



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	02-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	437
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7443
----------------------	------

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 \*:

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

Psykoedukasjon og mestring for personer  
med schizofreni

Psychoeducation and coping for people  
with schizophrenia

Kandidatnummer: 416 & 437

Bachelorutdanning i vernepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)  
Innleveringsdato: 16.05.2022

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.

## **Abstract**

The title of the thesis is "Psychoeducation and coping for people with schizophrenia". The aim of the thesis is to find out whether psychoeducation can contribute to coping in adults with schizophrenia, where we focus on acute psychiatric ward as an arena. To investigate this, we phrased the research question: "How can social educators contribute to increased coping in adults with schizophrenia through psychoeducation?". We have used literature study as a method, where we have combined qualitative and quantitative data. To answer the research question, we have included theory that deals with psychoeducation, coping, user participation and professional social educator practice. The conclusion of the thesis shows that social workers can contribute to increased coping through psychoeducation by facilitating increased user participation, trust and communication. In this way, the content and information can be individually adapted. Acute psychiatric ward can, on the other hand, be a challenging arena for facilitating such elements. Participation of close relatives can thus play an important role.

## Innhold

1.0 Innledning .....	5
1.1 Presentasjon av problemstilling .....	6
1.2 Avgrensning av problemstilling.....	6
1.3 Disposisjon .....	7
2.0 Teoretisk bakgrunn.....	8
2.1 Schizofreni.....	8
2.2 Psykoedukasjon .....	8
2.3 Mestring .....	9
2.4 Brukermedvirkning .....	10
2.5 Vernepleierens kompetanse .....	10
3.0 Metode .....	12
3.1 Litteraturstudie .....	12
3.2 Metodetriangulering .....	12
3.3 Søkeprosessen.....	12
3.4 Kritikk av metode.....	14
3.4.1 Metodetriangulering.....	14
3.4.2 Litteraturstudie som metode.....	15
3.4.3 Søkeprosessen .....	15
3.5 Etske vurderinger .....	16
4.0 Resultater .....	18

4.1 Oversikt over artikler .....	18
4.2 Sammenfatning av hovedfunn.....	19
5.0 “Hvordan kan vernepleiere bidra til økt mestring hos voksne personer med schizofreni gjennom psykoedukasjon?” .....	21
5.1 Drøfting av resultater .....	21
5.1.1 Psykoedukasjon og mestring .....	21
5.1.2 Tilrettelegging for økt forståelse .....	24
5.2 Drøfting av egen studie .....	28
5.2.1 Design og metode .....	28
5.2.2 Populasjon .....	29
5.2.3 Statistisk skjevhet .....	30
6.0 Oppsummering .....	32
7.0 Vedlegg .....	33
8.0 Referanseliste .....	34
 <i>Tabell 1. Oversikt over studier og hovedfunn.....</i>	 18

## 1.0 Innledning

Denne oppgaven handler om personer med schizofreni, og deres mestring av sykdommen. Schizofreni er en psykisk helsetilstand der en persons oppfatning, tanker, humør og atferd er betydelig endret (Sidwell et al., 2021). Den er anslått å ramme omkring 1% av verdens befolkning. I Norge rammes 600-800 mennesker hvert år, hvor man regner i tillegg med mørketall og underdiagnostisering (Folkehelseinstituttet, 2015). Statistikk fra Helsedirektoratet (2020) viser at 59% av personer underlagt tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, var knyttet til schizofrenidiagnoser. Lidelsen forårsaker store personlige belastninger for pasienten, og reduserer evne til å ta vare på seg selv personlig og økonomisk. Mange er derfor avhengig av offentlig helsehjelp eller familie for å mestre tilværelsen (Folkehelseinstituttet, 2015).

Gjennom arbeid med denne brukergruppen har vi begge tilegnet oss ulike erfaringer. Vi har erfart at sykdommen påvirker deres daglige fungering, både i stor og liten grad. Samtidig opplever vi at forståelse ovenfor egen sykdom kan variere. I St. Prp. Nr. 63 (1997-98) står det at tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser må fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Psykoedukative tilnærminger legger vekt på dette. I nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, er psykoedukativt familiesamarbeid sterkt anbefalt for behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2013, s. 15). I den forstand, er psykoedukasjon preget av et langvarig behandlingstilbud på minimum ni til tolv måneder, hvor familien i stor grad blir involvert (Helsedirektoratet, 2013, s. 62).

Psykoedukasjon for akuttpsykiatriske pasienter er et tilbud om systematisk, strukturert og didaktisk informasjon om psykiske lidelser og deres behandling. Pasienten og pårørende lærer om lidelsen og hvordan mestre den bedre (Løvhaug et al, 2016). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) skal pasienten ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasient har rett til å medvirke i egen behandling, og tjenesten har plikt til å involvere pasienten (Helsedirektoratet, 2022). Ifølge spesialisthelsetjenesteloven

(1999, §3-8) skal sykehus særlig ivareta oppgaven om å sørge for opplæring av pasienter og pårørende.

### 1.1 Presentasjon av problemstilling

Målet med oppgaven er å finne mer ut om psykoedukasjon på akuttpsykiatrisk sengepost, og hvordan det eventuelt kan bidra til økt mestring for pasienten. På bakgrunn av våre erfaringer og interesse for området, ønsker vi å finne svar på følgende problemstilling:

*“Hvordan kan vernepleiere bidra til økt mestring hos voksne personer med schizofreni gjennom psykoedukasjon?”*

### 1.2 Avgrensning av problemstilling

Grunnet oppgavens omfang, er det nødvendig å avgrense problemstillingen. Fokuset i oppgaven vil hovedsakelig være på individnivå, rettet mot det relasjonelle. Vi begrenser oss til pasienter med schizofreni, hvor vi vil inkludere schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide psykoser og schizoaffektive lidelser. Dette tilsvarer diagnosekodene F20, F21, F22 og F25 etter ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Vi vil ta avstand fra langvarig strukturert psykoedukativt familiesamarbeid som behandling ettersom vi ønsker å ta utgangspunkt i pasientperspektivet. Vi ønsker å fokusere på psykoedukative samtaler hos pasienter på akuttpsykiatrisk sengepost. Vernepleiere og annet helsepersonell med relevant kunnskap står sentralt i behandling av akuttpsykiatriske pasienter, og kan her tilby psykoedukative samtaler (Løvhaug et al., 2016). Oppgaven vil omhandle kort psykoedukasjon, som vi definerer som ti økter eller mindre. En slik mengde kan tenkes å være passende for et akuttpsykiatrisk opphold på sengepost. Med mestring mener vi den hverdagslige mestringen av sykdommen.

### 1.3 Disposisjon

Oppgaven er skrevet som en prosjektrapport, hvor vi vil ta utgangspunkt i studier og annen faglitteratur som kunnskapsgrunnlag. Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Vi vil innledningsvis beskrive teoretisk bakgrunn. Under metodekapittelet vi vil ta for oss litteraturstudie som anvendt metode, og presentere resultat fra søk under etterfølgende kapittel. Deretter vil vi drøfte funn opp mot teori, og avslutningsvis oppsummere oppgavens funn.



## 2.0 Teoretisk bakgrunn

For å gi best mulig forståelse av tema, vil vi definere og beskrive sentrale begrep. Vi vil først redegjøre for schizofreni som diagnose, for å deretter beskrive psykoedukasjon som intervensjon. Videre vil vi definere begrepene mestring og brukermedvirkning, hvor vi avslutningsvis belyser vernepleierens kompetanse.

### 2.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig sykdom med stor fare for et langvarig forløp med gjentatte tilbakefall (Snoek & Engedal, 2017, s. 87). Schizofreni er sannsynligvis ikke én sykdom, men flere beslektede lidelser. Det er vanlig å dele sykdommen inn i undergrupper, men i praksis vil det som oftest foreligge en blandingstilstand hvor pasientens symptomer endrer seg i sykdomsforløpet (Snoek & Engedal, 2017, s. 87).

Ulike symptomer for schizofreni kan deles inn i tre. Symptomer som er observerbare for andre, og som retter seg utover, kan kalles positive symptomer (Snoek & Engedal, 2017, s. 85). Positive symptomer kan oppfattes som en overdrivelse av normale prosesser, og innebærer hallusinasjoner og vrangforestillinger, samt uorganiserte tanker og atferd. Negative symptomer kan oppfattes som et fravær av normale prosesser. Eksempler kan være redusert uttrykksevne, følelsesmessig flathet og mangel på energi. Den tredje gruppen av symptomer innebærer kognitiv svekkelse, inkludert oppmerksomhet, hukommelse og utøvende funksjoner (Fischer & Buchanan, 2021).

### 2.2 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon kan forklares som formidling av kunnskap og opplæring i visse ferdigheter. Det er også en vedvarende behovsorientert støtte til personer som får den nye kunnskapen (Fjell & Mohr, 2001, s. 113). Psykoedukasjon bør bestå av kunnskap om lidelsen, varselsymptomer ved forverring, mestringsstrategier og hvem pasienten kan kontakte etter utskrivelse (Løvhaug et al, 2016). I en psykoedukativ tilnærming blir pårørende trukket inn, hvor hensikten med behandlingen er å

forebygge tilbakefall og reinnleggelser, øke mestringen og ivareta pasientens bedring (Fjell & Mohr, 2001, s. 113).

### 2.3 Mestring

I litteraturen legges det vekt på at mestring består av komplekse prosesser knyttet til belastninger og endringer i livet (Eide & Eide, 2017, s. 47). Vifladt og Hopen (2004, s. 63) beskriver mestring som en prosess der personen blir i stand til å håndtere livet ut fra et realistisk ambisjonsnivå. Videre sier de at det vil kreve at pasienten får hjelp til å bevisstgjøre dagligdagse erfaringer og bruke dem systematisk i selvstendig problemløsning.

Hverdagsmestring kan beskrives som den måten en person forholder seg til krevende situasjoner som oppstår i hverdagen. Å gi hjelp til hverdagsmestring handler ofte om å forstå hva som er viktig for pasienten og yte praktisk hjelp i hverdagen. Det kan også handle om å legge gode planer sammen med pasienten og motivere for å nå de målene vedkommende setter seg (Eide og Eide, 2017, s. 49).

Aaron Antonovsky mente at forståelighet, overkommelighet og meningsfullhet var tre avgjørende faktorer som i sum gir oss en livgivende og helsefremmende "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky, 1987, referert i Møller, 2018, s. 41). Opplevelser som vi kan forstå, gir mening for oss. Å oppleve mening gjør mestring mulig, og mestring gjør at ting kjennes overkommelig for den enkelte. Dersom vi finner mening i det vi opplever, greier vi som oftest å overkomme og mestre opplevelsene (Møller, 2018, s. 41). Ifølge Antonovsky er det avgjørende om vi opplever at tilstrekkelig av hverdagens hendelser og utfordringer er verdt å investere energi og engasjement i (Antonovsky, 2012, s. 41).

## 2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rett gjennom pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Det står blant annet at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det skal også legges stor vekt på hva pasienten mener i utformingen av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning retter fokuset mot pasient som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår deres situasjon. Den har også en terapeutisk verdi, og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene (Helsedirektoratet, 2022).

## 2.5 Vernepleierens kompetanse

Vernepleiere innehar bred kompetanse innenfor ulike fagområder, blant annet helsefag og psykologi. Denne kompetansen kommer til nytte i psykisk helsearbeid, som er en av arbeidsplassene til vernepleiere (FO, 2017). Kunnskap om psykiske lidelser slik som schizofreni inngår i kompetansen til vernepleiere, samt ulike behandlingsformer som for eksempel psykoedukasjon.

I samhandling med pasient, tar vernepleieren i bruk ulike elementer av deres kompetanse. Dette kan være bruk av relasjons-, kommunikasjons-, kultur- og ledelseskompentanse (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, §6 c). I samhandlingen mellom fagperson og pasient vil tillit ha stor betydning (Owren & Linde, 2020, s. 192). Tillit kan gjøre samarbeidet lettere, samtidig som det kan bidra til at overføring av informasjon og kunnskap glir bedre (Molander & Terum, 2008, s. 199).

I boken "Vernepleierens kjerne roller" går Brask, Østby og Ødegård (2016) inn på de ulike rolleforventningene til vernepleieren. To kjerne roller som kan komme til syne i denne konteksten, kan være partnerrollen og brobyggerrollen. Partnerrollen tar for seg den samhandlende vernepleieren på individnivå, hvor tilnærmingene tilpasses og justeres i nært samarbeid og dialog med den enkelte bruker (Brask et al., 2016, s. 41). Brobyggerrollen er en rolle som beskriver den samhandlende vernepleieren på systemnivå. Vernepleieren vil så ofte som mulig tilstrebe at samarbeid på systemnivå

er preget av samhandling og dialogisk kommunikasjon. Dette kan handle om samarbeid med miljøpersonale, kommunale instanser, nettverk eller familier (Brask et al., 2016, s. 42). I veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten er det tydelig at pårørende skal inkluderes og deres kunnskap skal etterspørres (Helsedirektoratet, 2017).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet vil vi beskrive benyttet metode, litteraturstudie. Vi vil videre gjøre rede for søkeprosessen vår, samt belyse kritiske momenter ved benyttet metode. Avslutningsvis vil vi ta opp etiske vurderinger.

### 3.1 Litteraturstudie

For å besvare problemstillingen vår, har vi foretatt litteratursøk etter forskningsbasert kunnskap. Metoden gjorde det mulig for oss å finne relevante forskningsartikler om effekten av psykoedukasjon, samt erfaringer og holdninger hos pasienter etter gjennomført tiltak. Gjennom denne metoden kunne vi samle inn forskningsbasert kunnskap, som følger prinsipper fra kunnskapsbasert praksis, KBP. (Nortvedt et al., 2012, s. 16).

### 3.2 Metodetriangulering

Vi valgte å ta i bruk både kvantitativ og kvalitativ metode, gjennom studier basert på henholdsvis effekt av tiltak og erfaringer og holdninger. Kombinasjon av kvantitative og kvalitative datainnsamlingsmetoder for å belyse samme problemstilling, blir i faglitteraturen kalt metodetriangulering (Halvorsen, 2002, s. 101). Vi tok i bruk kvantitativ metode ettersom vi ønsket informasjon i form av målbare enheter. Gjennom kvalitativ metode fikk vi tilgang til meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52). Ved bruk av metodetriangulering fikk vi innhentet tilstrekkelig informasjon for å besvare problemstillingen vår best mulig. Hesse-Biber (2010, s. 4) mener at metodetriangulering gjør det mulig for forskeren å få en bedre forståelse av problemet og/eller å avklare et gitt resultat. Hun hevder også at kombinasjonen styrker og beriker konklusjonene i en studie.

### 3.3 Søkeprosessen

Vi har benyttet oss av prinsipper i kunnskapsbasert praksis ved å gjøre søk etter forskningsbasert kunnskap, og følger dens seks trinn i arbeidet med vår metode. Vi startet på første trinn om refleksjoner (Nortvedt, 2012, s. 21). Refleksjonene og diskusjonene vi hadde i startfasen handlet om ulike sider ved tema og ulike veier vi

kunne gå med oppgaven. Vi foretok bakgrunnssøk for å gjøre oss kjent med allerede eksisterende forskning, og gjorde oss opp noen meninger om hva som var aktuelt å se nærmere på.

Under neste trinn om spørsmålsformulering var det nødvendig å utforme et kjernespørsmål (Nortvedt et al., 2012, s. 29). Vi ønsket å innhente informasjon om effekt av psykoedukasjon hos pasienter og hvordan et slikt tilbud erfares av dem. Foretrukket studiedesign for effektspørsmål er randomisert kontrollert studie, mens spørsmål om erfaringer og holdninger er kvalitativ metode (Nortvedt et al., 2012, s. 38). For at spørsmålene skulle bli formulert så presist som mulig, tok vi i bruk rammeverkene PICO (populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall) og PICO (populasjon, fenomen av interesse og kontekst) (Helsebiblioteket, 2016). Vedlegg 1 og 2 redegjør for vår bruk av ulike søkeord og kombinasjoner ved bruk av PICO og PICO rammeverk til hvert kjernespørsmål.

I neste trinn gjennomførte vi litteratursøk (Nortvedt et al., 2012, s. 42). Under søk etter erfaringer og holdninger tok vi i bruk søkeord som "schizophrenia", "psychoeducation" og "psychiatric emergency service". Vi måtte variere søkeord og kombinasjoner gjennom prosessen for å finne relevante studier. Under søk etter effektspørsmål, tok vi blant annet i bruk søkeordene "schizophrenia", "psychoeducation" og "standard care", og for eksempel "coping" for outcome. Etter en rekke søk med ulike kombinasjoner fant vi det nødvendig å tilpasse PICO ytterligere. Ved inkludering av kontekst ("psychiatric emergency service"), fikk vi relevante treff for effekt av tiltak. Dokumentasjon av søk presenteres i Vedlegg 3.

Ved oppstart av søk, gikk vi etter kunnskapspyramiden fra kunnskapsbasert praksis. Pyramiden viser hvordan informasjonskilder er plassert i et hierarki, og er ment som hjelp til å velge ut kilder (Nortvedt et al., 2012, s. 23). Vi startet øverst i pyramiden, med søk etter oppslagsverk og retningslinjer. Videre gjennomførte vi søk i de kliniske oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice knyttet til spørsmål om effekt av tiltak. Da dette ga mangel på treff, foretok vi søk etter oppsummert forskning ved å

søke etter systematiske oversikter. Databasene Cochrane Library og Campbell Library inneholder systematiske oversikter og er velegnet for spørsmål om erfaringer og holdninger, samt effekt av tiltak (Nortvedt et al., 2012, s. 51). Videre foretok vi søk på Epistemonikos, som også inneholder systematiske oversikter. Databaser som CINAHL, PubMed og PsycINFO består for det meste av enkeltstudier (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Ettersom førstnevnte hovedsakelig innehar kvalitativ forskning, og resten er databaser innenfor psykologi, foretok vi også søk på disse databasene.

I valg av studier, la vi til grunn noen inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre relevant utvalg. Studiet skulle inkludere personer over 18 år med en schizofrenidiagnose. Den psykoedukative intervensjonen skulle kunne knyttes til aktuell beliggenhet (akuttpsykiatrisk sengepost), og aktuell varighet (kort). Studiet skulle være publisert innen de siste 10 årene, med foretrukket studiedesign knyttet til aktuelt kjernesporsmål.

### 3.4 Kritikk av metode

I dette delkapittelet vil vi presentere styrker og svakheter ved bruk av metodetriangulering, litteratursøk og søkeprosessen vår.

#### 3.4.1 Metodetriangulering

Bruk av kvalitativ og kvantitativ metode kan by på både styrker og svakheter. En styrke ved metoden kan være at vi fikk innhentet informasjon både i form av meninger og opplevelser, samt målbar data. I bakgrunn av det kan vi få en bedre forståelse av problemet og få avklart resultatet (Hesse-Biber, 2010, s. 4). En slik kombinasjon av metoder krever erfaring og kunnskap om både kvalitative og kvantitative metoder. En svakhet kan dermed være ujevn bruk av metodene, grunnet skjevhet i kunnskap om dem. Dette kan påvirke forskningsprosessen negativt (Hesse- Biber, 2010, s. 213). Vi har derimot erfaring og kunnskap innenfor begge, og opplevde dermed ikke en av metodene som mer krevende enn den andre. Det er inkludert flere studier som tar for seg effekt av tiltak, ettersom det er mangel på relevante studier om erfaring og holdninger. Dette kan gi skjevhet i drøfting av

resultater, men også mer beriket informasjon enn ved unnlattelse av studiet om erfaringer og holdninger.

### 3.4.2 Litteraturstudie som metode

Ved å ta i bruk litteraturstudie som metode, får man tilgang til oppdatert forskning og litteratur, noe som er både kostnads- og tidsbesparende. På den måten, kan vi benytte oss av allerede eksisterende forskning på ulike områder for å oppnå en ny innsikt i et tema. Slik får vi også tilgang til et større utvalg av deltakere enn det som hadde vært mulig ved egen datainnsamling.

Som helsepersonell har vi en faglig plikt til å holde oss oppdatert med nyere utvikling og forskning som informerer oss om vår praksis. Ved å ikke overholde denne plikten risikerer vi å yte utdatert omsorg (Aveyard, 2014, s. 4). Dette kan spesielt forekomme ved forskning av et nytt område som har behov for stadig oppdatert kunnskap. Selv om tilgangen til forskning er mangfoldig, kan en mulig ulempe være fravær av relevante og oppdaterte funn. I slike tilfeller vil egen datainnsamling være ønskelig for å besvare problemstillingen. Dette var ikke nødvendig for oss.

Det kan også forekomme tilfeller hvor studier ikke har god kvalitet og/eller ikke redegjør for elementene for å vurdere dem som troverdig. Dette kan for eksempel skje dersom forfatteren gir tegn til å ha «plukket ut» resultatene de vil inkludere. Dersom dette er tilfellet, vil det bidra til systematisk skjevhet (Aveyard, 2014, s. 13). Identifisering av slike skjevheter forutsetter godt forarbeid og kritisk vurdering.

### 3.4.3 Søkeprosessen

Gjennom nasjonale veiledere, retningslinjer og deres referanser noterte vi oss ulike begreper og søkeord som kunne bli tatt i bruk. Gjennom MeSH fikk vi oversatt norske medisinske og helsefaglige begreper til engelsk. På den måten fikk vi relevante søkeord for videre søk på databaser. Vi måtte derimot være kritisk til videre bruk for vår problemstilling. For eksempel noterte vi oss at begrepet “patient education” ble tatt i bruk som synonym for psykoedukasjon. Vi måtte være bevisste og kritiske til om



“patient education” bestod av samme elementer som psykoedukasjon. Vi noterte oss også at noen brukte “schizophrenia spectrum disorders” og “schizophrenic related disorders” når de inkluderte diagnostiske kriterier i relasjon med schizofreni. Ettersom vi ikke begrenset problemstillingen vår til én spesifikk schizofrenidiagnose, utvidet vi søket vårt med de nevnte søkeordene ved behov.

Vi fikk mangel på relevante treff ved å følge rammeverket regelrett, da dette ga treff på psykoedukativ familiebehandling. Dette er en intervensjon som er mer dokumentert, men ikke tiltaket vi skal fokusere på i denne oppgaven. Vi inkluderte kontekst, og kombinerte dermed søkeord for PICO og PICo. Mangel på treff i søkene våre kan skyldes feil eller annen bruk av søkeord enn ord som kan ha blitt benyttet i relevant forskning. Vi så derimot på det som nødvendig å inkludere kontekst i effektspørsmål. Dette ga mest relevant forskning på pasienter som er innlagt på akuttpsykiatrisk sengepost. Ettersom vi kom frem til relevante forskningsartikler for begge kjernespørsmålene, anser vi det dermed ikke som en svakhet for metoden.

Vi erfarte søkeprosessen vår som krevende. Vi opplevde et gjentagende behov for stadig utvidelse av søkene grunnet manglende relevante treff. Halvorsen (2002, s. 184) mener at dersom problemområdet ikke er tilstrekkelig avgrenset, risikerer man at fasen med litteratursøk blir altfor tidskrevende. Det kan stilles spørsmål til om vår mangel på relevante treff har sin årsak i upresist utformet kjernespørsmål, eller kombinasjonen av søkeord. Etter ytterligere presisering av kjernespørsmål, fant vi derimot studier som var relevant i forhold til informasjonsbehovet vårt.

### 3.5 Etiske vurderinger

Vi har valgt å ikke gjennomføre ytterligere datainnsamling ettersom vi opplever det tilstrekkelig med data fra allerede eksisterende forskning. Vi anså dermed litteraturstudie som metode som tilstrekkelig for å diskutere den aktuelle problemstillingen. Denne avgjørelsen ble også besluttet i bakgrunn av etiske vurderinger. Grunnet den enkeltes rett til personvern i personopplysningsloven (2000, §1), valgte vi heller å benytte oss utelukkende av studier. Dette fordi samme loven

understreker blant annet retten til å ivareta den enkeltes behov for personlig integritet og for privatlivets fred (2000, §1). En eventuell datainnsamling i form av intervju eller observasjon, kunne gått på bekostning av de nevnte faktorene. Det kan tenkes at slik datainnsamling fra en sårbar gruppe kan oppleves som en unødvendig tyngende påkjenning. Vi har heller ikke anledning til å gjennomføre slike innsamlingsmetoder med verken pasient eller pårørende. Dermed konkluderte vi med litteraturstudie som metode.

## 4.0 Resultater

Utvalget av studiene består av én primærstudie og fem systematiske oversiktsartikler. Innledningsvis vil vi presentere utvalget gjennom en tabell, hvor vi videre vil sammenfatte de ulike funnene og beskrive vår analyse.

### 4.1 Oversikt over artikler

Tabell 1. Oversikt over studier og hovedfunn

Tittel	Forfatter/årstall	Hensikt	Design/metode	Hovedfunn
Psychoeducation for schizophrenia	Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M. R., 2013	Å undersøke effekten av psykoedukasjon når det kommer i tillegg til standard behandling, sammenlignet med standard behandling alene	Systematisk oversiktsartikkel, RCT	Betydelig bedre medisin-overholdelse og mindre tilbakefall på kort, mellomlang og lang sikt. Viser både til økt kunnskap samt ingen signifikant forskjell for psykoedukasjonsgruppen.
Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness	Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, B. M., 2015	Å undersøke effekten av kort psykoedukasjon sammenlignet med standard behandling	Systematisk oversiktsartikkel, RCT	Bedre medisin-overholdelse på kort og mellomlang sikt. Ingen signifikant forskjell ved langvarig oppfølging (fem år). Signifikant reduksjon av tilbakefall på mellomlang sikt, ingen signifikant forskjell på langvarig sikt. Signifikant økt kunnskap på kort og mellomlang sikt.
Patients' experiences of patient education on psychiatric inpatient wards; a systematic review	Kristiansen, S. T., Videbech, P., Kragh, M., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. B., 2018	Å undersøke individuelle fordeler og opplevde barrierer for å motta læring	Systematisk oversiktsartikkel, blandet metode; RCT, kohortstudie, kvalitativt intervju	Pasientene ønsket hensyn til individuelle behov. Pasientene fikk best utbytte av psykoedukasjon dersom de ble mer involvert i prosessen. Informasjonsformidlingen ble opplevd som "mekanisk".

Well-informed but not aware: The P.A.C.T.® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness	Dondé, C., Senn, M., Eche, J., Kallel, L., Saoud, M. & Brunelin, J., 2019	Å sammenligne nivå av kunnskap og innsikt før og etter psykoedukasjonsprogrammet	Primærstudie, Åpent studie	Signifikant forbedring av kunnskap om sykdommen, ingen signifikant effekt på innsikt i sykdommen.
A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia	Alhadidi, MB, M., Abdullah, L, K., Yoong, L, T., Hadid, A, L. & Danaee, M., 2020	Å utforske effekten av psykoedukative intervensjoner på ulike utfallsmål for pasienter med schizofreni	Systematisk oversiktsartikkel, RCT	Positiv innvirkning på kunnskapsnivået ved post-intervensjon, tre mnd. og ni mnd. Positiv innvirkning på medisinoverholdelse ved post-intervensjon, tre mnd. og tolv mnd. Polikliniske pasienter hadde en lavere tilbakefallsrate på alle tidspunkter. En studie viste en lavere tilbakefallsrate ved ni mnd. En studie fant ingen signifikant forskjell i tilbakefallsraten.
Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis	Barnicot, K., Michael, C., Trione, E., Lang, S., Saunders, T., Sharp, M. & Crawford, M. J., 2020	Å undersøke om psykologiske intervensjoner er effektive for akuttpsykiatriske pasienter med schizofreni for å forbedre deres psykiske helse og sosiale utfall	Systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse, RCT	Signifikant lavere risiko for tilbakefall/re-innleggelse, ingen forskjell for medisinoverholdelse.

## 4.2 Sammenfatning av hovedfunn

Studier som undersøker effekten av kortvarig psykoedukasjon på akuttpsykiatrisk sengepost, er samstemte på noen områder. Hovedfunnene viser lavere risiko for tilbakefall/re-innleggelse og økt kunnskap, men noe varierende funn på medisinoverholdelse. Flere av disse funnene er i tråd med større studier på psykoedukasjon av lengre varighet. Primærstudiet viser at psykoedukasjon har god effekt på kunnskap, men ingen effekt på innsikt i sykdommen. Hovedfunnene fra erfaringer hos pasientene viste at informasjonsformidlingen i psykoedukasjon ble opplevd som "mekanisk". Det ble også rapportert om mangel på individuelt tilpassede

diskusjoner. Pasientene opplevde imidlertid psykoedukasjon som nyttig, med forutsetning om at de selv ble involvert i planleggingsprosessen.

Vi gjorde en tematisk inndeling av resultater etter medisinoverholdelse, tilbakefall/reinnleggelse, kunnskap og erfaringer knyttet til psykoedukasjon. Dette for å få en best mulig oversikt og forståelse som grunnlag for å besvare problemstillingen. Disse elementene vil vi ta med oss videre inn i drøftingen. Som en del av prinsippene i kunnskapsbasert praksis, gjennomgikk vi trinn fire, kritisk vurdering. For å kritisk vurdere vitenskapelige artikler, kan sjekklister være til hjelp (Nortvedt et al., 2012, s. 69). Vi har tatt i bruk KBP-læringsverktøy for kritisk vurdering av funn, hvor vi aktivt brukte sjekklister presentert i Vedlegg 4 og 5 som hjelpemiddel for den kritiske vurderingen. KBP-læringsverktøy er vedlagt under Vedlegg 6, 7, 8, 9, 10 og 11.

## 5.0 “Hvordan kan vernepleiere bidra til økt mestring hos voksne personer med schizofreni gjennom psykoedukasjon?”

For å svare på problemstillingen, samt kritisk vurdere kunnskapsgrunnlaget, har vi valgt å dele kapittelet i to. Vi vil innledningsvis drøfte funn fra studier opp mot annen faglitteratur, og avslutningsvis drøfte benyttet metode i de ulike studiene.

### 5.1 Drøfting av resultater

I dette delkapittelet vil vi drøfte psykoedukasjon og hvordan den kan fremme eller hemme mestring av sykdommen. Videre vil vi drøfte behovet for individuell tilpasning, hvor vi aktivt tar opp begrepet mestring og vernepleierens rolle i hverdagsmestring.

#### 5.1.1 Psykoedukasjon og mestring

Funn fra Xia et al. (2013, s. 18) viser at forekomsten av manglende medisinoverholdelse var lavere hos psykoedukasjonsgruppen sammenlignet med gruppen med standardbehandling. Dette var funn som ble vist på kort, mellomlang og lang sikt der både langvarig og kortvarig psykoedukasjon ble inkludert. Dette samsvarer med funnene fra Zhao et al. (2015) som utelukkende fokuserte på effekten av kortvarig psykoedukasjon. Funnene her viste bedre medisinoverholdelse hos pasientene med kortvarig psykoedukasjon, sammenlignet med pasienter som har fått standardbehandling. Disse funnene gjaldt for psykoedukasjonsgruppen både på kort og mellomlang sikt. Her var det imidlertid ikke rapportert effekt på lang sikt (Zhao et al., 2015, s. 20). Ved langsiktig oppfølging på inntil fem år viste resultatene ikke signifikant forskjell mellom de to gruppene. Dette kan derimot skyldes mangel på oppfølgingsdata av ulike årsaker (Zhao et al., 2015, s. 25). Manglende oppfølgingsdata er også tilfellet for Xia et al. (2013, s. 22). Psykoedukasjonens positive effekt på medisinoverholdelse støttes også av fem av seks studier i Alhadidi et al. (2020). Dette gjaldt for målinger gjort rett etter intervensjonene, men også på tre og tolv måneders oppfølging (Alhadidi, 2020, s. 549). Samtidig viser en meta-analyse fra tre RCT-studier at det ikke foreligger forskjeller mellom gruppene i forhold til medisinoverholdelse (Barnicot et al., 2020, s. 10).

Flere studier viser til lavere tilbakefalls-/re-innleggelsesrisiko hos pasienter som har fått psykoedukasjon sammenlignet med standard behandling. Barnicot et al. (2020, s. 10) fant en signifikant lavere risiko for tilbakefall/re-innleggelse hos akuttpsykiatriske pasienter med schizofreni. Funnet er i tråd med de større systematiske oversiktene fra Xia et al. (2013, s. 19) og Alhadidi et al. (2020, s. 549). Dette kan tyde på at pasientene mestrer hverdagen og dens utfordringer i større grad. Tilbakefall hos pasienter med kortvarig psykoedukasjon viste lavere risiko på mellomlang sikt. Det viste derimot ingen forskjell på en langvarig sikt på inntil fem år (Zhao et al., 2015, s. 25). En kan dermed stille spørsmål til psykoedukasjons langvarige effekt på personer med schizofreni.

Psykoedukasjon bør bestå av kunnskap om lidelsen, varselsymptomer ved forverring, mestringsstrategier og hvem pasienten kan kontakte etter utskrivelse (Løvhaug et al., 2016). Dette kan blant annet innebære informasjon om sykdomsbilde og ulike symptomer. Ved hjelp av slik kunnskap kan pasienten få tilgang til faktorer som kan tas i bruk for videre mestring av sykdommen. Dette er i tråd med St.prp. Nr. 63 (1997-98), hvor målet er at tjenestetilbudene skal fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er derimot varierende hvorvidt studier rapporterer økt kunnskap hos pasientene som får psykoedukasjon. Xia et al. (2013, s. 19) viser til studier som rapporter høyere nivå av kunnskap hos pasienter med psykoedukasjon. Det vises også til økt kunnskap hos pasienter med standard behandling. Motstridende konklusjoner ble dermed gitt av studier med forskjellige verktøy for måling av effekt. Positive utfall i form av økt kunnskap er derimot høyst rapportert hos pasienter med psykoedukasjon. Her viser Alhadidi et al. (2020, s.545), Zhao et al. (2015, s.25) samt Dondé et al. (2019, s.16) til signifikant økt kunnskap. Det er dermed grunnlag for å konkludere med økt kunnskap som følge av psykoedukasjon.

Vifladt og Hopen (2004, s. 63) beskriver mestring som en prosess der personen blir i stand til å takle livet ut fra et realistisk ambisjonsnivå. Videre sier de at det vil kreve at pasienten får hjelp til å bevisstgjøre dagligdagse erfaringer og bruke dem systematisk i selvstendig problemløsning. Psykoedukasjon bør gi pasienten informasjon om

sykdommen, varselsymptomer ved forverring, mestringsstrategier og hvem pasienten kan kontakte etter utskrivelse (Løvhaug et al., 2016). Slik kan vi gi pasienten hjelp til å bruke elementene systematisk i dagligdags problemløsning. Antonovsky mente at forståelighet, overkommelighet og meningsfullhet var tre avgjørende faktorer som i sum gir oss en "opplevelse av sammenheng" (Antonovsky, 1987, referert i Møller, 2018, s. 41). Gjennom å få kunnskap om sykdom som påvirker ens daglige liv, kan personen få økt forståelse for hvorfor disse utfordringene forekommer. Dette kan for eksempel handle om hvorfor en selv opplever en overvekt av negative symptomer, mens sidemannen kan slite med positive symptomer slik som hørselshallusinasjoner. Opplevelser som vi kan forstå, gir mening for oss. Å oppleve mening gjør mestring mulig, og mestring gjør at ting kjennes overkommelig for den enkelte. Dersom vi finner mening i det vi opplever, greier vi som oftest å overkomme og mestre opplevelsene (Møller, 2018, s. 41). På den måten kan økt medisinoverholdelse og lavere risiko for tilbakefall/re-innleggelse forståes som en konsekvens av økt kunnskap om sykdommen. Dette gir grunnlag for økt mestring av daglige utfordringer som kan forekomme.

Det er derimot uklart om økt kunnskap tilsvare økt forståelse. Dondé et al. (2019) sammenligner nivå av kunnskap og innsikt før og etter et psykoedukasjonsprogram. Resultatene viser at pasientene får økt kunnskap, men ikke økt innsikt i sykdommen sin (2019, s. 17). Et slikt systematisk og langvarig psykoedukasjonsprogram er ikke overførbart til vår kontekst. En kan derimot stille spørsmål til om en pasient på akuttpsykiatrisk sengepost, i en mer akutt fase av sykdommen, kan oppleve økt innsikt på kortere tid. Dette kan tenkes å være lav sannsynlighet for.

Medisinoverholdelse ble målt ved hjelp av "Schedule for Assessment of Insight" (SAI) i både Zhao et al. (2015) og Xia et al. (2013). Dette er en skala som måler innsikt hos pasienten gjennom forskjellige dimensjoner (David, 1990, s. 805). Zhao og Xias resultater er, i motsetning til Dondé, preget av positive utfall. Det er dermed krevende å trekke konklusjoner ved innsikt ettersom det foreligger motstridende resultater. Det er imidlertid et kritisk blikk som kan være viktig å belyse.



### 5.1.2 Tilrettelegging for økt forståelse

For at vernepleiere kan bidra til mestring gjennom psykoedukasjon, kan det være nyttig å undersøke hva som gjør at pasientene får en positiv opplevelse med tiltaket. Kristiansen et al. (2018) utforsker innlagte pasienters erfaringer med psykoedukasjon. Funnene forteller oss at kortvarig psykoedukasjon var nyttig for pasientene når det gjorde de i stand til å håndtere sykdommen bedre (Kristiansen et al., 2018, s. 397). Dette i likhet med når det ble tatt hensyn til deres individuelle situasjon (Kristiansen et al., 2018, s. 398). Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser belyser dette. Det står at informasjon som gis til pasient bør være tilpasset pasientens forutsetninger. Den bør blant annet omfatte kunnskap om sammenhengen mellom symptomutvikling, diagnose, prognose og ulike behandlingsalternativer (Helsedirektoratet, 2013, s. 24). Individuell tilpasning kan dermed bli sett på som en forutsetning for at psykoedukasjon skal oppleves som nyttig for pasientene. Her kan vernepleiere bruke kompetansen deres gjennom miljøarbeid. Dette i form av å påvirke de individuelle forutsetningene og ramme faktorer for å jobbe mot økt livskvalitet og mestring hos pasienten (Brask et al., 2016, s. 23).

Funnene peker dermed på at individuelle hensyn og tilpasninger er sentralt for økt nytteverdi av psykoedukasjon for pasientene. Individuelle hensyn kan for eksempel være foretrukket informasjonsbehov til pasientens situasjon, eller et rolig miljø uten forstyrrelser under øktene (Kristiansen et al., 2018, s. 392). Samtidig er det andre hensyn som kan bli utfordrende for gjennomføring av psykoedukasjon. Blant annet har pasientene ulike symptomer som kan tenkes å påvirke deres evne og mottakelighet for å ta del i psykoedukasjon. Symptomer som personer med schizofreni kan oppleve kan være uorganiserte tanker og atferd, mangel på energi og kognitiv svekkelse. Dette påvirker både oppmerksomhet, hukommelse og eksekutive funksjoner (Fischer & Buchanan, 2021). Slike symptomer kan tenkes å være utfordrende å ta hensyn til under psykoedukasjon.

Symptomene kan dermed ha en innvirkning på læringsutbytte til pasientene ved gjennomførelse av flere økter. I så tilfelle bør det gjøres rede for pasientenes tilstand,

og finne rett tidspunkt for øktene. Dette støttes av ett av funnene fra Kristiansen et al. (2018, s. 393). Resultater viser at pasienter vil at fagpersonene sjekker om de ønsker og er klar for psykoedukasjon før det gis tilbud om det. Antonovsky mente at forståelighet, overkommelighet og meningsfullhet var tre avgjørende faktorer som i sum gir oss en livgivende og helsefremmende “opplevelse av sammenheng” (Antonovsky, 1987, referert i Møller, 2018, s. 41). Ved å ta mest mulig hensyn til pasientens mottakelighet og individuelle behov kan vi tilrettelegge for økt forståelse for innholdet i psykoedukasjon.

### 5.1.3 Tilrettelegging for brukermedvirkning

Funnene viser at pasienter fikk best utbytte av psykoedukasjon dersom de ble involvert i både planleggingen og ved utvalg av informasjonsområder for øktene (Kristiansen et al., 2018, s. 392). Det ble også rapportert om et sterkt ønske hos pasientene for mer generell involvering, og særlig i ulike beslutninger som angår deres egen helse (Kristiansen et al., 2018, s. 397).

Brukermedvirkning retter fokuset mot pasient som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår deres situasjon. Samtidig har brukermedvirkning en terapeutisk verdi, og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene (Helsedirektoratet, 2022). Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) sier at pasient har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Å ikke involvere pasientene i planleggingen og utformingen av psykoedukasjon, kan ses på som et brudd på deres rett til å medvirke. Funnene fra Kristiansen et al. (2018, s. 397) viser at pasientene fikk best utbytte av psykoedukasjon dersom de ble mer involvert i prosessen. Ifølge Antonovsky (2012, s. 41) er det avgjørende om vi opplever at tilstrekkelig av hverdagens hendelser og utfordringer er verdt å investere energi og engasjement i. Ved å medvirke i tjenestetilbudet, kan pasienten se verdien i å investere engasjement og energi i arbeidet, og dermed oppleve mening i tjenestetilbudet.

På akuttpsykiatrisk avdeling kan det være en utfordring å ta hensyn til individuelle ønsker og behov, i likhet med å sikre medvirkning. Funnene fra oversiktsartikkelen viste at ingen av læringsformene av psykoedukasjon var mer effektive enn den andre (Kristiansen et al., 2018, s. 393). De viste derimot at noen av læringsområdene ble opplevd som mer nyttig eller ettertraktet (Kristiansen et al., 2018, s. 392). Ved manglende medvirkning i avgjørelsen av læringsformen, kan en mulig løsning være involvering i hvilke læringsområder som skal inngå i øktene. Slik kan pasientens rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) sikres i utformingen av psykoedukasjon. På denne måten involverer vi pasienten og tar hensyn til behov og ønsker i den grad det er mulig. Opplevelser som vi kan forstå, gir mening for oss. Å oppleve mening gjør mestring mulig, og mestring gjør at ting kjennes overkommelig for den enkelte. Dersom vi finner mening i det vi opplever, greier vi som oftest å overkomme og mestre opplevelsene (Møller, 2018, s. 41). Sett i lys av Antonovskys forståelse av begrepet overkommelighet, kan vernepleierens tilrettelegging for brukermedvirkning gjøre opplevelsen mer overkommelig for pasienten.

#### 5.1.4 Vernepleierens rolle i hverdagsmestring

Funnene viste også misnøye blant pasientene knyttet til opplevelsen av en passiv enveiskommunikasjon, og flere uttrykte videre et ønske om mer åpen kommunikasjon (Kristiansen et al., 2018, s. 392). Det ble i tillegg rapportert at informasjonen som ble gitt under øktene opplevdes som "mekanisk". Med dette ble det ment at informasjonen opplevdes som en levering av informasjon fra personale til pasient, fremfor en prosedyre som svarte til pasientens behov (Kristiansen et al., 2018, s. 393).

Det er viktig å legge til rette for god kommunikasjon i arbeid med personer med psykoselidelser. I nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, står det at helsepersonellet bør forsikre seg om at pasienten har mottatt og forstått den informasjonen som gis. Videre må informasjonen være god nok til at pasienten får et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse (Helsedirektoratet, 2013, s. 24). God informasjon er

dermed en forutsetning for muligheten til å medvirke. Vernepleierens kommunikasjon- og relasjonskompetanser står sentralt i samhandlingen med pasienter (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 6 c). Ved å bygge tillit mellom vernepleier og pasient, kan overføring av informasjon og kunnskap skje lettere (Molander & Terum, 2008, s. 199). Dette kan forstås som praktisering av vernepleierens partnerrolle, som fokuserer på samhandling på individnivå (Brask et al., 2016, s. 41). God kommunikasjon kan dermed motvirke pasientenes opplevelse av en mekanisk kommunikasjon, og åpner muligheten for en prosedyre som svarer til deres behov.

Tatt i betraktning av Antonvskys begrep forståelighet, kan vernepleierens tillit- og relasjonsbygging legge til rette for god kommunikasjon, noe som vil bidra til økt forståelse hos pasienten. Opplevelser som vi kan forstå, gir mening for oss. Å oppleve mening gjør mestring mulig (Møller, 2018, s. 41). Ved å ikke legge til rette for god kommunikasjon hvor pasient ikke får et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke, kan man dermed innskrenke pasientens muligheter for mestring. Også her kan konteksten bli en utfordring, ettersom opphold på akuttpsykiatrisk sengepost er begrenset. Det kan dermed bli krevende for vernepleier å bruke sin relasjonelle kompetanse for å bygge tillit i samhandling med pasient. Vi ser likevel på det som viktig at vernepleieren går aktivt inn i partnerrollen til den grad det er mulig.

Å gi hjelp til hverdagsmestring handler ofte om å forstå hva som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 49). Kommunikasjon og tillit er gjerne forutsetninger for at pasienten kan uttrykke seg om hva de mener er viktig. I situasjoner hvor dette er utfordrende, kan involvering av andre parter være nødvendig. Her kan det være aktuelt å trekke inn brobyggerrollen til vernepleieren. Rollen beskriver den samhandlende vernepleieren på systemnivå, og kan handle om samarbeid med blant annet familie eller nettverk (Brask et al., 2016, s. 42). I veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten, er det tydelig at pårørende skal inkluderes og deres kunnskap skal etterspørres (Helsedirektoratet, 2017). Vernepleieren kan dermed involvere nærstående familie, som gjerne innehar verdifull kunnskap om pasienten. Dette ser vi

på som en fordel ettersom mange pasienter med schizofreni er avhengig av familie for å mestre tilværelsen (Folkehelseinstituttet, 2015).

Funnene fra pasienterfaringer viser at individuell tilpasning, medvirkning og god kommunikasjon kan øke pasientens utbytte og nytteverdi av psykoedukasjon. Det er imidlertid ikke gjort effektmålinger for å se på virkningen av å inkludere disse elementene. Sett i lys av Antonovskys “opplevelse av sammenheng” som vi har drøftet gjennom delkapittelet, vil anvendelse av slike elementer bidra til mestring. Det er imidlertid ikke en sikker konsekvens. Vi ser derimot at studiene peker mot flere positive utfall av psykoedukasjon. Dersom vernepleier i tillegg tar hensyn til den enkeltes ønsker og behov, kan det samtidig legges til rette for en positiv opplevelse hos pasienten.

## 5.2 Drøfting av egen studie

I dette delkapittelet vil vi drøfte den metodiske gjennomførelsen av studiene med et kritisk blikk. Vi vil se på elementer som design og metode, populasjon og statistisk skjevhet i vurdering av deres overførbarhet.

### 5.2.1 Design og metode

Vi inkluderte fem systematiske oversiktsartikler/meta-analyser og én primærstudie. Ved bruk av systematiske oversiktsartikler, får vi tilgang til kunnskap hvor forfatterne har brukt en tydelig og systematisk metode for å finne, kvalitetsvurdere og oppsummere enkeltstudier over samme tema (Nortvedt et al., 2012, s. 49). Primærstudier er nederst i pyramiden, og tas i bruk når det ikke finnes relevante systematiske oversikter (Nortvedt et al., 2012, s. 52).

Dondé et al. (2019) var det eneste studiet som ikke tok i bruk velegnet studiedesign for kjernes spørsmålet. Det ble tatt i bruk et åpent studiedesign framfor randomisert kontrollert studiedesign som brukes under studier for effekt av tiltak (Nortvedt et al., 2012, s. 53). Ved å ikke inkludere en kontrollgruppe, vil det ikke være tydelig hvorvidt

eventuelle utfall etter endt studie skyldes intervensjonen. Det kan dermed bare skyldes en konsekvens av for eksempel vanlig sykdomsforløp eller bivirkninger av et medikament (Nortvedt et al., 2012, s. 115).

### 5.2.2 Populasjon

Alle de benyttede studiene inkluderer schizofrenidiagnosene og aldersgruppen vi har hatt fokus på i denne oppgaven. Kristiansen et al. (2017) og Barnicot et al. (2020) inkluderte derimot andre lidelser. Bipolar lidelse, akutte og forbigående psykoser, samt psykoser utløst av rus eller andre legemidler er også blitt tatt med i de nevnte studiene. Ved inkludering av andre diagnoser enn vårt fokus, svekker det overførbarheten til vår oppgave. De ulike studiene gikk også etter flere og forskjellige klassifikasjonssystem som inkluderingskriterier for diagnosene. I tillegg til ICD-10, som blir tatt i bruk i Norge, tok studiene også i bruk DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) og CCMD (Chinese Classification of Mental Disorders), som er klassifikasjonssystem utbredt i USA og Kina. En mulig konsekvens av å bare benytte seg av ett klassifikasjonssystem, kan dermed være at populasjonen blir svært begrenset. På den andre siden kan det derimot føre til ulik vurdering av diagnosekriterier, ettersom det er ulike klassifikasjonssystem.

Ikke alle studier tok utgangspunkt i personer innlagt på akuttpsykiatrisk sengepost, og de som gjorde det, inkluderte også personer som ikke var innlagt. Det var mangel på studier som utelukkende tok utgangspunkt i personer på akuttpsykiatrisk sengepost, noe som kan gjenspeile behovet for videre forskning på den arenaen. Barnicot et al. (2020) var en av de som inkluderte både akuttpsykiatriske pasienter og ikke-innlagte pasienter. Det oppstår derimot en diskusjon når sammenligning av de psykiske symptomene mellom de to gruppene er forholdsvis like. Forfatterne mistenker at ansatte på arbeidsplassene kan ha valgt ut pasienter som ikke gir uttrykk for de mest akutte symptomene på schizofreni (Barnicot et al., 2020, s. 13). Dette kan gi tegn til utvalgsskjevhet. Slike skjevheter kan oppstå dersom forskjellen på gruppene er store ved starten av studiet, på tross av randomiseringen (Nortvedt et al., 2012, s. 116).

Et annet element som kan bidra til skjevhet er om det ikke er gjennomført blinding. Det er varierende om de inkluderte studiene i oversiktsartiklene har blinding, dobbelblinding eller ingen blinding. Dondé et al. (2019) har et åpent studiedesign og har dermed ikke blinding. Muligheten for blinding kan derimot variere fra den enkeltes studiets egenart og kontekst. Det er ofte vanskelig å blinde innenfor vårt fagfelt (Nortvedt et al., 2012, s. 116). Evaluering av effekten av et tiltak som psykoedukasjon kan være et eksempel på dette.

### 5.2.3 Statistisk skjevhet

På den ene siden viste forfatterne til bruk av verktøy for å vurdere den metodiske kvaliteten på de inkluderte studiene. På den andre siden brukte de alle ulike verktøy for å vurdere kvaliteten. Dette kan føre til at kvaliteten blir vurdert på ulike grunnlag, og dermed gir ulike resultater. Forfatterne beskriver derimot de ulike kriterier de har brukt for å vurdere metodisk kvalitet, som gir lesere et detaljert innblikk. De fleste ble vurdert av to uavhengige personer, eller inkluderte flere lengre i prosessen av kvalitetsevalueringen, for å forhindre skjevhet basert på skjønn.

Flere av studiene ble vurdert som lav kvalitet/høy statistisk skjevhet, hovedsakelig studiene som inkluderte akuttpsykiatrien som kontekst. Det er dermed mangel på studier som innehar god kvalitet. Dette gjenspeiles i de fleste oversiktsartiklene, hvor forfatterne etterspør større og bedre studier som kan avkrefte eller bekrefte resultatene. I bakgrunn av dette foretok vi også søk på psykoedukasjon som både langvarig behandling, og med ikke-innlagte personer for å sammenligne opp mot resultater fra akuttpsykiatrien.

I likhet med vurdering av kvalitet, vurderer studiene også de ulike utfallene. Dette forutsetter verktøy og metoder for å innhente svar. På den ene siden, gjorde alle studiene godt rede for hvilket verktøy som ble tatt i bruk for å vurdere eventuelle endringer på utfallsestimater. På den andre siden, opplevde vi derimot at de forskjellige studiene tok i bruk ulike skalaer og verktøy. Selv om skalaen eller verktøyet er gjort godt rede for i form av innhold og estimater, kan dette føre til ulike

resultater ved sammenligning. Dermed risiker oversiktsartikkelen å gi en feilaktig representasjon av virkeligheten.

En slik risiko kan vi se i dette eksempelet for måling av medisinoverholdelse, sammenlignet med måling av innsikt. Under måling for medisinoverholdelse tok flere forfattere i bruk “Schedule for Assessment of Insight” (SAI) for å måle medisinoverholdelse. Denne måler tre dimensjoner: Bevissthet om sykdom, evnen til å se psykotiske opplevelser som unormale, og behandlingsoverholdelse (David, 1990, s. 805). Disse dimensjonene, basert på nivå av innsikt, blir dermed sett på som måleenheter for å vurdere medisinoverholdelse. Et annet verktøy som blir tatt i bruk for å måle innsikt er “Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder” (SUMD). Den måler fem dimensjoner: det å ha en psykisk lidelse, behovet for å ta medisiner, konsekvenser og bevissthet om psykisk lidelse og attribusjon for de spesifikke tegn og symptomer på lidelse (Raffard et al., 2009, s. 243). Dondé et al. (2019) tar i bruk dette verktøyet for å måle innsikt hos pasientene i primærstudiet sitt. Til tross for svært like måleelementer i de forskjellige verktøyene, er konklusjonene deres motstridende.



## 6.0 Oppsummering

For å besvare problemstillingen “Hvordan kan vernepleiere bidra til økt mestring hos voksne personer med schizofreni gjennom psykoedukasjon?”, har vi tatt i bruk litteraturstudie som metode. Gjennom oppgaven har vi hatt fokus på akuttpsykiatrisk sengepost som arena. Gjennom metodetriangulering viste funnene at psykoedukasjon gir tegn til god effekt på både medisinoverholdelse, reduserer risiko for re-innleggelse/tilbakefall og økt kunnskap. Funn tyder på at individuelt tilpasset innhold og informasjonsformidling i psykoedukasjon er et behov pasienter satt igjen med etter endt psykoedukasjon. Ved å legge til rette for økt brukermedvirkning, tillit og kommunikasjon, kan vernepleieren individuelt tilpasse innhold og informasjon. På den måten kan vernepleier bidra til økt mestring hos personer med schizofreni gjennom psykoedukasjon. Det kan derimot være utfordrende å legge til rette for disse elementene på akuttpsykiatrisk sengepost. Grunnet mangel på tid og ressurser kan det bli krevende for vernepleier å ta i bruk sin relasjonelle kompetanse for å bygge tillit i samhandling med pasient. Dermed kan vernepleiers bruk av brobyggerrollen, og involvering av nærstående familie spille en viktig rolle. Vi ser likevel på det som viktig at vernepleieren går aktivt inn i partnerrollen til den grad det er mulig.

## 7.0 Vedlegg

Vedlegg 1, PICO

Vedlegg 2, PICo

Vedlegg 3, Dokumentasjon av søk

Vedlegg 4, Sjekkliste for kritisk vurdering av systematisk oversiktsartikkel

Vedlegg 5, Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitativ studie

Vedlegg 6, KBP skjema, Xia et al.

Vedlegg 7, KBP skjema, Zhao et al.

Vedlegg 8, KBP skjema, Kristiansen et al.

Vedlegg 9, KBP skjema, Dondé et al.

Vedlegg 10, KBP skjema, Alhadidi et al.

Vedlegg 11, KBP skjema, Barnicot et al.

## 8.0 Referanseliste

- Alhadidi, M. M., Abdullah, K. L., Yoong, T. L. (2020). A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6) 542-552. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0020764020919475>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literatur Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Open University Press
- Barnicot, K., Michael, C., Trione, E., Lang, S., Saunders, T., Sharp., Crawford, M. J. (2020). Psychological intervention for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101929>
- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: en refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808

Dondé, C., Senn, M., Eche, J., Kallel, L., Saoud, M. & Brunelin, J. (2019). Well-informed but not aware: The P.A.C.T.® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness. *Asian Journal of Psychiatry*, 46, 15-18. [10.1016/j.ajp.2019.09.034](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.09.034)

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal

Fischer, B., A. & Buchanan, R., W. (2021). Schizophrenia in adults: Clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. *UpToDate*. Hentet 22. mars 2022 fra [https://www.uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=schizophrenia&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/schizophrenia-in-adults-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=schizophrenia&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)

Fjell, A. & Mohr, M. (2001). *Foreldrearbeid i praksis: samarbeid og behandling*. Cappelen akademisk forlag.

FO (2017, 12. september). Om vernepleieryrket. Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO). <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>

Folkehelseinstituttet. (2015, 10. juni). *Om bipolar lidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser*. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/om-bipolar-lidelse-schizofreni-og-personlighetsforstyrrelser/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.

Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetoder for helse- og sosialfag: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Cappelen Akademisk Forlag

Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *PICO*. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957).

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykisk-helse/nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser%281%29>

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

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Sist faglig oppdatert 28. januar 2019.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parerendeveileder>

Helsedirektoratet. (2020). *Vilkår for tvungent psykisk helsevern. Pasientens hoveddiagnose. Bosteddområde: Totalt*. (Statistikk).

<https://statistikk.helsedirektoratet.no/bx/Dashboard/028e6f20-6846-46df-9f3b-7cf1e2c011d8?e=false&vo=viewonly>

Helsedirektoratet. (2022, 11. April). *Brukermedvirkning*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning#referere>

Hesse-Biber, S, N. (2010). *Mixed methods research: Merging Theory with Practice*.  
The Guilford Press

Kristiansen, S. T., Videbech, P., Kragh, M., Thisted, C. N. & Bjerrum, M. B. (2017).  
Patients` experiences of patient education on psychiatric inpatient wards; a  
systematic review. *Patient Education and Counseling*, 101(3), 389-398.  
[10.1016/j.pec.2017.09.005](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.005)

Løvhaug, L., Bramrud Hansen, S, O., Kråbøl, A., Ofrim, T., Tennås, I. & Sandberg,  
M. (2016, 1. november). *Psykoedukasjon til akuttpsykiatriske pasienter*.  
Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/psykoedukasjon-til-akuttpsykiatriske-pasienter#definitions>

Molander, A. & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Universitetsforlaget.

Møller, P. (2018). *Schizofreni- en forstyrrelse av selvet: Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Universitetsforlaget.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Gundersen, W. M. (2012). *Jobb Kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2.utg.). Cappelen Damm.

Owren, T. & Linde, S. (2020). *Vernepleiefaglig teori og praksis: sosialfaglige perspektiver* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2000-04-14-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2000-04-14-31>

Raffard, S., Bayard, S., Gely-Nargeot, M. C., Capdeville, D., Maggi, M., Barbotte, E., Morris, D. & Boulenger, J. P. (2009). Insight and executive functioning in schizophrenia: A multidimensional approach. *Psychiatry Research*, 167(3), 239-250. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.018>

Sidwell, A., Mayor, S., Wheeler, R., Costello, J. & Mitchell, A. (2021). Schizophrenia: Summary. *BMJ Best Practice*. Hentet 28. mars 2022 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000091?q=Schizophrenia&c=recentlyviewed>

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2017). *Psykiatrici: for helse- og sosialfagutdanningene*. (4. Utg.). Cappelen Damm.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

St.prp. Nr. 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006:  
Endringer i statsbudsjettet for 1998. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Vifladdt, E. H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk: Samhandling om læring og  
mestring*. Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

Xia, J., Merinder, L. B., Belgamwar, M. R. (2013). Psychoeducation for schizophrenia  
(review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6)  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J. & Jayaram, MB. (2015). Psychoeducation (brief) for  
people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,  
(4). [10.1002/14651858.CD010823.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2)