hjelper på livskvalitet.  Helsepersonell bør ha en mer optimistisk holdning til pasientgruppen.  Kognitiv atferdsterapi bidrar til økt livskvalitet.
Caqueo-Urizar et al., 2019	n= 253 personer med schizofreni innlagt på psykiatrisk klinikk.	Undersøke forholdet mellom sosialt stigma, selvstigma, erfaringer fra stigma og nedsatt livskvalitet.	Kvantitativ studie med ulike målingsverktøy for stigma og livskvalitet.	Pasienter med schizofreni innlagt på psykiatrisk klinikk.  Studien ble gjennomført i tre ulike land i Latin-Amerika. Bolivia n= 83, Chile n= 85, Peru n= 85.	Personer med schizofreni har høyere nivå av selvstigma, uavhengig av utdanningsnivå.
Morgades-Bamba et al., 2019	n=216 personer med schizofreni som mottok terapi.	Studien tar for seg internalisert stigma hos målgruppen.	Kvantitativ studie.	n= 155 menn og n= 61 kvinner som mottok terapi i Spania.	Det anbefales å fremme positive holdninger, redusere selvstigmatiserende tanker og styrke pasientenes følelse av egenverd.
<b>Kvalitative studier:</b>					



Fredriksen , 2009	n= 1 person som forteller om sin erfaring med schizofreni.	Formålet med artikkelen er å fortelle personens erfaringer med behandling og oppfølging.	Kvalitativ artikkel i essayform.	n= 1 person i Norge som tidligere har mottatt helsehjelp grunnet schizofreni.	Traumebehandling, styrking av sosialt nettverk, mestringsteknikk og positive innslag i hverdagen resulterte til slutt i at mannen ble klinisk og medisinsk restituert, uten bruk av psykofarmaka.
Sariah et al., 2014	n= 7 pasienter med schizofreni og n= 7 omsorgspersoner deltok i studien.	Artikkelen setter søkelys på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer i henhold til schizofreni.	Kvalitativ studie.	n=7 pasienter med et behandlingstilbud i Dar es Salaam, Tanzania.	Pasienter som fullførte medisinsk behandling hadde minst risiko for tilbakefall.  Støtte fra nær familie og venner spiller en vesentlig rolle for et vellykket behandlingsforløp med redusert sjans for tilbakefall.
Møllerhøj et al., 2019	n=24 personer med schizofreni.	Artikkelen belyser brukererfaringer hos schizofrene personer i henhold til medisiner, livskvalitet, og opplevelser i møte med behandlingstilbud.	Kvalitativ studie.	Personer med schizofreni som hadde en tilknytning til psykiatriske institusjoner i Skandinavia.	Medisinering er nødvendig for at pasienter skal oppleve fravær av kliniske symptomer på schizofreni.  I kombinasjon med medisiner, er det hensiktsmessig å ha terapeutisk oppfølging fra helsepersonell og pasientens nettverk.

#### 4.2 Schizofreni, livskvalitet og stigma

I artikkelen til Seo & Lim (2019), ble forholdet mellom optimisme og livstilfredshet hos personer med schizofreni undersøkt. Det var 108 deltakere med i studien, hvor aldersspennet var fra 20 til 67 år. Alle deltakerne bodde i et lokalsamfunn, og alle hadde et rehabiliteringstilbud innen kommunehelsetjenesten i Sør-Korea. Hypotesen var at optimisme kan forutsi god livskvalitet. Resultatene i studien tilsier at optimisme har en positiv innvirkning på livskvalitet, og at forholdet mellom dem var bemerkelsesverdig. Optimisme har en rekke

effektive fordeler på livskvalitet hos personer med schizofreni (Wrosch & Scheier, 2003; Seo & Lim, 2019). En annen viktig faktor i studien var at optimisme hadde en innvirkende rolle på livskvalitet, selv etter å ha tatt kjønn, alder, gjennomsnittlig alder, arbeidsforhold og opplevd stress tatt i betraktning (Seo & Lim, 2019). Basert på funnene i studien, skriver forfatterne at det bør være et økt fokus på å fremme optimisme hos målgruppen. Kognitiv atferdsterapi har hatt dokumentert effekt for å fremme nettopp optimisme (Pretzer & Walsh, 2001; Seo & Lim, 2019).

I en annen studie fra Caqueo-Urizar et al., (2019), ble forholdet mellom sosialt stigma, selvstigma, erfaringer fra stigma og nedsatt livskvalitet hos personer med schizofreni undersøkt. Det var 253 deltakere med i studien, fordelt på tre ulike land i Latin-Amerika. Alle deltakerne var innlagt på ulike psykiatriske klinikker, hvor behandlingsformen var svært lik. Deltakerne var medisinert med antipsykotika både før og under studien. Det var tatt i bruk et målingsverktøy på 12 påstander, hvor deltakerne som hadde høy score ble assosiert med høyere nivå av stigma.

Det ble konstatert at *sosialt stigma* kunne kobles til en nedsatt fysisk og psykologisk livskvalitet, selvtillit og forholdet til venner. Imidlertid hadde *selvstigma* forbindelser til nedsatt psykologisk livskvalitet, etterfulgt av selvtillit og autonomi. *Erfaringer fra stigma* kunne bare assosieres med nedsatt følelsesliv. Hovedfunnene fra studien var at stigmatisering hadde en sammenheng med redusert følelse av livskvalitet. Uavhengig av kultur og utdanningsnivå, ble det påvist at personer med schizofreni har høyere nivå av stigmatisering. For å lindre nivå av stigma hos målgruppen foreslår forfatterne kognitiv atferdsterapi, da det begrunnes for at en slik terapi vil styrke nivået av livskvalitet (Caqueo-Urizar et al., 2019).

Dette synet støttes i artikkelen til Morgades-Bamba et al., (2019). Deltakerne var blitt diagnostisert med schizofreni, og var en del av et behandlingstilbud. Studien hadde fokus rettet mot internalisert stigma som følge av å bli diagnostisert med schizofreni, og hvordan internalisert stigma påvirket livskvaliteten til mennesker i denne pasientgruppen (Morgades-Bamba et al., 2019).

Mennesker med schizofreni er overrepresentert i forhold til negative fordommer omkring egen person sammenlignet med resten av befolkningen (Morgades-Bamba et al., 2019). Byrden av å bære merkelappen «schizofren», implementerer negative konsekvenser i forhold til

selvstigmatisering. I samfunnet er det gjennom tidene blitt utviklet et stort antall negative stereotypier i forhold til diagnosen schizofreni, hvilket har tendert til sosial diskriminering av mennesker med denne lidelsen. For å unngå ytterligere stigma anbefales det at i behandlingsøyemed ikke fokuseres på schizofreni som en genetisk sykdom, men at lidelsen er miljømessig betinget. Forskning viser at å bli diagnostisert med schizofreni bidrar til å redusere selvtillit, opplevelse av mestringsfølelse, samt reduksjon av opplevd følelsesmessig velbefinnende som et resultat av kunnskapen om å ha lidelsen. I tillegg beskrives fenomenet hvor man starter å identifisere seg med diagnosens termer (Morgades-Bamba et al., 2019). Denne form for internalisering av stigma kan ha en svært ødeleggende innvirkning på livene til mennesker med schizofreni, som kan medføre at mellommenneskelige forhold kan bli ødelagt. Dette kan også skade livskvaliteten, samt redusere evnen til å påvirke oppnåelsen av egne viktige mål i livet (Morgades-Bamba et al., 2019).

Internalisert stigma fordrer av denne grunn strategier for å stå i situasjonen og takle lidelsen, mulighet for rehabilitering, og at behandling gjennomføres. Videre er det blitt observert at internalisert stigma også kan innebære en økning i symptomenes alvorlighetsgrad, redusert sannsynlighet for bedring av tilstanden, i tillegg til økt fare for suicid (Morgades-Bamba et al., 2019). Imidlertid fremgår det av artikkelen at det er gode utsikter for behandling av schizofreni til tross for at diagnosen kan utvikles som kronisk. Ved å lære seg å leve med lidelsen, kan denne holdes under kontroll med adekvat psykoterapi. I henhold til artikkelen viser studier at 30 % av dem som er blitt diagnostisert med schizofreni, gjennom psykoterapi i tillegg til sosial støtte, har oppnådd full bedring med fravær av symptomer. I tillegg har personene fått tilbake sin sosiale og kognitive funksjon uten å oppleve tilbakefall (Morgades-Bamba et al., 2019). Artikkelen understreker også viktigheten av å ha en positiv grunnholdning til egen person, selvbilde og livets utfordringer. For å oppnå bedring anbefales det å fremme positive holdninger, redusere selv-stigmatiserende tanker, og styrke pasientenes følelse av egenverd (Morgades-Bamba et al., 2019).

#### **4.3 Motiverende faktorer og helsepersonellens rolle**

«Å arbeide med stemmer» av Fredriksen (2009) er et essay basert på behandlingsforløpet av en ung mann diagnostisert med schizofreni. Behandler benyttet metoden «Hearing Voices», som anvendes i arbeid med stemmehørere. Metoden er basert på psykiater Marius Romme (2000), hvor relasjonsbygging, mestrings teknikker, traumebehandling, og det sosiale nettverks

betydning /- recovery står sentralt. Metoden er faseorientert og inndeles i startfasen, organiseringsfasen og stabiliseringsfasen.

Essayet beskriver hvordan en ung mann innlagt på akuttpsykiatrisk ungdomspost blir vurdert til å være psykotisk, suicidal, høre stemmer, være deprimert og ha angst. Tilstanden ble vurdert til å mest sannsynlig være begynnende schizofreni, og pasienten ble behandlet med antipsykotisk medisin, antidepressiv medisin og benzodiazepin.

Den unge mannen var innlagt på tvang, og ble opplevd som ambivalent og redd blant personalet på posten. Det kliniske bildet tegnet en person som viste liten interesse for å ta del i behandlingstilbudene på avdelingen, var reservert i forhold til medpasienter, og ble vurdert til å ikke være behandlingsmotivert. Mannen hørte stemmer som snakket nedsettende og negativt om ham, som manet til vold og aggressivitet, og som oppfordret ham til å avslutte livet ettersom stemmene sa at han var stygg og dum.

I startfasen var fokus rettet mot relasjonsbygging, hvilket var en tidkrevende og møysommelig prosess. Mestringsteknikker ble deretter iverksatt for å få kontroll på stemmehøringen, samtidig som mannen fikk tett oppfølging på det sosiale plan. Underveis i behandlingen kom det frem at mannens oppvekst var preget av traumatiske livshendelser i form av utrygghet, vold, verbale trusler og redsel. I denne fasen ble det sett nærmere på sammenhengen mellom de traumer og erfaringer mannen hadde opplevd, som førte til at mannen gikk inn i det han beskrev som «en boble». Traumebehandling, styrking av sosialt nettverk, mestringsteknikk og positive innslag i hverdagen resulterte til slutt i at mannen ble klinisk og medisinsk restituert, uten bruk av psykofarmaka (Fredriksen, 2009).

I artikkelen til Sariah et al., (2014) blir det kartlagt risiko- og beskyttelsesfaktorer av tilbakefall av symptomer på schizofreni. Den offentlige psykiatritjenesten i Tanzania behandler rundt 150 tilfeller av ulike typer psykiatriske lidelser hver måned, hvor 10 prosent av disse er tilbakefall pasienter. Deltakerne var fra 18 år og oppover, samt at deres omsorgspersoner hadde levd tett på dem i samme husholdning i seks måneder eller mer (Sariah et al., 2014).

Pasientene og omsorgspersonene ble stilt likelydende spørsmål, med henblikk på å få kartlagt hva begge gruppene mente kunne være katalyserende for tilbakefall av schizofreni. Alle pasientene var medisinerert med psykofarmaka i varierende grad ettersom det var det var ulike sosioøkonomisk tilhørighet i gruppen, og dermed ulike forutsetninger for å bli fullverdig

medisinert. Blant de som var dårligst økonomisk bemidlet, var det en utfordring å oppnå et stabilt medisineringsforløp grunnet pekuniære forhold. Basert på svar fra pasienter og omsorgspersoner, peker manglende kontinuitet i medisineringen seg ut som en svært betydelig risikofaktor for tilbakefall (Sariah et al., 2014).

Også andre faktorer som manglende støtte og oppfølging fra den nærmeste familie, manglende evaluering og oppfølging av psykiatrisk helsepersonell, samt traumatiske livsopplevelser var triggere som pekte seg klart ut i studien. Misbruk av cannabis var også en tydelig markør, i tillegg til avbrutt psykoterapeutisk behandlingsforløp. Studien viste også at flere av pasientene i mangel på oppfølging og oppmerksomt nærvær fra omsorgspersonene, lot være å ta medisinene som anbefalt. Andre følte seg etter en tids medisinering helt friske, og brøt medisineringen av denne grunn. Det ble også rapportert om seponering av medikamentene grunnet ubehagelige bivirkninger. Alle de nevnte forholdene utgjør ifølge studien ulike risikofaktorer for tilbakefall av schizofreni. Derimot peker faktorer som tilhørighet til trossamfunn, positiv støtte og oppmuntring fra den nærmeste familie, samt deltakelse i arbeidslivet seg tydelig ut som signifikante beskyttelsesfaktorer mot tilbakefall (Sariah et al., 2014).

Både pasient- og omsorgsperson gruppen ble bedt om å komme med forslag til hvordan man best kunne forhindre tilbakefall blant mennesker med diagnostisert schizofreni. Det var en utbredt oppfatning at gode og nære relasjoner mellom pasient og behandler er en grunnleggende forutsetning for et vellykket behandlingsforløp. Det er også av stor betydning at behandler viser forståelse for pasientens situasjon, som ofte kan være preget av fortvilelse og bekymring fordi en er i besittelse av en mental lidelse. Av denne grunn er det også av betydning at den psykoterapeutiske behandlingen fokuserer på håp, empati og positivitet. Det blir videre foreslått økt satsning på kunnskap og utdanning innen feltet, og at pårørende får tilgang til erfaringsbasert kunnskap om schizofreni og behandling med psykofarmaka (Sariah et al., 2014).

Artikkelen til Seo & Lim (2019) tar også for seg helsepersonellens viktige rolle i møte med pasientgruppen. Det belyses at i rehabiliteringsklinikker kan helsepersonell ha en rekke negative aspekter i henhold til diagnosen. På bakgrunn av forskningsresultatene, bør helsepersonell ha en mer optimisme-orientert holdning overfor schizofreni. Forfatterne skildrer at en slik positiv holdning er med på å utvikle pasientenes personlige og meningsfulle

mål, fremfor å ha fokus på å lindre symptomer og å synliggjøre deres mangler (Seo & Lim, 2019).

#### **4.4 Schizofreni og legemiddelbruk**

I studien til Møllerhøj et al., (2019) blir det belyst brukererfaringer hos schizofrene personer i forhold til medisiner med antipsykotika, og hvordan de har opplevd behandlingssituasjoner med psykiatrisk personell. Studien gir også et innblikk i hvordan tilfriskningsprosessene har fortonet seg i de enkelte tilfellene. Blant inklusjonskriteriene var at personene måtte være diagnostisert med schizofreni, og at de hadde mottatt minst to injeksjoner med «paliperidone palmitate» (PP3M) etter en stabiliseringsperiode på minst fire måneders månedlig injeksjon med samme medikament (PP1M) (Møllerhøj et al., 2019).

Det var signifikante variasjoner i respondentenes bakgrunnshistorier, men det ble likevel registrert en mengde likheter i gruppen. Deltakerne som var mellom 26 og 72 år gamle, hadde alle lavt utdanningsnivå, var ikke i inntektsgivende arbeid, og var mottakere av offentlige økonomiske ytelser som livsgrunnlag (Møllerhøj et al., 2019). Flere av respondentene hadde hatt lengre eller kortere behandlingsopphold i psykiatrisk institusjon og opplevd ulike antall tilbakefall av schizofreni, men alle var på intervju tidspunktet utskrevet fra institusjon og etablert i egne boliger i offentlig regi. Hovedfunnene i studien viste at medisiner var nødvendig for å opprettholde en tilstand fraværende fra symptomer på schizofreni. At injeksjonene ble satt hver tredje måned i stedet for eksempelvis hver måned, eller daglig gjennom oral administrasjon, bidrar også til mindre selvstigma blant respondentene. I tillegg understrekes nødvendigheten av en helhetlig psykoterapeutisk oppfølging, da det rapporteres at medisiner alene ikke er tilstrekkelig for optimale resultater (Møllerhøj et al., 2019). Viktigheten av et tillitsfullt forhold til behandler virker betryggende, hvilket igjen virker positivt på tilfriskningsprosessen. Selv om deltakernes liv ikke hadde utviklet seg i tråd med egne preferanser, ble livskvaliteten likevel ivaretatt ettersom deltakerne hadde anerkjent og forsonet seg med egen lidelse.

## 5.0 Diskusjon

I dette kapittelet ønsker jeg å drøfte mine funn fra forskningsartiklene supplert med mestrings- og motivasjonsteorier, hvilket er nødvendig for å kunne besvare problemstillingene:

*«Henger schizofreni, livskvalitet og stigma sammen?»*

*og:*

*«Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni under behandling?»*

### 5.1 Motivere til sunne mestringsforventninger

Personer med schizofreni har lavere livskvalitet, i tillegg til å oppleve stigma og selvstigma (Caqueo-Urizar et al., 2019). Det er av denne grunn at fokus i det følgende vil rettes mot oppgaver helsepersonell kan utføre med tanke på schizofreni, særlig på det medmenneskelige plan. Schizofreni er en alvorlig diagnose, hvor navnet på diagnosen også kan medføre skam og forhåndsdømming. En person med diagnosen beskrev det slik: «Jeg tenkte på schizofrene som klin gale – folk det ikke var mulig å få kontakt med», mens en annen hadde tanker om umiddelbar behandling og oppfølging:

Jeg begynte å gruble på hva behandleren hadde sagt til meg. Prognosene var det eneste som interesserte meg. Men jeg måtte finne ut av det selv. Det var ikke noe artig å være meg når jeg fikk vite hvor alvorlig det var. Jeg hadde lånt noen gamle bøker fra 60 og 70-tallet på biblioteket. Det var alvorlig, det jeg leste. Det er stor forskjell fra dagens bøker. Det er lysere prognoser nå. Det var mer svartmalt før. (FHI, 2009, s.8).

Optimisme spiller en vesentlig rolle for god livskvalitet (Seo & Lim, 2019). I henhold til informasjonsskrivet fra FHI (2009), viser det seg at personer reagerer ulikt når diagnosen blir stilt. Noen føler en glede av å endelig vite hvilken diagnose de har, mens andre ikke klarer å forsones seg med den. Videre er det en person som forteller at det kan være vanskelig å forstå og akseptere diagnosen, da man gjerne kan forestille seg schizofreni som en mer alvorlig sykdom enn hva personen kan kjenne seg igjen i. Hun forteller at hun fungerer, men at hun er litt svekket (FHI, 2009, s.10). Det er i slike situasjoner at vernepleiere og annet helsepersonell kan ha muligheten til å intervensere på et gunstig tidspunkt uavhengig av i hvilken grad pasienten er rammet av diagnosen. At helsepersonellet på et tidlig behandlingsstadium informerer både pasienter og pårørende om hvilke behandlingsmåter som er tilgjengelig. Dette kan også skje

ved bruk positive holdninger og empati. Kunnskap om lidelsen kan dermed bidra til ufarliggjøring, slik at det opplevde stigma reduseres (Sariah et al., 2014).

«Å forklare menneskelige handlinger ut fra grunnleggende behov, er blant de tidligste og mest utbredte oppfatningene om motivasjon» (Imsen, 2014, s.302). Det er sentralt at behovenes styrke kan variere fra person til person. Miljøet setter rammer for vekstvilkårene hos individet, i tillegg til at individer til en viss grad er selvregulerende. Med dette menes det at individet har indre behov, og ytre rammer en forholder seg til (Imsen, 2014, s.302-303).

Hos personer med schizofreni som kjenner på stigma og skam, er det viktig at helsepersonell tilrettelegger for økt selvtillit og mestring. Deltakerne i studien til Møllerhøj et al., (2019), viste at lidelsen påvirker og utfordrer måten de ønsker å leve på. Dette kommer særlig til uttrykk hos dem i dagligdagse gjøremål. Til tross for at enkelte uttrykker at de ønsker å ha et «normalt liv», er de samtidig kommet til å erkjenne og akseptere at deres livsutfoldelse begrenses grunnet diagnosen (Møllerhøj et al., 2019).

Å forstå og akseptere at man har en sykdom, er viktig for å kunne bli bedre. «Diagnosen forandret måten jeg tenkte og handlet på. Jeg tenkte at når jeg hadde en så alvorlig lidelse, så måtte jeg forsøke å arbeide med meg selv for å komme opp av gropa som jeg var havnet i... Den skal ikke stoppe meg fra å leve videre» (FHI, 2009, s.15).

Det følger av Fredriksen (2009) at det å gi pasienten håp og motivasjon for bedring kan være utslagsgivende for en vellykket tilfriskning. Helsepersonellet fortalte pasienten om kjente mennesker med schizofreni, som hadde blitt friske og fått et vellykket liv med familie og barn. Dette bidro vesentlig til at pasientens håp, forventninger og motivasjon økte (Fredriksen, 2009). Banduras teori om «self-efficacy» harmonerer med budskapet i studien til Fredriksen (2009). Helsepersonellet klarte gjennom tillit, håp og gode relasjoner å øke pasientens egne forventninger om mestring.

## **5.2 Konsekvenser av stigmatisering og dårlig nettverk**

Det kan forekomme at pasienter har en lite støttende familie, med redusert nettverk rundt seg. Dette kan medføre at pasienten isolerer seg, og kan miste optimisme og livskvalitet (Caqueo-Urizar et al., 2019). Også manglende støtte og empati fra de nærmeste omsorgspersoner kan føre til en økende manifestering av positive og negative symptomer på schizofreni. Manglende støtte og omsorg fra nære personer kan også være utløsende for residiv (Sariah et al., 2014). I



artikkelen refereres det til et tilfelle hvor pasienten, som da var under et behandlingsregime med psykofarmaka, opplevde avvisning, kritikk og ydmykelse fra sin egen far. Faren var skamfull over pasientens sykdomsbilde grunnet uttalt stigma i forhold til diagnosen schizofreni, og nektet blant annet å delta i enhver form for oppfølging av pasienten (Sariah et al., 2014).

Motsetningsvis følger det også klart av forskning at mennesker som opplever støtte, oppmuntring og kvalitetsmessig gode sosiale relasjoner har større sjanse til å lykkes i behandlingen av schizofreni (Fredriksen, 2009). Den individuelle *opplevde støtten* og den kvalitative verdien av gode relasjoner understrekes som svært betydningsfullt og kan muligens være avgjørende for tilfriskning i sykdomsforløpet. Dette kommer tydelig til uttrykk både hos Fredriksen (2009) og hos (Sariah et al., 2014). Morgades-Bamba et al., (2019) befester dette synet fra motsatt synsvinkel ved å peke på fremmedgjøring og stigma som risikofaktorer for mennesker med diagnostisert schizofreni.

### **5.3 Kartlegge, trygge og undervise nettverket rundt pasienten**

Som tidligere nevnt er et trygt og stabilt nettverk rundt individet et viktig moment. Men hvordan kan dette bidra til at en person med schizofreni kan mestre hverdagen sin? «Psykotisk bevissthet må forstås på bakgrunn av den alminnelige bevissthets grunnleggende natur. Bevisstheten søker altså kontinuerlig og automatisk etter mening, uten at dette er noe vi trenger aktivt å initiere» (Møller, 2018, s.41). Om et individ derimot ikke finner en mening, medfører det usikkerhet, forvirrelse og utrygghet, hvilket er tendensiøst for schizofren lidelse (Møller, 2018, s.41). En god selvtillit og mestring av hverdagen, er med på å styrke personens forhold til diagnosen. Helsepersonell kan jobbe mot å tilrettelegge for kunnskap, ferdigheter og vilje hos pasienten (Håkonsen, 2014, s.246). Vernepleierens arbeidsoppgaver som å kartlegge, analysere, fremme tiltak og evaluere vil være gunstig i et slikt arbeid (Nordlund et al., 2015, s.65).

Om en skal ta optimisme i betraktning, medfører det andre momenter som er sentrale for å kunne etablere en slik holdning. Trygge omgivelser er en god forutsetning for å etablere en sosial kontakt med andre individer. Helsepersonell bør legge vekt på å tilrettelegge for trygge og forutsigbare rammer, gjerne i et trygt nettverk og miljø pasienten har en tilhørighet til fra tidligere (Jordahl & Repål, 1999, s.206). Personens nettverk i form av venner og nær familie er et viktig element for å unngå isolasjon og forverring i diagnosen. Gode relasjoner til andre mennesker er også en viktig kilde til økt livsglede og psykisk helse (Møller, 2018, s.42). Imidlertid er det viktig å presisere at sosial omgang kan for enkelte være svært utfordrende.

Noen kan oppleve at stemmehøring i sosiale sammenhenger kan øke, mens noen opplever at symptomene blir redusert av å være alene (Jordahl & Repål, 1999, s.145).

I psykotiske faser kan opprettholdelsen av relasjoner mellom pasienten, familie og venner være utfordrende. Forøvrig er møter mellom mennesker en kompleksitet som byr på hendelser som må tolkes og forstås. En forutsetning for å mestre en relasjon, er at relasjonen oppleves som intakt og meningsfull (Møller, 2018, s.42). Slik fortøner det seg imidlertid ikke alltid for pasienter med diagnosen schizofreni.

Når et menneskets måte å oppleve situasjoner på er fordreid, vil dette medføre at relasjoner kan bli svekket. Det kan være vanskelig for personen selv å forstå, som videre kan resultere i sinne, frustrasjon og fortvilelse i en nær relasjon. En studie gjennomført av psykiateren Julian Leff på 1980- og 1990-tallet, var et av hovedfunnene at negative følelser innad i familie har en uheldig innvirkning på pasientens tilstand. Dette innebærer følelser som sinne, kritikk og fiendtlighet (Møller, 2018, s.42). I arbeid med pasientgruppen er det gunstig at det blir gitt tilstrekkelig oppfølging fra helsepersonell, slik at det gir rom for god informasjon til både pasient og pårørende.

En metode ved navn *psykoedukativt familiesamarbeid*, omhandler læring og mestring av psykiske vansker. En slik undervisningsbasert behandlingsmetode er et sterkt anbefalt tiltak for personer med schizofreni (Møller, 2018, s.42), ettersom pasienter profiterer på at omgivelsene tilegner seg nødvendig og adekvat kunnskap om pasientenes livssituasjon- og verden. Den psykoedukative metoden anses som en nyvinning på området innenfor psykoterapi. Metoden setter fokus på å formidle kunnskap til pårørende, supplert med en strukturert behandling for hvordan en kan håndtere diagnosen. Et arbeid med nær familie defineres som sentralt, da det regnes som en stabil base med nær tilhørighet hos personer med schizofreni (Møller, 2018, s.175).

#### **5.4 Dokumentere legemidlers positive og negative sider**

I artikkelen til Møllerhøj et al., (2019) ble det konkludert med at medisinerer er en nødvendighet i behandling av schizofreni, supplert med terapeutisk oppfølging fra helsepersonell. Deltakerne i studien hadde blandede følelser til medisinerer, da dette opplevdes som å bidra til økt selvstigmatisering blant deltakerne. Noen hadde også på et tidligere tidspunkt seponert psykofarmaka og dertil opplevd alvorlige tilbakefall av lidelsen

(Møllerhøj et al., 2019). I legemiddelbransjen finnes det ulike preparater som er til hjelp for pasienter med schizofreni. De nasjonale og internasjonale retningslinjene for behandling av schizofreni, er samstemte om at en kombinasjon av psykososiale intervensjoner og farmakoterapi er en god anbefaling. Dette tar sikte på å redusere stress kombinert med støtte, slik at personen lettere kan omgås i samfunnet. Det å kunne leve et selvstendig liv er også et sentralt moment, da dette er mindre belastende på øvrig familie. En slik kombinasjonsbehandling forebygger også mot tilbakefall (Ilnér, 2014, s.30).

I henhold til Sariah et al., (2014), kommer det til uttrykk at det er en god forutsetning om pasienter fullfører medisinsk behandling, slik at en unngår tilbakefall av symptomer på schizofreni. Derimot finnes det en rekke bivirkninger på en medikamentell behandling. Forstyrrelser i bevegelsesapparatet som parkinsonisme, ufrivillige muskelsammentrekninger og rastløshet kan forekomme som bivirkninger av førstegenerasjons antipsykotika (Ilnér, 2014, s.34). Bivirkninger på rastløshet og indre uro kan fremtre dager eller uker etter oppstart av medisin, og i noen tilfeller kan det oppstå etter noen år. Da debut på bivirkningen kan komme sent i forløpet, kan det mistolkes som en psykotisk uro, hvilket kan medføre doseøkning (Ilnér, 2014, s.35). Andre bivirkninger som kan forekomme er munntørrhet, obstipasjon og økt appetitt som medfører vektøkning. Sistnevnte er en kjent bivirkning for både første- og andregenerasjons antipsykotika (Ilnér, 2014, s.37), hvilket kan påvirke pasientens selvbilde. Det er en forutsetning at pasienten har blitt tilstrekkelig utredet, før en eventuell oppstart av medikamentell behandling. Ved førstegangsbehandling av et antipsykotisk legemiddel, er det hensiktsmessig å gi god informasjon til pasient og pårørende om fordeler og ulemper ved preparatet. Valget av legemiddelet bør også gjøres i samråd med behandler og pasient (Ilnér, 2014, s.39).

I Maslows behovspyramide som omtaler blant annet *behov for trygghet og sikkerhet*, blir det beskrevet at dette behovet omhandler en tilværelse uten angst, kaos og frykt. Om en pasient i behandling av antipsykotika opplever sterke bivirkninger, kan det medføre at det gitte behovet ikke blir tilstrekkelig innfridd. Helsepersonellens oppgave er å følge pasienten godt opp ved dialog og observasjon, for å kunne dokumentere hvilken effekt legemiddelet har. Om bivirkningene blir mer dominerende enn preparatets hensikt om effekt, bør det tas stilling til om pasienten burde fått ordinert et annet legemiddel. På bakgrunn av de innhentede artiklene, er det samtlige som konkluderer med at medisinerer er en nødvendighet. I artikkelen til Fredriksen (2009), ble det fortalt om en ung mann som fikk behandling for schizofreni. I

startfasen av diagnosens debut, brukte mannen ulike legemidler som antipsykotika, antidepressiva og benzodiazepiner. Mannen mottok traumebehandling, i tillegg til å øve seg på mestringsteknikker og styrking av sosialt nettverk. I behandlingen lærte vedkommende å ta kontroll over stemmene i hodet ved hjelp av gitarspilling, supplert med å gjøre "avtaler" med stemmene i hodet om å ikke være tilstede på gitte tidspunkter. Etterhvert som mannen fikk sterkere kontroll på diagnosen, ble det gjennomført en nedtrappingsprosess av den medikamentelle behandlingen. Da det viste seg å ha et positivt utfall i prosessen ble medisinene seponert, og vedkommende hadde fått kontroll på diagnosen (Fredriksen, 2009).

### **5.5 Endringer i psykisk helsevernloven**

I 2017 ble det gjort endringer i loven om psykisk helsevern. I henhold til Helsedirektoratet skal lovendringen forebygge og begrense bruk av tvang, i tillegg til å tydeliggjøre lovens formål (Sjølie & Haugland, 2017). Tjenestemottakerens rettigheter ser ut til å ha blitt styrket vedrørende samtykkekompetanse, og at bruker og pasient skal få muligheten til å uttale seg før et vedtak fattes. Retten til mer selvbestemmelse har blitt tydeliggjort etter lovendringen. Dette har medført at pasienter har fått nye eksplisitte rettigheter, som muligheten til å nekte å la seg tvangsinnlegge såfremt pasienten ellers vurderes som samtykkekompetent. Innenfor psykosefeltet, kan endringen medføre hindringer for utøvende helsepersonell, ved at syke mennesker først oppsøker hjelp, og for deretter å trekke samtykket til behandling tilbake. Imidlertid har debatten rundt samtykkekompetanse utartet seg, da begrepet trenger noen avklaringer. I henhold til pasient- og brukerrettighets loven § 4-3 står det at «samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). «Det ser ikke ut til å være noen felles forståelse av hvordan man skal forholde seg til innholdet i begrepet «samtykkekompetanse», og dette kan bli en utfordring når lovverket skal tolkes» (Sjølie & Haugland, 2017). Lovendringen medførte at pasienten må være fratatt samtykkekompetansen, for å kunne bli lagt inn på tvungen observasjon i følge § 3-2 i psykisk helsevernloven.

### **5.6 Styrker og svakheter ved valgt metode**

I denne oppgaven er det innhentet både kvalitative og kvantitative studier, for å kunne besvare problemstillingen. En styrke ved å inkludere begge metodene, er at det gir både en bredde- og dybdeforståelse. I oppgaven var det nødvendig å få frem det kvantitative, for å få en indikasjon på hvordan den opplevde livskvalitet og stigmatisering var hos pasientgruppen. Gjennom det kvantitative metoden ga det rom for å tallfeste data som ble funnet i forskningsartiklene. Det var også hensiktsmessig å innhente kvalitative artikler for å finne en helhet og forståelse i tematikken, samt pasientenes personlige erfaringer i henhold til diagnosen og helsepersonell (Dalland, 2017, s.53). Om jeg hadde valgt en kvantitativ metode, ville det blitt utfordrende å besvare problemstillingen da den tar sikte på breddeforståelse. På den andre siden ville det også vært problematisk å bare ha en kvalitativ metode, da den ikke gir rom for statistiske fremstillinger og mengde innsamling av informasjon.

### **6.0 Oppsummering**

I denne besvarelsen er søkelyset blitt rettet mot hvordan helsepersonell kan legge til rette for bedre livskvalitet og mestring for mennesker med schizofreni. For å kunne besvare oppgaven i sin helhet, fordret dette en helhetlig tilnærming til problemstillingen, spesielt siden faktorer som opplevd stigma og livskvalitet har betydning for diagnosens forløp.

Slik det fremkommer av innhentede data fra forskning og teori, indikerer dette at sammenhengen mellom begrepene og schizofrenidiagnosen er påvisbar. Punkt 5.1 tar for seg hvordan stigma kan arte seg, og hvordan helsepersonell kan motivere til sunne mestringsforventninger hos pasientene. Også konsekvenser av opplevd stigma og dårlig nettverks betydning er blitt drøftet under punkt 5.2. Besvarelsen viser også at det er en samstemt oppfatning i internasjonale forskningsmiljø at schizofreni best behandles av helsepersonell med medikamenter i tillegg til psykoterapi, mestringsteknikker, og ikke minst støtte, tillit og empati med dem som har utviklet diagnosen.

## 7.0 Referanseliste

- Andersen, A., J., W. (2018). Psykisk helse. *Store medisinske leksikon*.  
[https://sml.snl.no/psykisk\\_helse](https://sml.snl.no/psykisk_helse)
- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide*. ProQuest Ebook Central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/hogsbergen-ebooks/reader.action?docID=6212137>
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Habib, J., Loundou, A., Boucekine, M., Boyer, L. & Fond, G. (2019). Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 270, 513-520.  
<https://link-springer-com.galanga.hvl.no/content/pdf/10.1007/s00406-019-01035-8.pdf>
- Clair, M. (2018). Stigma. *Core Concepts in Sociology*.  
[https://scholar.harvard.edu/files/matthewclair/files/stigma\\_finaldraft.pdf](https://scholar.harvard.edu/files/matthewclair/files/stigma_finaldraft.pdf)
- Clarke, V. & Braun, V. (2016). Thematic analysis. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 297-298. <https://www-tandfonline-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1080/17439760.2016.1262613>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal.
- Diener, E. & Ryan, K. (2009). Subjective Well-Being: A General Overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406 <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/008124630903900402>
- FHI. (2009). Livet med schizofreni: erfaringer fra mennesker med diagnosen.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/livet-med-schizofreni.-erfaringer-fra-mennesker-med-diagnosen.pdf>
- FHI. (2019). Fakta om livskvalitet og trivsel.  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Fredriksen, G., M. (2009). Å arbeide med stemmer. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 6(03), 260-267. <https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/36641973/art09.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). Mestre hele livet: regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022).  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64).  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Håkonsen, K., M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. Gyldendal.

- Ilnér, S., O. (2014). *Depotbehandling med antipsykotika: ved schizofreni og andre psykotiske lidelser*. Gyldendal.
- Imsen, G. (2014). *Elevenes verden: innføring i pedagogisk psykologi*. Universitetsforlaget.
- Jordahl, H. & Repål, A. (1999). *Mestring av psykoser: psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Fagbokforlaget.
- Meld. St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdf/s/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Morgades-Bamba, C., I., Fuster-Ruizdeapodaca, M., J. & Molero, F. (2019). The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Research*, 271, 621-627.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178118319589>
- Møller, P. (2018). *Schizofreni - en forstyrrelse av selvet: forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Universitetsforlaget.
- Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E. & Rise, M., B. (2019). "I live, I don't work, but I live a very normal life" - A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. *Perspectives in Psychiatric Care*.  
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/ppc.12444>
- NHI (2020, 2.april). Schizofreni, en oversikt.  
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>
- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: kunnskapsbasert praksis grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s.15-47). Fagbokforlaget.
- Næss, S. (2011). Teorier. I Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s.69-83). Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettigheter>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (LOV-1999-07-02-62). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>
- Psykose-bipolar (u.å). Stigmatisering.  
<https://psykose-bipolar.no/artikkel/4ck13fb9kogmoaei8mqkec>

- Sariah, A., E., Outwater, A., H. & Malima, K., I. (2014). Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 14(1).  
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-014-0240-9.pdf>
- Seo, M, -A. & Lim, Y. -J. (2019). Optimism and life satisfaction in persons with schizophrenia living in the community. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(7-8), 615-620. <https://journals-sagepub-com.galanga.hvl.no/doi/pdf/10.1177/0020764019868256>
- Sjølie, H. & Haugland, K., K. (2017). Endringer i psykisk helsevernloven. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 14(04), 288-289. [https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/67037196/endringer\\_i\\_psykisk\\_helsevernloven.pdf](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/file/pdf/67037196/endringer_i_psykisk_helsevernloven.pdf)
- Snoek, J., E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene*. Cappelen Damm.
- Støren, K., S., Rønning, E. & Gram, K., H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. (Rapport 2020/35). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/attachment/433414?ts=174f89c29d0>
- St.Meld.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Svartdal, F. (2018). Mestring. *Store norske leksikon*.  
<https://snl.no/mestring#:~:text=Mestring%20er%20et%20mye%20brukt,som%20vedkommende%20m%C3%B8ter%20i%20livsl%C3%B8pet.>



## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1, KBP-læringsverktøy

#### KBP-læringsverktøy

Skriv kort, beskrivende og presist

##### 1. Informasjonsbehov

Beskriv den kliniske situasjonen som førte til et informasjonsbehov: Jeg ønsket å se nærmere på hvordan livskvalitet og mestring er hos personer med schizofreni, og hvordan helsepersonell kan tilrettelegge for økt livskvalitet og mestring.

##### 2. Spørsmålsformulering

Hvilken type [kjernes spørsmål](#) er spørsmålet ditt?

Forekomst  Årsak  Diagnostikk  Effekt av tiltak  Prognose  Erfaringer og holdninger

For spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk, effekt og prognose, fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

<b>P</b>	Population	Pasienter med schizofreni
<b>I</b>	Intervensjon	Medikamentell behandling og kognitiv terapi
<b>C</b>	Sammenligning	Ingen
<b>O</b>	Utfall	Øke livskvalitet og mestring

For spørsmål om erfaringer og holdninger, fyll inn de relevante [PICO-elementene](#):

<b>P</b>	Populasjon	
<b>I</b>	(Fenomen av) interesse	
<b>Co</b>	Kontekst	

Formuler PICO/PICO-spørsmålet ditt: «henger schizofreni, livskvalitet og stigma sammen?» og «Hvordan kan helsepersonell tilrettelegge for livskvalitet og mestring hos personer med diagnosen schizofreni under behandling?».

##### 3. Litteratursøk

Kryss av for kilder du søkte i:

Oppsummert forskning		Primærstudier	
<input type="checkbox"/> UpToDate	<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)	<input type="checkbox"/> PubMed/MEDLINE Clinical Queries	<input checked="" type="checkbox"/> Andre (spesifiser)
<input checked="" type="checkbox"/> BMJ Best Practice		<input checked="" type="checkbox"/> PsycINFO	Idunn
<input type="checkbox"/> Cochrane Library		<input type="checkbox"/> CINAHL	Google Scholar
<input type="checkbox"/> Epistemonikos		<input checked="" type="checkbox"/> SocINDEX	

Hvorfor valgte du disse kildene?

Først valgte jeg å foreta søk i BMJ Best Practice, da denne databasen befinner seg øverst i kunnskapspyramiden. I BMJ finnes det medisinsk og helsefaglig artikler for primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre søkte jeg i PsycINFO, hvor en finner fagelleverdert litteratur om atferdsforskning og mental helse. På HVL biblioteket kom jeg over SocINDEX og Idunn. SocINDEX er en database som inneholder artikler innen sosiologi og andre nært beslektede fagområder. I Idunn finner en kvalitetssikrede artikler fra tidsskrift fra Norden.

Beskriv søkeordene og hvordan du kombinerte dem

Beskrevet i søkelogg.

Beskriv inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Beskrevet under 3.3.

---

Resultat fra søk: Legg ved valgt artikkel i fulltekst, eller lenke til artikkel, oppslagsverk eller retningslinje. Finner i søkelogg og referanseliste.

#### 4. Kritisk vurdering (legg eventuelt ved utfyllt sjekkliste)

Hva er tema/problemstilling i artikkelen, retningslinjen eller oppslagsverket?

Gjennomgått i sjekkliste og under 4.0.

---

Hvilket studiedesign er brukt?

For å besvare oppgavens problemstilling, er det innhentet kvalitative og kvantitative studier.

---

Hva forteller resultatene? (Hvis relevant: angi effektestimater og informasjon om statistisk usikkerhet)

Gjennomgått i sjekkliste og under 4.0.

---

Kan du stole på resultatene? (Begrunn hvorfor du kan eller ikke kan stole på resultatene)

I henhold til gjennomførte sjekklister, kan jeg stole på resultatene fra artiklene.

---

Kan du bruke resultatene i din praksis? (Angi relevante momenter knyttet til overførbarhet)

Resultatene viser at en kombinasjonsbehandling med medikamenter og terapi har positiv effekt. Dette er god kunnskap som en kan anvende i praksis.

#### 5. Anvende

Hvordan vil du konkludere, og kan du integrere kunnskap fra artikkelen, oppslagsverket eller retningslinjen med din kliniske erfaring, pasientverdier og -preferanser i kliniske avgjørelser? (Skisser Leks. forslag til handlingsplan)

Dette er kunnskap som kan bidra til at personer med schizofreni kan få en god behandling, og få økt livskvalitet og mestring.

---

Hvis du har endret praksis, beskriv endringene:

Jeg har fått mer kunnskap om ulike behandlingsmetoder, hvilket jeg i fremtiden ønsker å foreslå for målgruppen.

#### 6. Evaluering

Hvis du har endret eller planlegger å endre din praksis, hvordan vil du evaluere dette? Evaluer også hvordan du selv har fulgt og gjennomført trinn 1-6 over. Hva var bra og hva vil du gjøre annerledes neste gang?

Jeg ønsker å evaluere dette ved å følge opp pasienter etter behandling. Da får jeg et innblikk i hvordan behandlingen har påvirket pasienten.

Jeg syntes at gjennomføringen av trinnene har vært bra. Det er lærerikt å reflektere og beskrive de ulike artiklene, da dette gir rom for å kritisk evaluere funnene.

## Vedlegg 2, søkelogg

Database	Søkeord	Antall treff	Inkluderte artikler
Idunn	Schizofreni + stemmehøring	8	«Å arbeide med stemmer» Fredriksen, 2009.
PsycINFO	Schizophrenia AND quality of life AND well being	63	«Relationships between social stigma, stigma experience and self-stigma and impaired quality of life in schizophrenia across three Latin-American countries» Caqueo-Urizar et al., 2019.
PsycINFO	Schizophrenia AND optimism	16	«Optimism and life satisfaction in persons with schizophrenia living in the community» Seo & Lim 2019.
SocINDEX	Schizophrenia AND risk factors	257	«Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia: A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania» Sariah et al., 2014.
PsycINFO	Schizophrenia AND well being AND stigma	6	«The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia» Morgades-Bamba et al., 2019.
SocINDEX	Schizophrenia AND drug therapy OR medication	1888	«I live, I don't work, but I live a very normal life" - A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery

			processes» Møllerhøj et al., 2019.
--	--	--	--