



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Utfolding til tross for begrensninger

To flourish despite limitations

Kandidatnummer: 441

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap Campus Førde

Innleveringsdato: 07.06.2022

Antall ord: 5619

Jeg 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.

Sammendrag:

Tittel: Utfolding til tross for begrensninger

Bakgrunn: Oppgaven er i stor grad inspirert av egen erfaring i praksis med brukere i døgnbemannet botiltak. Tilfriskningsprosessen ved schizofreni har tidligere vært preget av pessimisme, men det er stadig økende aksept for at også pasienter med schizofreni har en bedringsprosess.

Problemstilling: Hvordan fremme recovery hos pasienter med schizofreni?

Metode: Litteraturstudie med utgangspunkt i eksisterende kunnskap, forskning og litteratur.

Funn: Relasjoner i helsevesenet står sentralt for brukere i recovery. Brukere, sykepleiere og andre involvert i behandling og oppfølging viser varierende syn på hva recovery kan være. Brukere og sykepleiere vektlegger recovery som en personlig prosess. Brukere ser ut til å ha god nytte av ferdighetstrening, da spesielt målsetting og symptomhåndtering. Forskning viser også en signifikant sammenheng mellom brukerens funksjonsnivå og livskvalitet.

Konklusjon: Relasjonen står sentralt på veien mot recovery, både i faglitteratur og brukerens subjektive mening. En bør tilstrebe en gjensidig relasjon som aktivt fremmer brukermedvirkning. Ved å gi tilpasset, forståelig informasjon fremmer vi brukerens mulighet til å delta i beslutningene som angår dem. Dette er både et etisk og juridisk ansvar. Recovery har ingen klar definisjon. Pasienter, sykepleiere og andre involverte i behandling og oppfølging viser varierende syn. Sykepleieren må gjøre seg kjent med de ulike perspektivene slik at de kan benytte det som er hensiktsmessig for det enkelte individ i den gitte situasjon.

Nøkkelord: Schizofreni, recovery, sykepleier

Abstract:

Title: To flourish despite limitations

Background: The thesis is heavily inspired by first-hand experience working with patients in adapted living quarters staffed 24 hours a day. Views on recovery in patients with schizophrenia has previously been pessimistic. Today, there is a growing acceptance surrounding recovery.

Thesis: How to promote recovery in patients diagnosed with schizophrenia?

Method: Literature study based on existing knowledge, research and literature.

Findings: Trustful relations with healthcare workers is a central theme regarding recovery. Patients, nurses and other people involved in treatment show different views on recovery. Patients and nurses emphasize recovery as a personal process. Patients seem to benefit from skill-training, especially goal setting and symptom management. Research also shows a significant correlation between the patients' level of functioning and quality of life.

Conclusion: In the clinical pathway towards recovery, trustful relations with healthcare workers is a central theme in both literature and the patients' own opinion. Nurses should strive to achieve a mutual relation that allows the patient to influence decisions. This is both an ethical and legal responsibility. Patients, nurses and others involved in treatment show different views on recovery. Nurses should know the different perspectives, and be able to use them when appropriate.

Keywords: Schizophrenia, recovery, nurse

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	2
2.0 PROBLEMSTILLING	2
2.1 AVGRENSNING	2
2.2 OPPGAVENS OPPBYGGING	3
3.0 TEORETISK GRUNNLAG	3
3.1 SCHIZOFRENI	3
3.2 RELASJONSARBEID	4
3.3 RECOVERY	5
3.4 PSYKOEDUKATIV TILNÆRMING	5
3.5 SENTRALE FØRINGER	6
4.0 METODE	7
4.1 FORBEREDELSE TIL LITTERATURSØK	8
4.2 LITTERATURSØK	8
4.3 FORSKNINGSARTIKLER	9
4.4 KILDEKRITIKK	10
4.5 ETISKE OVERVEIELSER	11
4.6 ANALYSE OG TOLKNING AV FUNN	11
4.7 SØK ETTER ANNEN LITTERATUR	12
4.8 STYRKER OG SVAKHETER:	12
5.0 FUNN	13
5.1 RELASJONER I HELSEVESENET	13
5.2 RECOVERY SOM KONSEPT	13
5.3 PERSONLIG RECOVERY	13
5.4 FERDIGHETER OG MESTRING (SELVSTYRING)	14
5.5 FUNKSJONELL RECOVERY OG LIVSKVALITET	14
6.0 DRØFTING	15
6.1 RELASJONENS BETYDNING	15
6.2 RECOVERY: KRITIKK OG PRAKTISK TILNÆRMING	16
6.3 FREMME SELVSTYRING OG MEDVIRKNING	18
7.0 KONKLUSJON	19

LITTERATURLISTE	21
VEDLEGG	24
VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA	24
VEDLEGG 2: CASP-SKJEMA	24

1.0 Innledning

Schizofreni er ansett som den mest alvorlige psykoselidelsen (Malt & Røssberg, 2022a). Ved psykose svikter vår grunnleggende forståelse av omgivelsene (Møller, 2018, s. 42).

Schizofreni er en av de mest kostnadskrevene sykdommene vi har i det vestlige samfunn (Malt & Røssberg, 2022a). Mange pasienter med schizofrene lidelser opplever svekket livskvalitet og vansker med samhandling sosialt, og etter behandling kan opp til 30% ha vedvarende plager. Diagnosen er ofte forbundet med nedsatt funksjon og kan regnes som en av de viktigere årsakene til kortere levetid i verden (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators, 2015 referert i Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108).

Selve ordet «schizofreni» er av gresk opprinnelse og betyr «fragmentert sinn» (Johannessen et al., 2016, s. 29). Gjennom historien har diagnosens prognose vært sterkt preget av pessimisme, og en har tidligere hatt overbevisninger om at sykdommen ikke lar seg behandle eller kurere. En artikkel fra Sawa & Snyder (2002) påstår blant annet at schizofreni er en livslang og totalt invalidiserende lidelse. Det har derimot i nyere tid vært stadig økende optimisme i fagfeltet, og det er mer akseptert at også pasienter med schizofreni har en bedringsprosess og kan leve psykosefrie liv (Johannessen et al., 2016, s. 35).

Til tross for at det stadig er optimisme forbundet med tilfriskning hos pasientgruppen, er det mange som trenger oppfølging og tilrettelegging livet ut (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 108). Dersom hjelpebehovet tilsier at det er nødvendig, bør kommunen tilby tilrettelagte boliger. For noen av disse pasientene kan dette innebære døgnbemannet kommunalt botiltak. Et botiltak er et eksempel på en tilrettelagt bolig, og jeg tar utgangspunkt i at boligen er døgnbemannet. Videre i oppgaven vil jeg referere til pasienter i botiltak som «brukere».

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Valg av tema for oppgaven min er i stor grad inspirert av egen erfaring fra praksis i et døgnbemannet, recovery-basert botiltak for brukere med psykiske lidelser. Det finnes ingen universal definisjon på recovery, men tilnærmingen tar ofte utgangspunkt i at brukere og pasienter kan oppleve høy livskvalitet til tross for psykiske plager (Bank et al., 2020b, s. 440). De ansatte fulgte brukerne opp daglig. Dette innebar alt fra dagligdagse oppgaver, som for eksempel rengjøring, medikamenthåndtering eller deltagelse på tilrettelagte arbeidsplasser. Erfaringene jeg fikk i denne praksisen har i stor grad formet meg som fremtidig sykepleier, og spilt en sentral rolle i valg av tema og problemstilling til min bacheloroppgave.

2.0 Problemstilling

Hvordan fremme recovery hos pasienter med schizofreni?

2.1 Avgrensning

Oppgaven vil ta utgangspunkt i voksne pasienter (>18 år) med diagnostisert schizofreni som bor i døgnbemannet botiltak i kommunehelsetjenesten. Schizofreni blir ikke omtalt som en enkel, avgrenset diagnose (Johannessen et al., 2016, s. 29–31). Det er flere typer diagnoser, og jeg velger å ikke gå inn på hver av dem. Videre i oppgaven vil jeg bruke begrepet som en samlebetegnelse på de ulike typer schizofrene diagnoser, da de har tilnærmet like symptomer og forløp (Malt & Røssberg, 2022a).

Jeg vil gjøre leseren oppmerksom på at oppgaven tar utgangspunkt i hvordan sykepleiere kan benytte recovery i døgnbemannet botiltak. Pasienter som lider av schizofreni er som tidligere nevnt forbundet med kortere levetid. De har ofte dårligere helse enn gjennomsnittet i befolkningen (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 118–119).

I følge Helsedirektoratet (2013, s. 37) er det hyppigere påvist somatisk sykdom hos pasientgruppen. I retningslinjene for diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser står følgende: «...utvikling av sykdommer som der livsstil, kosthold, røyking, andre samtidige sykdommer og arvelige tilstander er av stor betydning, bør vies særlig oppmerksomhet». Oppgaven vil ikke ta utgangspunkt i livsstil, kosthold, eller andre spesifikke funksjonsområder.

2.2 Oppgavens oppbygging

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. I neste kapittel gjør jeg rede for relevant fagkunnskap i form av litteratur, sentrale føringer og andre relevante dokumenter. Jeg vil så legge frem fremgangsmåten min for systematisk litteratursøk i metodekapittelet. Deretter tar jeg for meg de aktuelle forskningsartiklene jeg har valgt å bruke, og vil gå over relevante resultater fra disse. Resultatene fra artiklene vil bli lagt frem som egne temaer som etterpå blir drøftet. Oppgaven avsluttes med en konklusjon hvor problemstillingen vil bli besvart. Nederst i dokumentet er det to vedlegg jeg vil henvise til i oppgaven.

3.0 Teoretisk grunnlag

Jeg vil nå legge frem relevant fagkunnskap, litteratur, sentrale føringer og andre relevante dokumenter. Det teoretiske grunnlaget presentert i dette kapitelet vil senere benyttes i drøftingen.

3.1 Schizofreni

Som tidligere nevnt, er schizofreni ansett som den mest alvorlige psykoselidelsen (Malt & Røssberg, 2022). Ved psykose blir vår forståelse av virkeligheten og verden rundt forstyrret (Malt & Røssberg, 2022b; Hartberg, 2020, s. 121–122). Diagnosen rammer årlig om lag 500-600 individ i Norge (Malt & Røssberg, 2022a). Sykdommen debuterer som regel tidlig, og de fleste blir syk før 30-årene.

Symptomene kan deles inn i «positive» og «negative» (Johannessen et al., 2016, s. 30). En av de hyppigere positive symptomene kan være i form av hallusinasjoner. Den vanligste hallusinasjonen hos schizofrene er hørselshallusinasjoner i form av å høre stemmer (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 109). Majoriteten vil også ha vrangforestillinger. Ved en vrangforestilling har pasienten en forestilling om verden som ikke stemmer overens med virkeligheten. Vedkommende vil ofte holde fast ved vrangforestillingen til tross for motstridende kunnskap eller bevis (Aarre & Farshbaf, 2018, s. 110).

De negative symptomene kan være apati, mimikkfattighet og manglende engasjement. Dette kan innebære asosial atferd og føre til tilbaketrekking (Johannessen et al., 2016, s. 31). De negative symptomene kan være betydelige for pasientens livskvalitet og funksjon, og kan føre til sosial tilbaketrekking (Johannessen et al., 2016, s. 30; Aarre & Farshbaf, 2018, s. 111). Det er ofte en utpreget relasjonssvikt hos personer med schizofreni (Møller, 2018, s. 42). Når vår grunnleggende forståelse av verden rundt oss blir forvridd, preger dette relasjoner.

3.2 Relasjonsarbeid

Relasjonsbygging er selve kjernen i sykepleierens arbeid innen psykisk helsearbeid (Gonzalez, 2020b, s. 57). Relasjonen mellom pleier og pasient er avgjørende for pasientens bedring. Kvaliteten av tjenesten en leverer hviler dermed på relasjonen. Pasienter med psykisk sykdom kan oppleve relasjonelle utfordringer i møte med helsepersonell (s. 58). De kan ha en bakgrunn preget av negative, usunne relasjoner. Disse tidligere, usunne relasjonene kan gjøre det utfordrende å etablere tillit, men kan også påvirke følelsen av vårt eget selv (Gonzalez, 2020c, s. 275).

3.3 Recovery

Recovery er et relativt nytt begrep innen psykiatrien og begrepet har ingen enstydig definisjon (Bank et al., 2020b, s. 440). Innen rus og psykiatri blir begrepet brukt for å beskrive en prosess pasientene går gjennom hvor de kan leve liv der de vurderer egen livskvalitet som tilfredsstillende. Dette til tross for utfordringer diagnoser eller avhengighet kan medføre. En kan ha ulike oppfatninger av hva begrepet betyr, og det finnes ulike måter å forholde seg til recovery i en sykepleiefaglig praksis.

Klinisk recovery er ofte brukt fra et faglig perspektiv og kan for eksempel ha fokus på symptomer og funksjon (Bank et al., 2020b, s. 440). Begrepet er ofte brukt når en skal vurdere et tiltak eller en behandling, og man antar som regel at klinisk recovery i den forstand skal være målbart. Her kan recovery beskrives som totalt fravær av symptomer og gjenopprettet funksjon (s. 440).

Andre syn på recovery setter pasienten mer i fokus. Personlig recovery er en prosess hvor pasienten sin subjektive opplevelse er essensiell, og kan innebære å leve et liv med mening til tross for plager (Bank et al., 2020b, s. 441). Personlig recovery kan ansees som en motsetning til klinisk recovery, da den setter pasienten sin egen opplevelse og oppfatning av recovery i fokus (s. 441).

3.4 Psykoedukativ tilnærming

Ved psykoedukativ tilnærming søker en å styrke pasientens egne ressurser gjennom en kunnskapsformidlende metode (Gonzalez, 2020a, s. 368). Dette innebærer gjerne undervisning om den aktuelle diagnosen, symptomene som kan forekomme og mestringsstrategier.

IMR (illness management and recovery) og er et standardisert, kunnskapsformidlende behandlingstilbud til pasienter med psykiske lidelser. Programmet baserer seg på å mestre egen sykdom og å jobbe mot recovery ved hjelp av mål en setter seg selv. En fokuserer blant annet på å mestre sykdom og symptomer, hindre tilbakefall, bruk av medikamenter og sosial ferdighetstrening (van Langen et al., 2016).

3.5 Sentrale føringer

De yrkesetiske retningslinjene er utgitt av Norsk sykepleierforbund (2019) og danner verdigrunnet til utøving av sykepleie (Sneltvedt, 2016, s. 97–98). Retningslinjene omfatter ulike aspekter av yrket, deriblant forholdet mellom sykepleier og pasient (s. 99). I forholdet mellom sykepleier og pasient vektlegges det at sykepleier respekterer pasientens integritet (Norsk sykepleierforbund, 2019). En skal også fremme pasientens selvstendige valg ved å gi tilpasset, forståelig informasjon (Norsk sykepleierforbund, 2019).

I 2017 ga nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) ut sin andre utgave av deres veileder for helsepersonell i recoveryorientert arbeid. Veilederen er opprinnelig skrevet av den engelske professoren Mike Slade i 2013, og er oversatt av NAPHA. Heftet inneholder råd, ideer og generell veiledning for hvordan helsepersonell kan gjøre seg kjent med recovery og hvordan en kan inkludere dette i egen yrkesutøving. Forfatteren refererer til veilederen som «et kart over ferden» mot recovery, og ikke en trinnvis plan (Slade, 2017, s. 10).

I 2013 publiserte Helsedirektoratet nasjonale, faglige retningslinjer for diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Retningslinjen skal være anvendelig på alle nivå i hjelpeapparatet, med mål om å bedre tjenesten personer med psykoselidelser mottar (Helsedirektoratet, 2013, s. 3).

Brukermedvirkning er regulert i pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Å kunne medvirke egen behandling eller tilbud er derfor en lovfestet rettighet (Bank et al., 2020a, s. 448). Ved å medvirke i egen tjeneste kan brukeren være deltagende i beslutninger som angår dem. Vi har et lovfestet og etisk ansvar for å fremme en praksis som bygger på brukerens ønsker og behov (s. 449). Brukermedvirkning har ingen klar definisjon, og kan utøves på ulike nivå (Lauveng, 2020, s. 136). Lauveng skiller mellom system- og individnivå. Reell brukermedvirkning på individnivå oppstår når helsepersonell og bruker samarbeider om å utarbeide en tjeneste, behandling eller oppfølging (s.136-137). En forutsetning til at brukere skal medvirke egen tjeneste er at de har fått nødvendig informasjon.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011, §3-1) regulerer kommunens overordnede ansvar for alle pasientgrupper, blant annet personer med psykiske lidelser. Lovens formål (§1-1) tar blant annet for seg respekten av pasientens integritet, sikre mulighetene til å bo selvstendig og nødvendig opplæring av pasienter. Dette er lovverk som sykepleiere er pliktet til å forholde seg til i utøvelsen av yrket (Molven, 2019, s. 17).

4.0 Metode

Når vi snakker om metode, mener vi fremgangsmåten som blir brukt når en skal besvare en problemstilling for å komme frem til kunnskap. Dalland (2020, s. 53–54) anser metode som vårt redskap når vi undersøker et fenomen. Metoden en benytter seg av skal derfor være hensiktsmessig for å besvare spørsmålet i oppgaven, og valg av metode er derfor ofte avhengig av nøyaktig hva man vil finne ut. Denne oppgaven er en litteraturstudie. En litteraturstudie systematiserer eksisterende kunnskap (Thidemann, 2019, s. 77). Videre i dette kapittelet skal jeg beskrive min fremgangsmåte og metode for å finne forskningsartikler og annen litteratur.

4.1 Forberedelse til litteratursøk

Som forberedelse før litteratursøkene brukte jeg PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016) for å presisere problemstillingen, samt danne søkeord. Se vedlegg 1. For å finne passende søkeord og fagbegrep på engelsk brukte jeg MeSH (Medical Subject Headings) på SveMed+. For å finne relevant forskning brukte jeg EBSCOhost som søkemotor. Databasene som ble brukt i begge litteratursøk er: CINAHL, MEDLINE og Academic Search Elite. Søkeordene ble som følger: schizophrenia, nurse, coping, quality of life, user experience og recovery.

Alle søk ble avgrenset til fagfellevurdert forskning, da dette var en forutsetning for å bli inkludert i oppgaven. Første inklusjonskriterium var at artiklene måtte omhandle recovery, ideelt sett hos pasienter med schizofreni eller lignende psykoselidelser. Jeg har derimot tatt et bevisst valg om å ikke begrense meg til forskning på recovery hos pasienter med schizofreni. Dette valget vil videre utdypes og begrunnes i delkapittelet om kildekritikk. Utvalget ble også avgrenset til engelsk litteratur, med voksne informanter over 18 år. All litteratur som omhandler personer under 18 år ble ekskludert.

4.2 Litteratursøk

Jeg gjorde to søk hvor jeg til sammen benyttet meg av fire artikler. Nedenfor vil jeg beskrive søkene og artiklene jeg inkluderer i oppgaven, samt bruken av de boolske operatørene «AND» «OR». For å få med både entall- og flertallsformen av søkeordene har jeg benyttet trunkering (Thidemann, 2019, s. 87). Etter å ha foretatt søkene vurderte jeg hvorvidt tittelen viste artikkelens relevans for problemstillingen min. Om tittelen ga inntrykk av at artikkelen kunne være relevant leste jeg videre på sammendraget for å få bedre innsikt i artikkelens formål, metode og funn. Artiklene som fremdeles fremstod relevante ble deretter skrevet ut og lest grundig gjennom.

Første litteratursøk ble foretatt 10. april 2022. Sammensettingen av søkeord i det første litteratursøk på EBSCO host var som følger: «schizophren*» AND «recovery OR personal recovery OR clinical recovery» AND «user experience». Årstallet ble begrenset til forskning fra 2017 eller nyere. Søket ga 12 treff. Fra dette søket inkluderte jeg Møllerhøj et al. (2020) sin kvalitative forskningsartikkel.

Andre litteratursøk er opphav til de tre resterende artiklene jeg har benyttet meg av, og ble foretatt 12. april 2022. Sammensetting av søkeord var som følger: «schizophren*» AND «nurs*» AND «coping» AND «recovery OR clinical recovery OR personal recovery». Årstallet ble begrenset til forskning fra 2015 eller nyere. Søket ga 23 treff. Fra dette søket inkluderte jeg artikler fra Ertekin Pinar & Sabanciogullari (2020), van Langen et al. (2016) og Jacob et al. (2015). Alle artiklene vil bli presentert i neste delkapittel.

4.3 Forskningsartikler

Artikkelen fra Møllerhøj et al. (2020) er fra første litteratursøk. Studiens formål er å kartlegge skandinaviske brukeres subjektive erfaring og opplevelse av schizofrenidiagnosen, bruk av antipsykotika og møter med helsevesenet. Forskerne benytter seg av semi-strukturerte kvalitative intervju. Til tross for at informantene skildrer en hverdag preget av utfordringer forbundet med schizofreni, vurderer de egen livskvalitet som høy. De vektlegger blant annet tillitsfulle relasjoner i helsevesenet, terapeutiske samtaler, antipsykotika i form av injeksjon hver 3. måned, og støtte fra pårørende som viktig.

Gjennom en observasjonsstudie avdekket Ertekin Pinar & Sabanciogullari (2020) en statistisk, signifikant sammenheng mellom pasienters funksjonsnivå og livskvalitet. Dette innebar at pasientens livskvalitet bedrer seg parallelt med funksjonsnivået. Studien konkluderer med at sykepleiere bør fokusere mer på pasienters funksjonsnivå.

Van Langen et al. (2016) sin studie har som formål å beskrive hvordan IMR-program kan forbedre recovery hos pasienter diagnostisert med schizofreni og andre psykoselidelser. Det ble brukt en deskriptiv fenomenologisk metode for å belyse informantenes subjektive erfaring. Målsetting, symptomhåndtering, ferdighetstrening og gruppesamtaler viste seg å være viktige aspekter ved IMR-programmet. Studien konkluderer med at sykepleiere bør ha større fokus på pasientens mål, fremdrift, ferdighetstrening og samtaler i gruppe.

Jacob et al. (2015) sin kvalitative studie undersøker recovery i sin helhet. Ved å intervjuere brukere, sykepleiere og andre involverte i behandling (støttekontakter, pårørende, o. l.) kartla de informantenes personlige syn på recovery. Studien brukte et hermeneutisk fenomenologisk design. Analyse av samsvarende data avdekket to hovedfunn: recovery som en indre, personlig prosess, og recovery som en ytre prosess med et klinisk fokus.

4.4 Kildekritikk

Å kritisk vurdere en kilde innebærer å gjøre rede for artikkelens kvalitet og relevans sett i lys av problemstillingen og hvilke kriterier som ble brukt ved valg av forskning (Dalland, 2020, s. 152–153). For å kritisk vurdere artiklens kvalitet brukte jeg den anerkjente CASP-modellen (Critical Appraisal Skills Programme) (Thidemann, 2019, s. 91–92). Ett av disse skjemaene er vedlagt i oppgaven som et eksempel, se vedlegg 2.

En styrke ved forskningen er at alle artiklene konkluderer med å anvende studiens resultater mot sykepleiepraksis (Ertekin Pinar & Sabanciogullari, 2020; Jacob et al., 2015; Møllerhøj et al., 2020; van Langen et al., 2016). Slik illustrerer forskerne hvordan resultatene videre kan bidra til å bedre tjenesten helsepersonell leverer. Som nevnt har jeg valgt å ikke begrense meg til litteratur som kun omhandler pasienter med schizofreni. Recovery vil som regel, i motsetning til et mer tradisjonelt perspektiv, ikke avgrenses til hvilken diagnose pasienten har (Slade, 2017, s. 16). Jeg har derfor inkludert en artikkel som omhandler recovery som

perspektiv i sin helhet, og ikke utelukkende som perspektiv hos pasienter med schizofreni. Jeg har i hovedsak benyttet meg av primærkilder, med unntak av kilder jeg ikke har tilgang til. At en kilde er sekundær kan innebære at innholdet allerede er analysert, bearbeidet og tolket (Dalland, 2020, s. 152).

4.5 Etske overveielser

Alle de inkluderte forskningsartiklene tar for seg etiske overveielser. Informantene har gitt et informert samtykke, og studiene er godkjente enten av nødvendige myndigheter eller etiske komitéer (Ertekin Pinar & Sabanciogullari, 2020; Jacob et al., 2015; Møllerhøj et al., 2020; van Langen et al., 2016). Informantene og opplysningene i studiene er anonymisert og kan ikke føres tilbake til enkeltindivid. Forskerne som har rekruttert informanter gjennom institusjoner har av hensyn til anonymitet ikke oppgitt hvilke institusjoner de har brukt (Jacob et al., 2015; Møllerhøj et al., 2020).

I følge Dalland (2020, s. 168) er det også sentralt i forskningsetikk at informantene ikke tilføres belastning ved å delta i studien. To av artiklene tar for seg dette temaet og oppgir at deltagelse ikke vil påvirke eventuell pågående behandling (Ertekin Pinar & Sabanciogullari, 2020; Møllerhøj et al., 2020).

4.6 Analyse og tolkning av funn

Etter gjennomgått kritisk vurdering av artiklene, brukte jeg Aveyards tematiske analysemodell (Thidemann, 2019, s. 96–99). Analysen ble skrevet for hånd, og er derfor ikke vedlagt i oppgaven. Analysen startet ved å identifisere tema basert på de ulike artiklenes resultater. Når jeg identifiserte temaer i hver enkelt artikkel, brukte jeg i hovedsak termer oppgitt i artiklene. Når en rekke tema fra hver artikkel var identifisert, ble sammenfallende tema gruppert. Videre ble hver av disse temaene grundig vurdert for å finne passende, informative og robuste titler. Disse temaene blir presentert i neste kapittel.

4.7 Søk etter annen litteratur

Flere av fagbøkene jeg har inkludert i oppgaven har jeg funnet i Høyskolen på Vestlandets pensumliste for sykepleiefaglig bachelorprogram. Annen litteratur jeg har benyttet meg av i oppgaven er hentet fra ORIA via Høyskolen på Vestlandets digitale bibliotek. Inkludert i oppgaven er også retningslinjer fra Helsedirektoratet, yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleieforbund og lovverk hentet fra Lovdata. Alle retningslinjer, lover, rapporter, artikler og annen litteratur fra internett er hentet direkte fra nettsiden, organisasjonen eller tidsskriftene som har publisert kilden for å sikre nyeste utgave.

4.8 Styrker og svakheter:

Både søkemotor og databasene jeg har benyttet meg av er fagressurser med tilgang gjennom Høyskolen på Vestlandets digitale bibliotek. Alle artiklene jeg har brukt er fagfelleurdert forskning fra anerkjente databaser og tidsskrifter. Dette innebærer at de er vurdert og kvalitetssikret av eksperter innen faget (Thidemann, 2019, s. 67).

Når man skriver en litterær oppgave innen sykepleie kan det i følge Dalland (2020, s. 149) være ideelt å begrense seg til forskning utgitt de siste fem år. Det kan dermed være en svakhet at to av artiklene jeg benytter er eldre enn fem år. Det viste seg å være utfordrende å finne relevant forskning som var nyere enn fem år, og søkene ble derfor justert ned til 2015-2022. Et alternativ kunne vært å benytte flere databaser og søkemotorer.

En annen svakhet med oppgaven er at jeg i større grad har benyttet meg av kvalitativ forskning. Til tross for at dette kan være hensiktsmessig for å besvare problemstillingen min, kunne det vært en styrke å inkludere både kvalitativ og kvantitativ. Selv om valg av metode i stor grad er avhengig av hva du skal undersøke, vil både kvalitativ og kvantitativ forskning hjelpe oss å bedre forstå samfunnet rundt oss (Dalland, 2020, s. 54).

5.0 Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere de mest relevante funnene i forskningsartiklene jeg har valgt å bruke. Funnene blir presentert som egne temaer, og noen av temaene er gjort rede for i flere av forskningsartiklene.

5.1 Relasjoner i helsevesenet

Majoritetene av informantene i Møllerhøj et al. (2020) sin studie vektlegger gode relasjoner i hjelpeapparatet som sentrale på veien mot recovery. Alle informantene var under poliklinisk oppfølging, og flere av dem hadde vært lagt inn på sengeposter én eller flere ganger. Flere informanter deler at de tidligere har hatt problematiske relasjoner i hjelpeapparatet, og dette ser ut til å ha preget dem i lengre tid. Det skal ha tatt årevis for noen av dem å bygge opp igjen egen selvtillit, og ikke minst tillit til helsepersonell (Møllerhøj et al., 2020).

5.2 Recovery som konsept

Pasienter, pårørende og sykepleiere kan ha forskjellig oppfatning av hva recovery kan være (Jacob et al., 2015). Både sykepleiere og pasienter vektla recovery som en indre, personlig prosess som i stor grad handler om å lære om seg selv, slik at en kan akseptere hvem en er og leve et liv hvor en mestrer ens utfordringer. Flere sykepleiere viste også et klinisk perspektiv, hvor de vektla å oppnå en optimal funksjon i det daglige og samfunnet generelt. Det var i hovedsak sykepleierne som var opplært i recoverybasert praksis som, sammen med pasientene, mente at recovery var en indre, personlig prosess (Jacob et al., 2015).

5.3 Personlig recovery

Informantene i Møllerhøj et al. (2020) har tilsynelatende kommet langt i bedringsprosessen og viser sterke tendenser til personlig recovery. De ser ut til å ha akseptert at de trenger

antipsykotika og langvarig kontakt med hjelpeapparatet. Fra et klinisk perspektiv er hverdagen deres preget av schizofreni og utfordringer diagnosen kan medføre, men til tross for dette vurderer de egen livskvalitet som relativt høy. Da studien ble gjennomført var ingen av informantene i fast jobb, og de ga uttrykk for at de kjente på en forventning om å delta i samfunnet via arbeid. Allikevel ser ikke denne forventningen ut til å prege dem negativt, da de har akseptert at en kan leve et meningsfullt liv uten å nødvendigvis bidra i arbeidsmarkedet.

Aksept for sykdom, begrensninger og hjelpebehov er også vektlagt som et sentralt element for pasientene mot personlig recovery i Jacob et al. (2015) sin studie om pasienter, pleiere og sykepleieres forhold til recovery. For pasientene selv er ikke recovery fravær av symptomer, men heller å lære om seg selv og akseptere egne begrensninger. Det blir beskrevet en psykologisk lettelse når en aksepterer diagnosen sin og innser nødvendigheten for medisinerer.

5.4 Ferdigheter og mestring (selvstyring)

Det ser ut til at flere pasienter kan ha god effekt av psykoedukativ tilnærming (Møllerhøj et al., 2020; van Langen et al., 2016). Flere pasienter har utviklet strategier for å takle plagsomme symptomer, som for eksempel hørselshallusinasjoner i form av stemmer. En av pasientene forklarer at hun bruker musikk for å redusere stemmene hun hører (Møllerhøj et al., 2020). Flere av informantene har gjennom IMR programmet lært å bedre mestre stress og påkjenninger. Etter å ha deltatt i programmet gir pasientene uttrykk for å ha opplevd mer mestring nå som de vet hva de kan gjøre dersom symptomene skulle dukke opp igjen (van Langen et al., 2016).

5.5 Funksjonell recovery og livskvalitet

Ertekin Pinar & Sabanciogullari (2020) fant statistiske signifikante funn mellom pasientens funksjon og livskvalitet. Når pasientens funksjonsnivå øker, vil dette også ha positiv

innvirkning på pasientens livskvalitet.

6.0 Drøfting

Jeg skal nå drøfte teoretisk grunnlag og forskning i lys av problemstillingen: «hvordan fremme recovery hos pasienter med schizofreni?»

6.1 Relasjonens betydning

I Møllerhøj (2020) sin artikkel kommer tillitsfulle, bærekraftige relasjoner i helsevesenet frem som sentralt i deres bedringsprosess. Det kommer tydelig frem at disse relasjonene støtter bedringsprosessen og fremmer et positivt pasientforløp i helsevesenet. Relasjonens betydning ser også ut til å stå sentral i faglitteratur (Gonzalez, 2020b, s. 57–59; Lauveng, 2020, s. 250–252). Gonzalez (2020b, s. 58) omtaler relasjonen som utgangspunktet for samarbeid med pasienter og brukere. Ansattes kompetanse rundt danning og vedlikehold av gode, terapeutiske relasjoner er avgjørende for å kunne utøve en praksis preget av kvalitet (s. 58). I følge Slade (2017, s. 21) bør helsepersonell forsøke å bli ledet av brukeren, og at relasjonen mellom helsepersonell og bruker skal være preget av gjensidighet, hvor begge parter aktivt bidrar.

I følge Helsedirektoratet (2013, s. 28) er en forutsetning for å utvikle terapeutiske relasjoner at brukeren blir møtt med respekt. Dette er også et etisk ansvar understreket av de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det er ikke gitt at brukere og pasienter en møter i arbeid er lik oss selv (Gonzalez, 2020b, s. 61). Som helsepersonell kan man møte personer med ulike holdninger og væremåte enn det vi selv har. Det er grunnleggende at helsepersonell klarer å se forbi ulikhetene, og vise pasienten en grunnleggende respekt. I følge Gonzalez (2020b, s. 60–61) inngår denne grunnleggende respekten i sykepleierens profesjonelle rolle i relasjonsarbeid. At sykepleieren er bevisst på

sin profesjonelle rolle er i følge yrkesetiske retningslinjer også et etisk ansvar (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Som tidligere nevnt i oppgaven, kan personer med psykiske lidelser ha en bakgrunn preget av problematiske relasjoner (Gonzalez, 2020b, s. 58). Lauveng (2020, s. 254–255) omtaler dette som relasjonstraumer. Dette kan gjøre det utfordrende å etablere ny tillit, og beskrives i Møllerhøj et al. (2020). Informantene beskriver tidligere, utfordrende relasjoner i helsevesenet, hvor det har tatt vedkommende år å bygge opp igjen tillit til helsevesenet.

Å danne, samt vedlikeholde en relasjon vil for folk flest være utfordrende (Møller, 2018, s. 42). Møter mellom mennesker blir beskrevet som «komplekse og fulle av hendelser som må tolkes og forstås» (Møller, 2018, s. 42). Ved en psykoselidelse vil vår oppfattelse og forståelse av verden rundt oss påvirkes (Hartberg, 2020, s. 121–122). Når en ikke lenger opplever og forstår virkeligheten slik andre gjør det, vil dette prege relasjoner (Møller, 2018, s. 42). Det fremstår også veldig utfordrende for den psykotiske personen å formidle disse vanskene. Dersom brukeren lenge har slitt med sykdom og har få relasjoner i livet sitt, anbefaler Lauveng (2020, s. 252) at ansatte jobber i team. Dette gjelder spesielt ved brukere som sliter med alvorlige lidelser. Å jobbe i team kan tillate ansatte å planlegge tiden fremover. Hvem som er ansatt på arbeidsplassen vil av naturlige årsaker variere. Ansatte kan gå av med permisjon, pensjonere seg eller bytte jobb (s. 252). Ved å planlegge fremover kan en unngå unødvendige brudd i relasjonen. Da hviler ikke lengre relasjonenes stabilitet og kontinuitet på enkeltindivid, men blir vedlikeholdt av et team til tross for sporadisk utskiftning av personalet (s. 252).

6.2 Recovery: kritikk og praktisk tilnærming

I Jacob et al. (2015) kommer det frem at noen av informantene involvert i pasientens behandling mener recovery ikke er mulig. Disse informantene var blant annet støttekontakter og familiemedlemmer. Det fremstår noe usikkert hva informantene legger i

begrepet «recovery», og de har tilsynelatende vansker med å gi en definisjon når forskeren ber de utdype (Jacob et al., 2015). Dette var derimot ikke et tema hos brukerne og sykepleierne som deltok i intervjuet. Brukerne vektla i stor grad recovery som en personlig prosess. Sykepleierne viste et todelt syn, hvor noen hadde et personlig og andre hadde et klinisk perspektiv. Det var i hovedsak sykepleiere som hadde opplæring innen recovery som så på bedringsprosessen som personlig (Jacob et al., 2015).

En vesentlig forskjell mellom klinisk og personlig recovery, er at det kliniske perspektivet er sett fra klinikere, pleiere eller behandleres øyne. Det er derfor fagfolket som vurderer hvorvidt pasienten er i bedring eller ei (Bank et al., 2020b, s. 440–441). Klinisk recovery fremstår noe «tradisjonell», og dette er et aspekt ved tilnærmingen som er kritisert (Lauveng, 2020, s. 196). Perspektivet vektlegger i liten grad brukerens erfaring (Bank et al., 2020b, s. 440). En del av kritikken rettet mot perspektivet tar utgangspunkt i dette. At pasienten opplever bedring eller mestring er, for eksempel, ikke avhengig av at han eller hun er symptomfri. Perspektivet er også blitt kritisert for å ha for stort fokus på symptomer og utfordringer uten å ta hensyn til at bedringsprosessen som regel ikke er lineær (s. 440). Det kan også diskuteres hvorvidt det er tilstrekkelig å rette fokus mot individet med et personlig perspektiv. Lauveng (2020, s. 196) sier følgende: «et annet problem er at psykiske lidelser ikke bare er et individuelt og personlig problem, men henger sammen med samfunnsstrukturer som arbeidsledighet, sosial ulikhet, fattigdom, migrasjon, stigma og annet».

De ulike perspektivene innen recovery skal ikke ansees som «rett» eller «galt» (Lauveng, 2020, s. 193–194). De bør heller ansees som verktøy og velges etter formål og hensikt (s. 194). Gjennom forskningen presentert i denne oppgaven ser vi at både et personlig og klinisk perspektiv innen recovery kan gi gunstige resultater hos pasienter og brukere i bedringsprosessen. Møllerhøj et al. (2020) demonstrerer hvordan et personlig perspektiv innen recovery kan belyse pasientens egen opplevelse, og hvordan vi som helsepersonell kan bruke disse opplevelsene til å tilpasse og forbedre tjenestene vi leverer til pasienter og brukere med psykiske plager. Studiens informanter kan være et godt eksempel på pasienter

som antageligvis ikke har oppnådd klinisk recovery, men er kommet langt i den personlige bedringsprosessen. Det blir blant annet beskrevet at pasientenes hverdag i betydelig grad er preget av utfordringer forbundet med psykisk sykdom. Selv om pasientene kan oppleve begrensninger på grunn av diagnosen de har, vurderer de egen livskvalitet som høy. Ertekin Pinar & Sabanciogullari (2020) har derimot fokusert på å observere pasientenes funksjonsnivå, og dermed avdekket en signifikant sammenheng mellom deres livskvalitet og funksjon. Begge studiene bidrar med funn vi kan bruke til å videre utvikle tjenester innen psykisk helsearbeid (Ertekin Pinar & Sabanciogullari, 2020; Møllerhøj et al., 2020).

6.3 Fremme selvstyring og medvirkning

Psykoedukativ tilnærming ser ut til å kunne ha god effekt på å lære brukere nye ferdigheter og fremme selvstyring. Mange brukere ser ut til å ha god nytte av ferdighetstrening (Møllerhøj et al., 2020; van Langen et al., 2016). Møllerhøj et al. (2020) vektlegger blant annet mestringsstrategier som viktig for pasientene som deltok i studien. Til tross for at flere av informantene fortsatt sliter med hørselshallusinasjoner i form av stemmer, har flere pasienter lært strategier for å kunne håndtere symptomet. Dette gjenspeiles også i van Langen et al. (2016) hvor majoriteten av studiets deltagere mente at de opplevde mer mestring med å håndtere symptomer etter de hadde gjennomgått IMR-program.

For deltagerne i IMR-program, var målsetting en av de viktigste ferdighetene de lærte seg. Før deltagelsen var det utfordrende å danne og fullføre målene de satt for seg selv. Ved å bryte større drømmer ned til mindre, oppnåelige og trinnvise mål, kunne de gjøre gunstige valg om hvordan de best mulig kunne oppnå de målene de satt seg selv. Slade (2017, s. 54) råder til at pasienten selv setter målene sine, fremfor at helsepersonell utarbeider en plan med mål. Sykepleierens rolle bør da fokuseres på å støtte i danning, utvikling og oppnåelse av pasientens egne mål (s. 54). Dette gjenspeiles også i de yrkesetiske retningslinjene mellom sykepleier og pasient, hvor det står følgende: «sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser» (Norsk sykepleierforbund, 2019). Brukere bør, i følge Helsedirektoratet (2013, s. 22), være aktive i eget tilbud, og ikke passive mottakere. Å

kunne medvirke i egen behandling er en lovfestet rettighet forankret i Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Sykepleiere må derfor gjøre seg kjent med brukervirkning, og hvordan reell medvirkning kan oppnås i samspill med pasienten.

Personlig opplever jeg det ofte som en motiverende faktor at brukeren har satt sine egne mål og selv jobber mot dem. Jeg får inntrykk av at brukerne opplever mer mestring dersom de har mer ansvar og er mer aktiv i egen tjeneste. Det er likevel viktig å ta hensyn til hvorvidt brukeren er klar for større ansvar (Slade, 2017, s. 40). Blir brukeren bedt om å overta et større ansvar enn det vedkommende er klar for der og da, kan det virke imot sin hensikt. Dette gir imidlertid ikke helsepersonell grunnlag til å stille lavere forventninger til brukere. Det ansvaret brukeren blir oppfordret til å ta bør samsvare med hvor vedkommende befinner seg i bedringsprosessen (Slade, 2017, s. 40).

Som nevnt tidligere er noe av kritikken mot klinisk recovery at perspektivet ikke tar høyde for at bedring i få tilfeller er lineært (Bank et al., 2020b, s. 440). Psykisk sykdom kan påvirke evnen til å ta rasjonelle valg, og i perioder mer preget av sykdom kan det være utfordrende å fremme reell brukermedvirkning (Bank et al., 2020a, s. 448–450). I slike tilfeller er relasjon og kommunikasjon med brukeren essensielle (Bank et al., 2020a, s. 449). Informasjonen som blir gitt må tilpasses den enkeltes forutsetninger for at vedkommende skal forstå. I følge Helsedirektoratet (2013, s. 23) er tilpasset informasjon en forutsetning for reell brukermedvirkning. Ved å gi tilpasset og forståelig informasjon, kan vi derfor også styrke brukerens evne til å ta selvstendige valg, og dermed kunne medvirke eget tilbud.

7.0 Konklusjon

Relasjonen mellom bruker og sykepleier står sentralt i faglitteratur, men fremstår også som essensiell for brukere i deres bedringsprosess. Relasjoner ser ut til å være utfordrende ved psykoselidelser, og det er ofte en uttalt relasjonssvikt hos brukergruppen. En bør tilstrebe en

gjensidig relasjon, hvor begge parter deltar aktivt. Slik vil en også kunne fremme selvstyring og brukermedvirkning. Sykepleieren bør støtte brukeren i å danne, utvikle og oppnå egne mål. Å fremme reell brukermedvirkning er et juridisk og etisk ansvar.

Skulle det være utfordrende å fremme brukermedvirkning i perioder mer preget av sykdom, bør oppmerksomheten rettes mot relasjon og kommunikasjon. Ved å gi tilpasset og forståelig informasjon, fremmer vi at brukeren tar selvstendige valg og får medvirke eget tilbud. Rett til informasjon, er på lik linje med brukermedvirkning, også en et lovpålagt og etisk ansvarsområde for sykepleiere.

Recovery har ingen klar definisjon, og oppfatningen av hva det kan være varierer mellom brukere, sykepleiere og pårørende. Brukere vektlegger i stor grad recovery som en personlig prosess. Sykepleiere kan vise et todelt syn, hvor recovery defineres som både personlig og klinisk. Det er i hovedsak sykepleiere med opplæring innen recovery som anser prosessen som personlig. De ulike perspektivene innen recovery er å anse som verktøy. De må derfor velges etter formål og hensikt. Sykepleieren må gjøre seg kjent med perspektivene, slik at de kan anvendes det enkelte individ og hva som er hensiktsmessig for vedkommende i den gitte situasjon.

Litteraturliste

- Bank, R.-M., Karlsson, B. E., & Borg, M. (2020b). Recovery. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 438–475). Gyldendal.
- Bank, R.-M., Sælør, K. T., & Ness, O. (2020a). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 447–452). Gyldendal.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Ertekin Pinar, S., & Sabanciogullari, S. (2020). The relationship between functional recovery and quality of life in patients affected by schizophrenia and treated at a community mental health center in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 448–454.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12454>
- Gonzalez, M. T. (2020a). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 361–375). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020b). Relasjonsarbeid -sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57–67). Gyldendal.
- Gonzalez, M. T. (2020c). Selvfølelse. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 275–283). Gyldendal.
- Hartberg, C. B. (2020). Psykoselidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser: Faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 121–131). Gyldendal.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenestetjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957).
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%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%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%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%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Jacob, S., Munro, I., & Taylor, B. J. (2015). Mental health recovery: Lived experience of consumers, carers and nurses. *Contemporary Nurse*, 50(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1012040>
- Johannessen, J. O., Løberg, E.-M., & Nesvåg, R. (2016). Schizofreni—Et klinisk bilde og utbredelse. I B. R. Rund (Red.), *Schizofreni* (5. utg., s. 29–47). Hertervig Forlag, Akademisk.
- Lauveng, A. (2020). *Grunnbok i psykisk helsearbeid*. Universitetsforlaget.
- Malt, U., & Røssberg, J. (2022a). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*.
<https://sml.snl.no/schizofreni>
- Malt, U., & Røssberg, J. I. (2022b). Psykoselidelser. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/psykoselidelser>
- Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utg.). Gyldendal.
- Møller, P. (2018). *Schizofreni: En forstyrrelse av selvet*. Universitetsforlaget.
- Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E., & Rise, M. B. (2020). “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*, 56(2), 371–378.
<https://doi.org/10.1111/ppc.12444>

- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Sawa, A., & Snyder, S. H. (2002). Schizophrenia: Diverse Approaches to a Complex Disease. *Science*, 296(5568), 692–695. <https://doi.org/10.1126/science.1070532>
- Slade, M. (2017). *100 råd som fremmer recovery: En veiledning for psykisk helsepersonell* (Nr. 2/2017). NAPHA. <https://napha.no/multimedia/7492/rapport-2-2017-nett.pdf>
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., s. 97–113). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- van Langen, W. J. M., Beentjes, T. A. A., van Gaal, B. G. I., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G., & Goossens, P. J. J. (2016). How the Illness Management and Recovery Program Enhanced Recovery of Persons With Schizophrenia and Other Psychotic Disorders: A Qualitative Study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 552–557. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.005>
- Aarre, T. F., & Farshbaf, M. (2018). Psykoselidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., s. 107–134). Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-skjema

P	I	C	O
<u>Population/problem</u>	<u>Intervention</u>	<u>Comparison</u>	<u>Outcome</u>
<u>Patient</u> Schizofrenia	<u>Psychoeducation</u> <u>Illness management</u> and recovery (IMR)	Ikke relevant.	<u>Coping</u> <u>Recovery</u> <u>Empowerment</u> <u>Quality of life</u> <u>Symptom remission</u> <u>Social skills</u>

Vedlegg 2: CASP-skjema

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

Paper for appraisal and reference:
Section A: Are the results valid?

3. Was there a clear statement of the aims of the research?

Yes HINT: Consider
 Can't Tell
 No

- what was the goal of the research
- why it was thought important
- its relevance

Comments: Formålet med studien er å belyse brukererfaringer hos pasienter med schizofreni, grunner for å bruke antipsykotiske medisiner, og deres erfaringer i møte med psykiske helsejenester

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes HINT: Consider
 Can't Tell
 No

- if the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- is qualitative research the right methodology for addressing the research goal

Comments: Studien ønsker å få frem brukererfaringer hos en pasientgruppe. Kvalitativ metode er gunstig for å få dybdekunnskap om temaet

Is it worth continuing?

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

Yes HINT: Consider
 Can't Tell
 No

- if the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)

Comments: Forskerne brukte semistrukturerte intervju, som gir dybdeinformasjon om temaet. De brukte en intervjuguide som utgangspunkt. I tillegg ble det brukt ulike spørreskjema.

CASP
Critical Appraisal Skills Programme

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

Yes HINT: Consider
 Can't Tell
 No

- if the researcher has explained how the participants were selected
- if they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- if there are any discussions around recruitment (e.g. why some people choose not to take part)

Comments: Valg av deltakere var godt beskrevet. Informantene ble rekruttert gjennom en kontaktperson eller ansvarlig behandler. Forskerne hadde følgende inklusjonskriterier: ha en schizofrenidiagnose, stå på et spesifikt antipsykotikum, snakke det lokale språket, og ikke behandles under tvang.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes HINT: Consider
 Can't Tell
 No

- if the setting for the data collection was justified
- if it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview, etc.)
- if the researcher has justified the methods chosen
- if the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews are conducted, or did they use a topic guide)
- if methods were modified during the study, if so, has the researcher explained how and why
- if the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc.)
- if the researcher has discussed saturation of data

Comments: Forskerne brukte semistrukturerte intervju. Det ble tatt oppgitt av alle intervjuene, og de ble senere transkribert.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider**
- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during (a) formulation of the research questions (b) data collection, including sample recruitment and choice of location
 - How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Comments: Forfatterne sier at det ikke er noen interessekonflikter.

Section B: What are the results?

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider**
- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee

Comments: Alle informantene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før de ga skriftlig samtykke. Datakollase i studien ville ikke påvirke deres behandling. Studien er godkjent av de skandinaviske myndighetene.

4

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider**
- If there is an in-depth description of the analysis process
 - If thematic analysis is used, if so, is it clear how the categories/themes were derived from the data
 - Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
 - If sufficient data are presented to support the findings
 - To what extent contradictory data are taken into account
 - Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Comments: Forskerne beskriver dataanalysen på en tilstrekkelig måte. Første dataanalyse ble analysert av to av forskerne, før dette ble presentert for resten.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes

Can't Tell

No

- HINT: Consider whether**
- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researcher's arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analysis)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question

Comments: Funnene viser at deltakerne beskriver betydelige utfordringer i dagliglivet. De er likvel tomyd med livskvaliteten, noe som tilsier personlig recovery. Gode relasjoner, medisiner, samtaler og støtte fra pårørende er viktig.

5

Section C: Will the results help locally?

10. How valuable is the research?

- HINT: Consider**
- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding (e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy, or relevant research-based literature)
 - If they identify new areas where research is necessary
 - If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Comments: Studien konkluderer med å anvende funnene fra studien til hvordan man videre kan forbedre sykepleiepraksis.

6



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-06-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	07-06-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	441
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	5619
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	45
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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