



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.:	427
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7715
---------------	------

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

Når schizofreni truer livskvaliteten

When schizophrenia threatens the
quality of life

Kandidatnummer: 427, 453 & 457

Vernepleie

Institutt for velferd og deltaking

Høgskulen på Vestlandet, Bergen

Antall ord: 7715

Innleveringsdato: 16. mai 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

Forord

Å arbeide med bacheloroppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess. Som gruppe har vi hatt gode og faglige diskusjoner. Vi har tilegnet oss kunnskap om vernepleierens rolle i å øke livskvaliteten til personer med schizofreni.

Oppgaven er skrevet ved Høgskulen på Vestlandet, campus Bergen, av tre studenter på vernepleierutdanningen. Vi ønsker å rette en stor takk til veilederen vår for god oppfølging og motiverende veiledningstimer. Vi ønsker å takke venner, familie og kollegaer for tålmodighet og motiverende ord gjennom skriveperioden. Avslutningsvis takker vi hverandre for et godt samarbeid.

Abstract

Background: Today, about 10 000 people are being treated for schizophrenia. Many people with schizophrenia experience low life quality as a result of the disease. We want to shed light on how life quality can be increased through salutogenesis and environmental therapy. We think it's important to focus on the person's resources rather than the medical perspective and disease.

Aim: The purpose of this bachelor thesis is to shed light on how the social educator in a FACT-team can use their competence to increase life quality for people with schizophrenia.

Research question: How can the social educator contribute to an increased life quality for people with schizophrenia who receive health service from FACT-team?

Method: Literature study.

Results/findings: The findings in the articles are showing how to increase life quality for people with schizophrenia through relation and trust, knowledge and coping with the disease.

Summary: Research shows that relations and trust, knowledge of disease and coping with the disease may have a positive effect on life quality for people with schizophrenia. While using salutogenesis and environmental therapy the focus will be on the patient's resources rather than limitations. The social educator's role in a FACT-team will be to support and motivate the patient to achieve an increased quality of life.

Keywords: Schizophrenia, life quality, social educator, FACT-team.

“Psykisk helse er ikke et **problem** vi skal løse.
Psykisk helse er en **rikdom** vi skal hjelpe hverandre å forvalte”

Kathrine Aspaas (2018)

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Avgrensing	8
1.4 Sentrale begreper	8
1.5 Disposisjon	9
2.0 Teori	10
2.1 Schizofreni	10
2.2 Livskvalitet	10
2.3 Vernepleiefaglig relevanse	11
2.4 Miljøterapeutisk og salutogen tilnærming	12
2.5 Relasjon og tillit	13
2.6 Mestring og motivasjon	14
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode	15
3.2 Litteratursøk	15
3.3 Styrker og svakheter ved metode	18
3.4 Analyse av litteraturstudie	18
3.5 Inklusjonskriterier	18
3.6 KBP-læringsverktøy	19
4.0 Resultat	20
4.1 Presentasjon av artiklene	20
4.2 Analyse av artiklene	21
4.2.1 Relasjon og tillit	22
4.2.2 Kunnskap om egen sykdom	23
4.2.3 Mestring av egen sykdom	24
5.0 Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet hos personer med schizofreni som mottar tjenester fra FACT-team?	26
5.1 Relasjon og tillit for å øke livskvaliteten	26
5.2 Kunnskap for å øke livskvaliteten	29
5.3 Mestring for å øke livskvaliteten	31
5.4 Analyse av egen studie	32
6.0 Avslutning	34
7.0 Referanseliste	35
8.0 Vedlegg	39
8.1 Vedlegg 1	39

Innholdsfortegnelse tabeller

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk	17
Tabell 2: Oppsummering av relevant litteratur	20
Tabell 3: Relevante temaer i forskningsartiklene	21

1.0 Innledning

I løpet av et år vil mellom én av fire og én av seks personer oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse. Folkehelseinstituttet vet lite om enkeltårsakene til å utvikle psykisk lidelse, men opplyser at genetiske og miljømessige faktorer kan øke sannsynligheten (Tesli et al., 2021). Psykisk lidelse er et bredt begrep som varierer fra lettere til mer alvorlig sykdom og kan være både kortvarig og langvarig. Schizofreni er en langvarig alvorlig psykisk lidelse. Per 1000 innbygger i Norge vil tre til fem personer rammes av schizofreni. Omtrent 10 000 personer blir til enhver tid behandlet for sykdommen i Norge (NHI, 2021). Schizofreni påvirker helsen og forbindes ofte med dårlig livskvalitet sammenlignet med resten av befolkningen (Ververda & Bjørnstad, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Redusert livskvalitet er blant de viktigste følgene av psykiske helse- og rusproblemer (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Folkehelseinstituttet publiserte i 2020 en rapport med formål om å undersøke livskvaliteten til den norske befolkningen. I rapporten kommer det frem at 16,1 prosent av befolkningen opplever lav livskvalitet. Det tilsvarer omtrent 684 000 personer over 18 år. Av disse er mottar 40-65 prosent sosialhjelp, er uføre, arbeidsledige eller har dårlig fysisk eller psykisk helse (Nes et al., 2020). I 2021 gjennomførte Statistisk sentralbyrå en ny undersøkelse av livskvaliteten til befolkningen. Sammenlignet med 2019 viste undersøkelsen en økning i antall som opplever lav livskvalitet. 28 prosent svarte at de hadde lav livskvalitet. Personer som er arbeidsledige og har helseutfordringer er også her overrepresentert (SSB, 2021).

Vår interesse for temaet startet da vi gjennom studieløpet var i praksis innen psykisk helsevern. Der fikk vi kjennskap til arbeidet Flexible Assertive Community Treatment teamene (FACT) gjør i samhandling med mennesker med alvorlig psykiske lidelser. Vi ble kjent med tjenestemottakere som fortalte at de opplevde å ha lav livskvalitet. Det kan ses i sammenheng med at redusert livskvalitet er en følge av psykisk sykdom (Helsedirektoratet, 2014, s. 8). Erfaringene vi gjorde kombinert med rapportene fra folkehelseinstituttet og SSB er bakgrunnen for valg av tema i oppgaven (2020; 2021).

1.2 Problemstilling

Oppgaven handler om hvordan vernepleiere kan bruke sin kompetanse for å hjelpe personer med schizofreni til å bedre sin livskvalitet. Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

“Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet hos personer med schizofreni som mottar tjenester fra FACT-team?”

1.3 Avgrensing

Oppgaven rettes mot individnivå med fokus på salutogen- og miljøterapeutisk tilnærming. Brukergruppen er avgrenset til mennesker over 18 år med diagnosen schizofreni i henhold til diagnosekode 6A20 i ICD-11 (WHO, 2022). Konteksten rettes mot hjemmeboende mennesker som mottar tjenester fra FACT-team. Sentralt i oppgaven vil være tre faktorer og et program ledet av FACT som kan påvirke livskvaliteten til personer med schizofreni. Vi ønsker å se på hvordan tjenestemottakeren med støtte fra vernepleieren selv kan oppnå økt livskvalitet og leve et meningsfylt liv med schizofreni.

1.4 Sentrale begreper

Schizofreni

En psykisk lidelse som kjennetegnes ved forstyrrelser i mentale prosesser. Det inkluderer tenking, persepsjon, selvopplevelse, kognisjon, affekt og atferd (WHO, 2022, 6A20).

Livskvalitet

Livskvalitet handler om hvordan hver enkelt opplever livet. Trivsel, livsglede og engasjement påvirker den enkeltes helse og levealder, samt familie-, arbeids- og samfunnsliv (Nes, 2019).

Vernepleier

En person med 3-årig høgskoleutdanning i vernepleie har kunnskap innenfor helse- og sosialfag i tillegg til samfunnsfaglige, juridiske, pedagogiske og psykologiske emner (Profesjonsrådet for vernepleiere, 2017).

FACT-team

Tverrfaglig oppsøkende team som tilbyr kontinuerlig hjelp og oppfølging til personer med alvorlige psykiske lidelser (Veldhuizen, 2013, s. 8).

1.5 Disposisjon

Oppgaven består av seks kapitler. I kapittel en har vi presentert bakgrunn for valg av tema, problemstilling, avgrensing av oppgaven og sentrale begreper. Kapittel to er et teorikapittel hvor relevant teori presenteres. I kapittel tre kommer metode. Her vil vi presentere litteraturstudie som metode, hvordan vi har gått frem i søkeprosessen, analyse og kritisk vurdering av metoden. I kapittel fire analyserer vi resultatene fra litteraturstudien. Kapittel fem tar for seg drøfting av resultatene fra litteratursøket opp mot relevant teori, samt en analyse av studien vår. Til slutt oppsummeres oppgaven i kapittel seks. Avslutningsvis vil vi legge ved referanseliste og vedlegg.

2.0 Teori

2.1 Schizofreni

Schizofreni er en alvorlig psykisk lidelse som kjennetegnes av gjennomgripende forandringer i tanker, følelsesliv og persepsjon (Håkonsen, 2014, s. 359–360). Ved diagnosen schizofreni kan en oppleve vrangforestillinger, hallusinasjoner, endring i selvopplevelse, kognisjon, vilje, affekt og atferd (WHO, 2022, 6A20). Andre symptomer kan være opplevelse av å bli styrt utenfra, sløvhet, passivitet, initiativløshet og manglende interesse for omgivelsene. Det er vanlig at utviklingsløpet er langtrukket. Symptomene utvikler seg over måneder og år, og starter med gradvis tilbaketrekning og isolasjon. Sosiale og følelsesmessige situasjoner blir ofte vanskeligere, og den sosiale isolasjonen blir større (Håkonsen, 2014, s. 360–364). Dette kan påvirke livskvaliteten til personen (Verwerda & Bjørnstad, 2018).

Ved schizofreni ser en ofte at personen forsøker å unngå andre og kan oppleve andre som en trussel. Samtidig ønsker personen å bli sett og forstått. Vi kan se det som at personen lever to parallelle liv. Personen ønsker å bli forstått og møtt med omsorg, men prøver også å beskytte seg selv og er redd for at andre skal oppdage hvordan en egentlig har det (Håkonsen, 2014, s. 364–365). Å bekjempe fortvilelse og håpløshet er ofte en stor behandlingsmessig utfordring for personer med schizofreni, da følelsen av håpløshet i flere tilfeller fører til tanker om å ta sitt eget liv (Håkonsen, 2014, s. 359).

2.2 Livskvalitet

En kan se på livskvalitet som subjektive og objektive sider av livet. Den subjektive livskvaliteten handler om opplevelsen hver enkelt har til livet, som for eksempel positive følelser som glede og god livskvalitet. Dette omfatter opplevelse av gode fungeringer som vitalitet, interesse, mening og mestring. Den subjektive livskvaliteten kan oppleves god selv under sykdom, helseplager eller andre belastninger. Den objektive livskvaliteten handler om hvor god livssituasjonen er for den enkelte. Det vil

si objektiv helsetilstand og funksjonsevne, arbeidsoppgaver, materielle levekår og fritidssysler (Nes et al., 2021). Personer med schizofreni kan ofte oppleves som ambivalente og sosialt isolerende. Tanker og følelser som motstrider hverandre hemmer interesse og aktivitet som for eksempel sosial omgang med andre mennesker (Håkonsen, 2014, s. 360).

2.3 Vernepleiefaglig relevans

Vernepleierprofesjonen er den eneste profesjonen med kombinert helse- og sosialfaglig kompetanse (Profesjonsrådet for vernepleiere, 2017). Vernepleieren er underlagt handleplikten jmfør §4 i helsepersonelloven, en plikt til å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Et sentralt fokus i vernepleiefaglig kompetanse er å ha et helhetssyn på mennesket, hvor sosiale funksjonsvansker har samme fokus som fysiske og psykiske funksjonsvansker. Vernepleieren har kunnskap om ulike sosiale og samfunnsmessige utfordringer. Målet til en vernepleier er å gi den enkelte best mulig hjelp og støtte ut ifra egne forutsetninger, samt en meningsfull hverdag. Det kan inkludere å tilrettelegge for at tjenestemottaker blir mer selvstendig, mestrer egen hverdag, deltar i sosiale sammenhenger eller kontrollere utagerende atferd (Nordlund et al., 2015, s. 16).

Vernepleiefaglig kompetanse kan komme til nytte i et tverrfaglig team som FACT. FACT-team er bredt sammensatt av sykepleier, vernepleier, psykiater, psykiatrisk sykepleier, sosionom, psykolog, arbeidsspesialist, ruskonsulent og brukerspesialist (Veldhuizen, 2013, s. 8). Tjenestene skal tilbys der tjenestemottakeren oppholder seg. Dette inkluderer behandling og oppfølging knyttet til alt fra økonomi, fritidsaktiviteter og medikamenthåndtering. Tjenestemottakerne skal få innsikt i hvordan de kan håndtere egen sykdom, ta vare på seg selv og delta aktivt i samfunnet (Veldhuizen, 2013, s. 14).

Det overordnede målet til FACT er å redusere innleggelser og hjelpe tjenestemottakerne til å oppnå god livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). En av tjenestene FACT kan tilby er Illness Management and Recovery, videre forkortet IMR. IMR er organisert som et program og inneholder ulike moduler innen

kognitiv tilnærming, psykoedukasjon, sosial ferdighetstrening og mestringstrening. Modulene danner grunnlag for undervisning, opplæringsstrategier og motivering. IMR har som formål å hjelpe tjenestemottakerne til å bedre håndtere sine symptomer (Karlsson & Borg, 2017, s. 78).

2.4 Miljøterapeutisk og salutogen tilnærming

Miljøterapeutisk tilnærming baseres på miljøarbeid. Miljøarbeid er en sentral rolle i vernepleierens arbeid. Det innebærer en faglig tilnærming for å påvirke rammefaktorer og individuelle forutsetninger, med formål om økt livskvalitet og mestring hos tjenestemottakerne. Målrettet miljøarbeid kan defineres som en systematisk tilrettelegging av fysiske, psykiske og sosiale faktorer i miljøet for å oppnå bedret livskvalitet, personlig vekst og utvikling for den enkelte tjenestemottaker (Brask et al., 2016, s. 24).

En salutogen tilnærming bygger på Aron Antonovsky sin teori, salutogenese. Teorien vektlegger mestring (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 359). Antonovsky var en medisinsk sosiolog som skapte begrepet salutogenese innen psykisk helsearbeid (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 359). Teorien gir en grunnleggende beskrivelse av hvordan mestring kan skapes. Hovedfokuset knyttes til faktorer som bidrar til at vi opprettholder god helse (Langeland, 2017). Salutogenese vektlegger helse- og mestringsperspektivet fremfor sykdomsperspektivet ved å fremme tjenestemottakernes muligheter, ubrukte sider og omgivelsene. Teorien fokuserer på aktivering av ressurser og potensialer (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 359).

Recovery-tenkningen står sentralt i teorien, en holdning som vektlegger muligheter og personlig utvikling, med formål om en meningsfull hverdag for å øke livskvaliteten (NAPHA, 2022). Antonovskys kjernebegrep i salutogenese er opplevelse av sammenheng. Han deler det inn i tre underbegreper: forståelighet, håndterbarhet og mening. For å mestre spenning i situasjoner i hverdagen presenterte Antonovsky ulike mestringsressurser. Han hevdet at egoidentitet og sosial støtte var avgjørende mestringsressurser. Antonovsky fremhever at kvaliteten på sosiale relasjoner er viktig

i behandling og forebygging av psykiske helseproblemer (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 361).

2.5 Relasjon og tillit

I kommunikasjon mellom mennesker er tillit og mistillit grunnleggende. Når vernepleieren viser tillit, forutsetter det å gi fra seg makt og slippe kontrollen. God tillit innenfor yrkesrollen innebærer at tjenestemottakeren lettere vil kunne åpne seg og være mer sårbar enn en ville vært overfor hvilken som helst annen person. Vernepleieren må ikke misbruke tillitsrelasjonen, da det kan skape mistillit. Tjenestemottakerne er sårbare og har ikke alltid oversikt over egne behov. De har tillit til at vernepleieren har genuine hensikter i hjelperollen. Dette er viktig å huske på i yrkesutførelsen (Eide & Eide, 2017, s. 26–27).

I et helsefaglig perspektiv betegnes relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker, for eksempel mellom vernepleieren og tjenestemottaker, kollegaer eller pårørende (Eide & Eide, 2017, s. 17). Håkonsen (2014, s. 278) hevder at relasjonen til andre mennesker innebærer at en møter de store utfordringene i livet. Utfordringene en står overfor når en skal forholde seg til andre mennesker på en god måte, er større enn alle andre utfordringer en kan stå i.

Når relasjonen vi har til andre mennesker oppleves god, er grunnlaget for velvære, selvstendighet og trygghet lagt (Håkonsen, 2014, s. 278). Samtidig er det her en finner de grunnleggende konfliktene som ligger bak psykiske lidelser. Når en opplever mangel på kontroll og mulighet til påvirkning kan en føle seg sårbar og svak. Livskvaliteten kan trues. Hver enkelt har sin egen grense, når den overskrides kan en utvikle psykiske problemer (Håkonsen, 2014, s. 279).

2.6 Mestring og motivasjon

Eide og Eide (2017, s. 48) definerer mestring innen helsefaglig perspektiv som at en endrer forestillinger, følelser og atferd for å gjenopprette mening og sammenheng i livet. Videre sier de at dette bidrar til å bearbeide følelsesmessige reaksjoner, løse problem og forbedre livssituasjonen.

Innenfor mestring finner vi begrepet hverdagsmestring. Hverdagsmestring er hvordan en forholder seg til krevende situasjoner i hverdagen (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Evnen til hverdagsmestring kan bli utfordret i ulike livssituasjoner, eksempelvis ved psykiske utfordringer. Hverdagsmestring er individuelt. Det kan for noen være å ivareta egen helse. Mens for andre å gjennomføre praktiske gjøremål eller å fylle en ønsket rolle i familien, nærmiljøet eller arbeidslivet. For å styrke en persons hverdagsmestring kan vernepleieren bidra gjennom god kommunikasjon.

Kommunikasjon kan avklare hva som er viktig for personen og motivere for å nå målene personen setter seg (Eide & Eide, 2017, s. 48–49). Vernepleieren kan gjennom motiverende veiledning styrke tjenestemottakerens mestringsfølelse og mestringsevne. Dette innebærer kommunikasjon som styrker den andres indre motivasjon for endring, utvikling og aktiv mestring (Eide & Eide, 2017, s. 56).

I arbeidet med å motivere tas det utgangspunkt i selvbestemmelsesteorien utviklet av Edward Deci og Richard Ryan. Teorien bygger på at alle har behov for selvbestemmelse, tilknytning eller mestringsfølelse. Det styrkes i den grad vi blir anerkjent og tilfredsstilt (Eide & Eide, 2017, s. 56). Teorien gir gjennom to grunner forståelse av hvordan kommunikasjon kan påvirke mestring positivt. Den første grunnen er at mennesker naturlig søker å lære og bruke seg selv best mulig. Den andre er at teorien konkretiserer hva motiverende veiledning kan bestå av, slik at en best mulig kan støtte tjenestemottaker og pårørende i mestrings- og endringssituasjoner. For å styrke tjenestemottakerens indre motivasjon må tre grunnleggende psykologiske behov dekkes; selvbestemmelse og samvalg, tilknytning og gode relasjoner, og kompetanse og mestring (Eide & Eide, 2017, s. 57).

3.0 Metode

Metode defineres av sosiologen Vilhelm Aubert som en fremgangsmåte og et verktøy som tas i bruk for å løse problemer og finne frem ny kunnskap (Bjørndal, 2017, s. 30). Metoden skal brukes som et redskap for å undersøke problemstillingen. En må benytte den metoden som egner seg best til å belyse og besvare problemstillingen (Dalland, 2020, s. 53).

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har valgt å benytte oss av litteraturstudie som metode. Litteraturstudie vil si at en forsøker å finne relevant forskning mot det temaet en er interessert i (Jacobsen, 2021, s. 47). Vi mener denne metoden egner seg best til å besvare problemstillingen da vi både får resultater i form av målbare data og erfaringer fra tjenestemottakerne. For å finne relevant forskning har vi søkt etter kvalitativ og kvantitativ data. Kvalitativ data viser til effekt av tiltak og kvantitativ data viser til holdninger og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016a). Vi har også benyttet relevant faglitteratur i form av oppdaterte bøker og nettressurser.

3.2 Litteratursøk

Litteratursøk innebærer systematiske valg av database, utforming av søkeord, begrunnelse for hvilke artikler som velges ut, samt dokumentasjon og beskrivelse av søket (Astrup Nielsen et al., 2021, s. 65). Innledningsvis i søkeprosessen benyttet vi oss av PICO og PICO i KBP-læringsverktøy (vedlegg 1) for å finne presise søkeord.

Vi benyttet ordbøker og MeSH som oversettelsesverktøy. Aktuelle søkeord og avgrensning av søk beskrives i tabell 1. Vi startet med et bredt litteratursøk i Google Scholar for å få en oversikt over hvor mye forskning som fantes på området. Videre benyttet vi kunnskapspyramiden gjennom søkene. Det øverste nivået i kunnskapspyramiden er oppsummering av relevant forskning knyttet til en bestemt klinisk problemstilling koblet opp mot individuell pasientdata (Nortvedt et al., 2021, s.

49). Det finnes svært få slike systemer i dag. Vi begynte derfor søkene ett hakk lenger ned i pyramiden.

De to neste nivåene inkluderer oppsummert forskning og anbefalinger for praksis. Det nest øverste nivået er kliniske oppslagsverk. Her finner en systematiske oversikter, oppsummering av retningslinjer og enkeltstudier innenfor kliniske temaområder (Nortvedt et al., 2021, s. 49–50). Vi søkte i oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practices. Neste nivå i pyramiden er kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer. Her er fokuset å gi råd og anbefalinger til helsepersonell for å sikre forsvarlige helsetjenester. Vi benyttet oss av det norske oppslagsverket Helsedirektoratet da vi som helsepersonell i Norge må forholde oss til de nasjonalfaglige retningslinjene (Nortvedt et al., 2021, s. 51).

De to nederste nivåene i pyramiden inkluderer forskningsbasert kunnskap fra enkeltstudier. Nest nederst finner vi systematiske oversikter. Det vil si oversiktsartikler hvor forfatteren vurderer og oppsummerer enkeltstudier fra samme tema eller problemstilling. Relevante oppslagsverk vi benyttet oss av var Cochrane Library, Epistemonikos og Campbell Library. Nederst i pyramiden er enkeltstudiene. Her finner en ulike forskningsartikler som er publisert i vitenskapelig tidsskrift. Vi søkte her for å se om vi fant relevante enkeltstudier i tillegg til de systematiske oversiktene (Nortvedt et al., 2021, s. 52–54). Her søkte vi i CINAHL, MEDLINE og PubMed. For å dokumentere relevante søk har vi benyttet oss av en egenlaget tabell (tabell 1) som gir oversikt over den viktigste informasjonen. Søkene ble gjennomført medio april 2022.

Tabell 1: Oversikt over litteratursøk

Database	Søkeord/kombinasjon	Antall treff	Avgrensing i søk
CINAHL	“Schizophrenia” AND “quality of life”	196	2018 - 2022 Engelsk Akademiske tidsskrifter
CINAHL	“Schizophrenia AND life quality AND home health care”	3192	2018 - 2022 Engelsk Akademiske tidsskrifter
PubMed	"quality of life" AND "schizophrenia" AND "outpatient clinics"	6	2017 - 2022
PubMed	“schizophrenia AND quality of life AND self-management”	9	2018 - 2022 Meta analyse Systematisk oversikt Randomisert kontrollert studie
Helsebiblioteket	“schizofreni og livskvalitet”	13	Oppsummert forskning
Google scholar	“Schizophrenia AND quality of life AND negative symptoms”	17 000	2018-2022
Google scholar	“IMR AND gruppebehandling”	3	2018 - 2022
Epistemonikos	“Schizophrenia AND quality of life AND negative symptoms AND patient-nurse relation”	39	2018 - 2022 Systematisk oversikt
Epistemonikos	“Schizophrenia AND patient-nurse- relation”	1338	2018 - 2022 Systematisk oversikt
Epistemonikos	“Schizophrenia AND quality of life AND Flexible assertive community treatment”	0	2018 - 2022
Oria	“Schizophrenia” and “IMR”	445	Fagfelleurdert

3.3 Styrker og svakheter ved metode

Litteratursøk kan gi mange treff. En styrke er at det er mye forskning tilgjengelig. Det er muligheter for å finne relevant data for å belyse problemstillingen dersom en bruker de riktige søkeordene og søker i egnede databaser. På den andre siden kan det være en svakhet at resultatene i artiklene kan sprike selv om målgruppe og tiltak ser lik ut. Det kan derfor være hensiktsmessig å søke etter oppsummert forskning før enkeltstudier (Nortvedt et al., 2021, s. 76).

3.4 Analyse av litteraturstudie

En analyse omhandler å gjøre det mulig for leseren å få økt kunnskap om temaet uten å selv måtte lese all forskning som er benyttet i studien (Tjora, 2021, s. 216). Forskeren vil prøve å finne meningen i materialet og bryte det opp i ulike deler. Funnene presenteres i et beskrivende og fortellende format (Helsebiblioteket, 2016b). Av den grunn krever en analyse intenst tankearbeid og evnen til å systematisere (Tjora, 2021, s. 216). Gjennom litteratursøket fant vi flere relevante artikler som vi i kapittel fire bryter opp og strukturerer i relevante temaer. Dette kalles tematisering (Dalland, 2020, s. 96).

3.5 Inklusjonskriterier

For å analysere litteraturen benyttet vi inklusjonskriterier. Inklusjonskriteriene avgjorde hvilke artikler fra litteratursøket vi valgte å lese. Vi sjekket at inklusjonskriteriene var til stede når vi analyserte artiklene. Inklusjonskriteriene var:

- Deltakerne er over 18 år
- Deltakerne har schizofreni
- Artikkelen kan ses i sammenheng med livskvalitet
- Artikkelen er fagfellevurdert

Vi valgte de tre første inklusjonskriteriene i henhold til oppgavens avgrensning, og for å finne relevante artikler som kan svare på vår problemstilling. Det siste inklusjonskriteriet var at artiklene var fagfellevurdert. Ved at artiklene er

fagfellevurdert tyder det på at det er troverdige kilder. Foruten inklusjonskriteriene har vi valgt å fokusere på ny og oppdatert forskning. Vi valgte derfor å søke etter artikler fra 2018. Til tross for dette inkluderte vi en artikkel fra 2012 og en artikkel fra 2017 på grunn av artiklenes relevans, og at de inkluderte alle inklusjonskriteriene.

3.6 KBP-læringsverktøy

Inklusjonskriteriene ga oss fem relevante artikler. Vi benyttet KBP-læringsverktøy (vedlegg 1) for å kritisk vurdere de. Kritisk vurdering benyttes for å vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten i artikkelen (Nortvedt et al., 2021, s. 76). Det gjøres for å vurdere om litteraturen er troverdig og om den kan benyttes for å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152). I KBP-læringsverktøy (vedlegg 1) oppga vi blant annet på hvilket studiedesign som ble benyttet, hva resultatene fortalte og om en kan stole på dem.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av artiklene

I tabell 2 har vi oppsummert relevant litteratur gjennom en systematisk tabell.

Tabellen består av fem kolonner: forfatter og årstall, tittel, formål, kontekst/populasjon og metode/design. Tabellen skal gi leseren en kort oversikt over det viktigste innholdet fra litteraturen, og et innblikk i hva som vil komme videre i oppgaven.

Tabell 2: Oppsummering av relevant litteratur

Forfatter, årstall	Tittel	Formål	Kontekst/ populasjon	Metode/design
Hasan & Tumah, 2018	Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics	Studien undersøkte avgjørende faktorer for livskvalitet hos personer med schizofreni	157 personer med schizofreni, behandlet i poliklinikker	Tverrsnittstudie
Zou et.al., 2012	Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis	Studien undersøker effekten av egenmestring for personer med schizofreni	13 studier er inkludert	Metaanalyse
Jensen et al., 2019	Participants' Lived Experience with the Illness Management and Recovery (IMR) Program in Relation to their Recovery-Process	En studie som undersøker personer med alvorlig psykiske lidelser sine erfaringer under og etter IMR-program	Ett senter for psykisk helsevern og to bolighjem	Kvalitativ studie
Kvie, 2017	Frisk gjennom gruppebehandling	Formålet var å finne hva som var avgjørende for mestring og tilfriskning hos personer med alvorlig psykisk lidelse i en IMR-gruppe	9 vitenskapelige artikler	Litteraturstudie

Nyanyiwa et al., 2022	A scoping review: Treatment attitudes and adherence for adults with schizophrenia	Undersøkte faktorer som påvirket mennesker med schizofreni sin holdning til behandling og etterlevelse av medikamenter. Temaene som ble undersøkt var alvorlighetsgrad av symptomer, bivirkninger, tro og holdninger, innsikt, støtte og relasjoner.	Forskning og fagfelleverderte artikler publisert mellom 2010 og 2020 fra databasene PsycINFO, MEDLINE, Cochrane library og CINAHL.	Systematisk oversikt
-----------------------	---	--	--	----------------------

4.2 Analyse av artiklene

Vi har gjennom å analysere artiklene trukket ut de mest relevante resultatene knyttet til problemstillingen vår. Ved å analysere artiklene har vi strukturert resultatene i tre hovedtemaer: (1) relasjon og tillit, (2) kunnskap og (3) mestring. Tabell 3 viser en systematisk oversikt over hvilke forskningsartikler som omhandler hvilke temaer. Temaene er sentrale faktorer i arbeidet med å øke livskvaliteten til personer med schizofreni. Disse temaene vil vi komme nærmere inn på gjennom oppgaven.

Tabell 3: Relevante temaer i forskningsartiklene

	(1) Relasjon og tillit	(2) Kunnskap	(3) Mestring
Hasan & Tumah, 2018		X	X
Zou et al., 2012	X	X	X
Jensen et al., 2019	X	X	X
Kvie, 2017	X	X	X
Nyanyiwa et al., 2022	X	X	

4.2.1 Relasjon og tillit

Viktigheten av relasjon og tillit er gjennomgående i flere av artiklene. I studien fra Jensen et al. (2019) var et av hovedtemaene sosial tilknytning til andre IMR-deltakere. IMR er som tidligere nevnt et behandlingsprogram som skal fremme håp og livskvalitet gjennom læring (Gringerich & Mueser, 2019). Deltakernes erfaringer fra IMR-programmet var positive. De ble behandlet med respekt både fra instruktørene og andre gruppemedlemmer. Deltakerne opplevde seriøsitet rundt sosiale normer og aksept av følelser. De utviklet optimistiske holdninger til eget liv, og utviklet empati for hverandre ved å lytte til hverandres livshistorier. Jensen et al. (2019) vektla tilknytning som et viktig element for å oppleve økt livskvalitet.

Studien til Kvie (2017) handler om å bli frisk gjennom IMR-program. Sosial samhandling viste å ha stor effekt på livskvaliteten hos personer med schizofreni. Sosial støtte og tilhørighet anses som et viktig ledd i tilfriskningsprosessen. Åpenhet om sykdommen førte til aksept og forsoning, og skapte gode relasjoner mellom deltakerne.

Relasjon og tillit fremkommer også i en studie fra Nyanyiwa et al. (2022). Resultatene viste at en faktor som påvirket overholdelse og etterlevelse av medikamenter for personer med schizofreni var støtte og relasjoner. Støtte og relasjoner viste seg å være viktig for å påvirke personer med schizofreni sin holdning til å ta medikamenter. God relasjon og tillit mellom tjenestemottaker og tjenesteyter påvirket tjenestemottakerens vilje og motivasjon til å følge behandlingen.

En annen faktor som påvirket overholdelse av medikamenter var tro og holdning til tilfriskningsprosessen. De som oppfattet behandlingen som nødvendig fulgte behandlingen. Deltakerne som hadde bekymringer angående foreskrevet antipsykotika, valgte å slutte å ta dem. Studien viste også at troen på tilfriskning påvirket holdningen og etterlevelse til å ta medikamenter (Nyanyiwa et al., 2022).

Zou et al. (2012) undersøkte effekten av selvmestring gjennom gruppebehandling for personer med schizofreni. Studien viste en økning i antall sosiale kontakter, både daglig, ukentlig og månedlig i intervensjonsgruppene (de som deltok i

gruppebehandlingen) sammenlignet med kontrollgruppen. I kontrollgruppen var det ingen økning i sosial kontakt (Zou et al., 2012).

4.2.2 Kunnskap om egen sykdom

Resultatene fra artikkelen til Hasan og Tumah (2018) viste at kunnskapsnivå om sykdom påvirket personens livskvalitet. Høyt kunnskapsnivå om sykdommen var forenelig med høy skåring på livskvalitet. Ved å ha kunnskap om egen sykdom kan tjenestemottaker forstå bakgrunnen for egne handlinger og oppleve økt livskvalitet. Mangel på kunnskap vises å kunne bli forvekslet med skam, håpløshet og hjelpesløshet.

Resultatene til Kvie (2017) peker på ulike temaer for å oppnå mestring og tilfriskning, et av de var økt kunnskap. Artikkelen legger frem at ved økt kunnskap får deltakerne større innsikt i egen sykdom. De har dermed dannet et bedre grunnlag for å bearbeide egne symptomer. IMR-programmet fremmer deltakernes kognitive funksjoner, og gjør det lettere å forstå og håndtere egen sykdom. Læring av ny kunnskap førte til at deltakerne fikk ny innsikt og tro på at endring var mulig (Kvie, 2017).

Artikkelen til Zou et al. (2012) viste at opplæring gjennom undervisning i selvmestring er effektivt for personer med schizofreni. Innholdet i gruppeundervisningen var blant annet sykdom, symptomhåndtering, tilbakefallsforebygging, medisiner, gjenkjenning av bivirkninger og psykososial behandling. Funnene i de 13 artiklene var delvis varierende. Funnene i 10 av artiklene viste forbedring hos intervensjonsgruppene. Forbedringen innebærte bedret funksjon, mindre symptomer, lavere tilbakefall og reinnleggelser.

Oppsummert viser funnene at sjansen for reinnleggelse var mindre for de som deltok på opplæring for økt selvmestring. Etterlevelse av medikamenter økte hos de i intervensjonsgruppene. Det var 2,57 ganger større sannsynlighet for selvmestring av medikamenter for de som var i gruppen med selvmestring. Kunnskap og opplæring i selvmestring reduserer tilbakefall og reinnleggelser. Det hevdes at denne behandlingen gir personer med schizofreni økt grad av autonomi og ansvar i

håndtering av egen sykdom. De som opplevde effekt i selvmestring hadde større overholdelse av medikamenter (Zou et al., 2012).

Artikkelen til Nyanyiwa et al. (2022) viste at holdning også påvirket overholdelse av medikamenter hos personer med schizofreni. Sykdomsinnsikt viste seg å være en faktor som var positivt assosiert med holdning til antipsykotika og medikamentetterlevelse. Sykdomsinnsikt er ifølge Nyanyiwa et al. (2022) bevissthet om sykdom, behov for behandling og de sosiale konsekvensene som følge av sykdommen. Beslutningen om å holde frem i behandling startet med bevissthet, etterfulgt av erkjennelse av behovet for behandling og deretter aksept for behandlingen (Nyanyiwa et al., 2022).

Når det kommer til virkningen av IMR på deltakernes personlige restitusjonsprosess, la deltakerne frem at de snakket om seg selv og reflektere over hverdagen med en psykisk lidelse. I forhold til endringer la deltakerne frem at de under IMR lærte om restitusjon som en personlig opplevelse. De oppdaget bedring i livet og lærte at tilbakefall er en del av tilfriskningsprosessen. De sa også at læring om alvorlig psykiske lidelser gjorde dem i stand til å kunne reflektere over sin vei videre med en psykisk lidelse. Deltakerne så på utvikling i tilfriskningen som en måte å forstå sykdommen. En av deltakerne sa at de lærte at et fall er vanskelig å reise seg fra, men om du tar to skritt bakover, og ett framover, vil du fortsatt være på bedringens vei (Jensen et al., 2019).

4.2.3 Mestring av egen sykdom

Temaet mestring går igjen i samtlige artikler. Hasan og Tumah (2018) hevdet at det er en direkte sammenheng mellom økt livskvalitet og mestring. De trakk frem tre positive mestringsstrategier som førte til at deltakerne skåret høyere på livskvalitets skalaen. Mestringsstrategiene innebærte å kunne bagatellisere og nedtone stressende situasjoner, lede oppmerksomheten bort fra situasjonen og ta kontroll over stressende situasjoner på en positiv måte. Dette kalte de stresskontroll (Hasan & Tumah, 2018). Zou et al. (2012) hevdet og at kunnskap om stresskontroll, også kalt

stressmestring, er gunstig. Opplæring i stressmestring og andre mestringsstrategier er effektivt og gjennomførbart for å øke livskvaliteten til personer med schizofreni.

Resultatene fra Jensen et al. (2019) sin studie viste at IMR-programmet var med på å bedre deltakernes personlige restitusjonsprosess. I løpet av programmet lærte deltakerne å snakke om hverdagen med psykiske lidelser. De sosialiserte seg med andre, og snakket om å også møtes i andre sammenhenger. Programmet la til rette for økt mestring, selvtillit, fellesskap, forståelse og frihet til å være seg selv (Jensen et al., 2019).

Kvie (2017) kom frem til flere av de samme resultatene i sin studie. Opplevelse av mestring gjennom IMR-programmet genererte positive følelser til deltakerne. De fikk styrket selvfølelse, bedre kontroll over eget liv og håp for fremtidens utfordringer. Struktur og personlige mål var sentralt for å fremme mestring og tilfriskning hos deltakerne. Resultatene viste at forutsigbarhet og forventninger er viktig for personer med schizofreni. For å ha bedre forutsetning til å oppnå mestring og økt livskvalitet gjennom IMR-programmene ble det informert om innholdet i programmet og hvilke krav som ble stilt til deltakerne (Kvie, 2017).

5.0 Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet hos personer med schizofreni som mottar tjenester fra FACT-team?

5.1 Relasjon og tillit for å øke livskvaliteten

For at vernepleieren og FACT-teamet skal kunne støtte tjenestemottakeren i arbeidet med å oppnå økt livskvalitet viser funnene at relasjon og tillit bør ligge til grunn (Jensen et al., 2019; Kvie, 2017; Nyanyiwa et al., 2022). God relasjon og tillit mellom vernepleieren og tjenestemottaker mener vi er viktig i det miljøterapeutiske arbeidet. Et viktig moment for å øke tjenestemottakerens livskvalitet er å kommunisere og samarbeide om hva som er viktig for tjenestemottakeren og hvilke mål en ønsker å oppnå (Eide & Eide, 2017, s. 29). Her bør vernepleieren lytte til tjenestemottakerens ønsker og behov. Med fokus på dette sikres også tjenestemottakerens rett til selvbestemmelse jmfør §3-1 i pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

For personer med alvorlig psykiske lidelser kan relasjon og tillit være utfordrende (Håkonsen, 2014, s. 360–365). Studien fra Nyanyiwa (2022) understrekte at god relasjon og tillit påvirket tjenestemottakerens vilje og motivasjon til å følge behandling. Vi antar at dette kommer av at tjenestemottaker kjenner på en trygghet og tillit til vernepleieren og dens yrkesutøvelse. Når det er etablert tillit og relasjon mellom vernepleier og tjenestemottaker kan vernepleiere i FACT-team forsøke å motivere til å delta i sosiale sammenhenger. FACT teamet kan introdusere tjenestemottakeren til IMR-programmet og motivere til å delta på dette. Det kan tenkes at sosialisering kan redusere isolasjon for tjenestemottaker, samt flytte fokus og redusere frustrasjon rundt de negative sidene av sykdommen. Dette kan igjen tenkes å øke livskvaliteten til tjenestemottakeren.

I arbeidet med å motivere er god kommunikasjon viktig for å sikre indre motivasjon hos tjenestemottaker (Eide & Eide, 2017, s. 56–57). Som vernepleier kan en komme i situasjoner der det av ulike årsaker vil være vanskelig og utfordrende å danne en relasjon med tjenestemottakeren. Av erfaring opplever vi at det å bygge relasjon og

tillit kan ta tid. Som vernepleier er det viktig å følge tjenestemottakerens tempo. Vernepleieren bør ha tålmodighet og vise empati, samt lytte til tjenestemottakerens ønsker og behov.

Håkonsen (2014, s. 364–365) hevder at schizofreni kan medføre utfordringer i sosiale relasjoner. Dette innebærer blant annet at personen på en side ønsker å bli sett og forstått, men på den andre siden er redd for at andre skal oppdage hvordan en faktisk har det (Håkonsen, 2014, s. 364–365). Til tross for dette er det viktig at vernepleieren i et FACT-team forsøker å motivere tjenestemottakeren til å delta i gruppebasert behandling. Vi tror sannsynligheten for deltakelse i gruppebasert behandling som IMR-program øker dersom tjenestemottakeren er trygg på gruppelederen. Forskning viser at sosial samhandling og tilknytning gjennom gruppebehandling har stor effekt på livskvaliteten til mennesker med schizofreni (Jensen et al., 2019; Kvie, 2017). I et IMR-program er tjenestemottakeren nødt til å sosialisere seg. Ved at deltakerne blir trygge på hverandre er det større sannsynlighet for at de våger å åpne opp om sykdommen sin. Dette kan føre til forsoning og aksept, og generer optimistiske holdninger hos deltakerne (Kvie, 2017).

Gjennom IMR-programmet vil deltakerne møte mennesker som er i lignende situasjoner og få mulighet til å danne relasjoner med andre. Håkonsen (2014, s. 278) understreker at når relasjonen vi har til andre mennesker er god, er grunnlaget for velvære, selvstendighet og trygghet etablert. I studien til Jensen et al. (2019) forteller deltakerne av IMR-programmet om sine erfaringer knyttet til relasjoner. Det kommer frem at de ble behandlet med respekt fra både instruktører og andre gruppe medlemmer. Følelser ble akseptert. Ved å ha deltatt på IMR-programmet utviklet de en mer optimistisk holdning til livet, og empati ved å lytte til andre sine livshistorier (Jensen et al., 2019). På den ene siden mener vi at det å lytte til andre sine historier være lærerikt og anerkjennende. Deltakerne kan bygge tillit og relasjoner til hverandre ved å åpne seg og fortelle om sine erfaringer med schizofreni. På den andre siden tenker vi at å lytte til andre sine livshistorier kan trigge vonde følelser.

Gjennom erfaring har vi sett at det å vise sårbarhet i en gruppe kan være utfordrende og vanskelig. En mulig årsak til at noen ikke åpner seg i IMR-gruppene kan være

redsel for å ikke bli anerkjent, til tross for at det foreligger tillit og god relasjon. Dersom en tjenestemottaker velger å åpne seg, har vernepleieren en viktig rolle. Å anerkjenne, lytte og gi bekreftelse når tjenestemottaker viser sårbare sider vil styrke relasjonen (Brask et al., 2016, s. 167). Vernepleieren vil med dette bidra til at tjenestemottaker får opplevd økt selvtillit og mestringsfølelse, som igjen kan tenkes å øke livskvaliteten. Det å gi støtte og følge opp tjenestemottaker i etterkant av gruppebehandling kan tenkes å være en like så viktig del av vernepleierens rolle i et FACT-team.

Funnene i artikkelen til Nyanyiwa et al. (2022) viste at støtte og relasjoner påvirket personer med schizofreni sin holdning til å ta medikamenter. Vi antar, med bakgrunn i funnene, at gjensidig tillit mellom vernepleier og tjenestemottaker øker sannsynligheten for at tjenestemottaker gjennomfører behandling. Gjennom egne erfaringer opplever vi at tillit med tjenestemottaker kommer som følge av trygghet, åpenhet og bruk av tid. Tillit dannes når vernepleieren gir fra seg makt, tilrettelegger for selvmestring og fungerer som en støtte for tjenestemottakeren (Eide & Eide, 2017, s. 26–27).

Tjenestemottakere som mottar tjenester fra FACT-team kan ha ansvar for å ta medikamenter selv. Vernepleieren har i denne sammenheng tilrettelagt for selvmestring og viser tillit til at tjenestemottaker klarer dette selv. Likevel kan det oppstå situasjoner hvor tjenestemottaker ikke tar medikamentene som avtalt. I dette tilfellet kan vernepleieren nytte seg av en salutogen tilnærming i miljøarbeidet ved å se muligheter fremfor begrensninger (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 359). I en slik situasjon ser vi det som viktig at vernepleieren i FACT-teamet forsøker gjennom kommunikasjon med tjenestemottakeren å finne ut hvorfor medikamentene ikke tas, og hvordan utfordringen kan løses.

I en slik situasjon mener vi det er viktig at tjenestemottakeren ikke fratras ansvaret for medikamentene sine. Det å frata tjenestemottakerens ansvar for egne medikamentene kan tenkes å true mestringsfølelsen, som igjen kan redusere personens livskvalitet. Vernepleieren i FACT-teamet bør ta ansvar for at andre løsninger prøves ut. Vi vil i denne situasjonen trekke inn viktigheten av god relasjon og tillit mellom vernepleier og tjenestemottaker (Eide & Eide, 2017, s. 26). Hvis dette

foreligger tror vi det vil være enklere å kommunisere og finne en løsning på utfordringen med selvbestemmelse i fokus.

5.2 Kunnskap for å øke livskvaliteten

FACT-team har et mål om at tjenestemottakerne skal lære hvordan de kan takle egen sykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Her er det viktig at vernepleieren benytter en salutogen tilnærming og ser tjenestemottakerens muligheter og ressurser fremfor begrensninger (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 359). For personer med omfattende hjelpebehov er det spesielt viktig at vernepleieren fremmer selvstendighet, mestring, trygghet og opplevelse av kontroll i eget liv (Helsedirektoratet, 2018). For personer med schizofreni tenker vi det forutsetter å ha kunnskap om hva sykdommen innebærer og veiledning i hvordan en kan håndtere utfordringer rundt sykdommen. IMR-programmet kan gi denne kunnskapen og dermed øke livskvaliteten til personer med schizofreni (Jensen et al., 2019; Kvie, 2017).

For at IMR-programmet skal kunne fremme kunnskap og økt livskvalitet er det vesentlig at tjenestemottakeren møter opp. Isolasjon og tilbaketrekning er vanlige symptomer for personer med schizofreni (Håkonsen, 2014, s. 360–364). Av den grunn kan det være sannsynlig at tjenestemottaker ikke alltid møter til undervisning. FACT-teamet jobber tverrfaglig og kan med dette samarbeide tett for å få tjenestemottaker til å møte opp og oppnå hverdagsmestring (Veldhuizen, 2013, s. 8).

Tjenesteyterne i FACT-teamet vil ha forskjellige roller og ansvarsområder. I et IMR-program vil noen fra teamet lede programmet, mens andre vil ha en mer aktiv rolle i forkant, eksempelvis å motivere til deltakelse. Her tenker vi at vernepleieren kan ha en rolle som motivator og støttespiller for å øke tjenestemottakers motivasjon til å delta på programmet. Ved at vernepleieren lykkes med å motivere til deltakelse sikres det at tjenestemottaker gjennom IMR-programmet får kunnskap om egen sykdom. I analysen kommer det frem at både Kvie, Nyanyiwa et al. og Zou et al. (2017; 2022; 2012) hevder at kunnskap om egen sykdom kan øke tjenestemottakerens livskvalitet. Dette understreker viktigheten av at vernepleieren

lykkes med å motivere tjenestemottaker til å møte opp og delta på IMR-programmet som FACT-teamet tilbyr (Veldhuizen, 2013, s. 45).

Selv om vernepleien forsøker å motivere tjenestemottaker til sosial deltakelse gjennom IMR-program er det noen tilfeller der dette ikke lykkes. For mennesker med schizofreni kan sosiale og følelsesmessige situasjoner bli vanskelige, og den sosiale isolasjonen kan bli større (Håkonsen, 2014, s. 360). Det kan derfor være utfordrende å delta på IMR-programmet da en må være sosial med andre mennesker. I dette tilfellet vil det være en fordel å motta andre tjenester fra FACT. Dersom tjenestemottaker ikke møter opp kan vernepleieren dra hjem til tjenestemottakeren for å kartlegge årsaken, forsøke å motivere og være til stede i trygge omgivelser.

Analysen viste at IMR-programmet har god effekt hos personer med schizofreni. Vernepleieren bør prøve å motivere alle deltakerne til å følge programmets planlagte møter (Jensen et al., 2019; Kvie, 2017). Når tjenestemottakeren møter som avtalt til IMR-programmet tenker vi det er viktig at undervisningen er tilpasset deltakerne. Vi ser på det som en styrke at FACT-temaene i dette tilfellet er tverrfaglig sammensatt da det er flere ledd som kan bidra til oppfølging og et helhetlig tjenestetilbud (Veldhuizen, 2013, s. 8). Vernepleieren som motiverer til deltakelse får gjennom kontinuerlig kontakt med tjenestemottakeren informasjon og kunnskap om hva som avgjør om personen deltar på programmet eller ikke. Dersom vernepleieren har god dialog med lederen av programmet tror vi tilbudet lettere kan tilpasses den enkelte. Det kan være at tjenestemottaker har behov for at det brukes et enkelt språk og at fagbegreper unngås.

Videre i analysen av artiklene pekes det også på legemiddelhåndtering som en faktor som påvirker tjenestemottakerens livskvalitet (Hasan & Tumah, 2018; Nyanyiwa et al., 2022; Zou et al., 2012). Noen personer med alvorlig psykiske lidelser ønsker ikke å motta medikamentell behandling (Nyanyiwa et al., 2022). Det tenker vi kan ha flere årsaker. For noen kan det være vanskelig å innse og forstå at en er syk, og en form for skam kan oppstå. Mangel på kunnskap, forstå viktigheten av å ta medikamenter og kunnskap om bivirkninger kan naturligvis også være grunner til å ikke overholde medikamentinntaket.

Nyanyiwa et al. (2022) presenterte et funn som viser at bivirkningene av antipsykotikum påvirket om tjenestemottaker tok medikamentene eller ikke. Dersom tjenestemottaker opplevde kraftige bivirkninger av medikamentene, unngikk personen å ta de (Nyanyiwa et al., 2022). Vi antar at dette skyldes at tjenestemottaker ikke ønsker å ta medikamenter når bivirkningene blir uoverkommelige og plagsomme. I dette tilfellet kan det diskuteres om vedkommende burde fått mer utfyllende informasjon fra helsepersonell om viktigheten av å ta antipsykotikum for å redusere symptomene på sykdommen. Vernepleierprofesjonen har medikamenthåndtering og farmakologi innad i læreplanen (Profesjonsrådet for vernepleiere, 2017). Dermed kan vernepleieren bidra til informasjon og økt kunnskap om de ulike medikamentene, bivirkninger, og konsekvensene av å ikke ta medikamentene. Vernepleierprofesjonen kan også ha fullt ansvar for medikamenthåndtering.

5.3 Mestring for å øke livskvaliteten

Mestringsfølelse og mestringsevne vil generere positive følelser og øke enhver persons livskvalitet (Kvie, 2017). Hasan og Tumah (2018) hevdet at positive mestringsstrategier har direkte sammenheng med økt livskvalitet. Dette kan ses i sammenheng med Antonovsky sin teori om helse- og mestringsperspektivet (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 361). Mestring er noe som kan læres og oppleves gjennom et IMR-program hvor et av formålene er å fremme tilfriskning og mestring hos deltakerne (Jensen et al., 2019; Kvie, 2017).

Gjennom teori og praksis på studiet har vi lært at tjenestemottakeren selv må ønske en endring. Vi tenker at en av vernepleierens rolle i et FACT-team er å motivere til endring. Dette kan for eksempel gjøres ved å belyse tjenestemottakerens ressurser, og vise tiltro til personen. Vernepleieren kan hjelpe tjenestemottakeren med å øke motivasjonen gjennom å sette personlige mål. Vi mener det er viktig at vernepleieren er oppmerksom på egen rolle som helper, og ikke overstyrer tjenestemottakeren. Det er tjenestemottakeren som skal sitte i førersetet (Veldhuizen, 2013, s. 35).

En sentral tankegang i FACT-teamet er recovery (Veldhuizen, 2013, s. 15). Vernepleieren i et FACT-teamet og tjenestemottakeren kan sammen jobbe recoveryorientert mot et felles mål om å finne tjenestemottakerens egne ressurser, fremme selvbestemmelse og hverdagsmestring (Helsedirektoratet, 2012). Hva som anses som hverdagsmestring er opp til tjenestemottakeren selv. Vi tenker at god og tydelig kommunikasjon er avgjørende. Selvbestemmelsesteorien gir oss en forståelse av hvordan kommunikasjon kan påvirke mestring positivt. Mennesker ønsker naturlig å lære og bruke seg selv best mulig (Eide & Eide, 2017, s. 57). Dette kan en oppnå gjennom et IMR-program. Som vernepleier tenker vi at det er viktig å legge til rette for brukermedvirkning i programmet slik at en lærer og oppnår mestring, som igjen kan øke livskvaliteten.

Antonovsky hevdet at stressfaktorer bør oppleves som sammenhengende, ordnet, strukturert og tydelig for at stresset skal avta (Kvie, 2017). IMR-program kan tenkes å oppleves som en stressfaktor for enkelte og programmet bør derfor være godt strukturert. God struktur i IMR-programmet kan fremme mestring hos deltakerne (Kvie, 2017). Dersom deltakerne opplever lederrollen som vag og undervisningen lite strukturert kan det tenkes at det oppstår usikkerhet og redusert motivasjon og mestringsfølelse hos tjenestemottakerne. Antonovsky mente at en sammenheng av forståelighet, håndterbarhet og mening vil føre til økt mestring (Hanestad & Gjengedal, 2007, s. 361).

FACT-teamene bør sørge for at IMR-programmet er tilpasset og tilrettelagt brukergruppens kunnskapsnivå. Dersom tjenestemottakeren klarer å omsette informasjonen til noe som føles forståelig og gir mening for en selv, vil en klare å sette den inn i en kontekst. Mestringen vil da kunne øke. Når tjenestemottakeren videre klarer å føre informasjonen over handling og kontrollerer situasjonen selv, er håndterbarheten på plass (Kvie, 2017).

5.4 Analyse av egen studie

Det er ulike styrker og svakheter ved vår studie. Gjennom litteratursøket har vi fått treff på både kvantitativ og kvalitativ data. Dermed har vi både fått resultater i form av

målbare data og erfaringer og holdninger. Vi ser på dette som en styrke da det gir oss bred kunnskap og resultater for å svare på problemstillingen. En annen styrke ved litteratursøket er at vi benyttet oss av PICO og PICo i KBP-læringsverktøyet (vedlegg 1). Vi fikk dermed to ulike kjernes spørsmål og mange søkeord. På den andre siden kan det også ses på som en svakhet på grunn av vanskeligheten av å inkludere alle søkeordene i søkeprosessen. Vi søkte i hovedsak etter populasjon i kombinasjon med utfall og fenomen av interesse. Det kan tenkes at vi ville fått flere og mer relevante resultater ved å inkludere flere søkeord.

Vi benyttet inklusjonskriterier i tillegg til KBP-læringsverktøy (vedlegg 1) for å sikre at litteraturen var relevant for problemstillingen. Dette ser vi på som en styrke. På den andre siden er det to av artiklene i studien vår som avviker fra inklusjonskriteriet om diagnosen schizofreni. Artiklene hadde personer med alvorlig psykisk lidelse som deltakere i studiet. Schizofreni faller under denne betegnelsen, og derfor ble artiklene ansett som relevant. Vi ser på det som en styrke at ingen artikler ble ekskludert til tross for tilleggsutfordringer hos deltakerne utover schizofreni. Dette medførte at vi kritisk vurderte artiklene nøyaktig for å unngå at vi mistet relevant informasjon utover de inklusjonskriteriene vi hadde.

Begrepet vernepleier finnes ikke på engelsk. Vi benyttet derfor sykepleier som utgangspunkt i søkene. Vi ser på dette som en svakhet da vi ikke får presisert vernepleierprofesjonen i søkene. På den andre siden er sykepleie og vernepleie nærliggende, og vi kan dermed dra paralleller mellom dem. Konteksten i studien vår er tjenester fra FACT-team til hjemmeboende tjenestemottakere. Siden FACT-team er en relativ ny ordning, finnes det dermed lite forskning knyttet inn mot dette. Vi har dermed hatt utfordringer med å finne forskning knyttet til FACT og livskvalitet hos personer med schizofreni. Til tross for dette har vi funnet artikler med kontekster som kan ses i sammenheng med FACT. Artiklene har blant annet poliklinisk behandling og gruppebehandling som kontekst. Disse to artiklene kan ses i sammenheng med FACT da de bor hjemme og i flere tilfeller gjennom erfaring benyttet seg av poliklinisk behandling og gruppebehandling. Selv om vi skulle ønske at vi fant mer forskning direkte knyttet til konteksten ser vi på måten vi har løst det som en styrke ved studien. Vi benyttet teori om FACT og hjemmeboende tjenestemottakere ved å selvstendig knyttet det opp mot konteksten i artiklene.

6.0 Avslutning

Gjennom denne oppgaven har vi svart på problemstillingen:

“Hvordan kan vernepleieren bidra til økt livskvalitet hos personer med schizofreni som mottar tjenester fra FACT-team?”.

Resultatene i vår studie tyder på at tjenestemottakere med schizofreni opplever økt livskvalitet gjennom tre faktorer: relasjon og tillit, kunnskap og mestring. Vi ser at en vernepleier i et FACT-team kan bruke sin kompetanse for å legge til rette for disse faktorene gjennom salutogen og miljøterapeutisk tilnærming. Livskvaliteten til mennesker med schizofreni kan økes gjennom en av tjenestene som FACT-team tilbyr: IMR-program. Gjennom deltakelse i programmet kan tjenestemottakeren danne nye relasjoner, få kunnskap om egen sykdom og mestringsstrategier. Dette vil bidra til å ufarliggjøre sykdommen og gi tjenestemottakeren opplevelse av håp og mestring. Tillit og gode relasjoner mellom vernepleieren og de andre deltakere av programmet vil kunne øke tjenestemottakerens livskvalitet. Vernepleierens rolle er å være en trygg støttespiller og motivator. Resultatene i studien vår tyder på at relasjon og tillit, kunnskap og mestring er både sammen og alene gode forutsetninger for å oppnå økt livskvalitet hos personer med schizofreni, med støtte og veiledning fra vernepleieren i et FACT-team.

Litteratursøket har gitt oss god kunnskap om schizofreni og livskvalitet, samt vernepleierens rolle i FACT og IMR. Videre tenker vi at det bør forskes mer på erfaringer personer med schizofreni har med miljøarbeid og behandling. Det hadde vært interessant å vite mer om hvilke tiltak som fungerer og ikke fungerer. Hvorfor noen tiltak fungerer bedre enn andre, og hva vernepleieren kan gjøre for å møte brukergruppen på en best mulig måte ut fra deres behov og ønsker. Siden FACT-team er relativt nytt tenker vi og at det bør forskes mer på effekten dette har for både tjenestemottakere og vernepleiere. Vi er spent på å se utviklingen på hvordan vernepleiere i FACT-teamet kan øke livskvaliteten til personer med schizofreni.

7.0 Referanseliste

- Aspaas, K. (2018, oktober 10). Hva er raushet? Verdensdagen for psykisk helse. *Kathrine Aspaas*. <https://www.kathrineaspaas.no/hva-er-raushet-2/>
- Astrup Nielsen, D., Hjørnholm, T. Q., & Nygaard Hansen, T. K. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag* (1. utgave.). Fagbokforlaget.
- Bjørndal, C. R. P. (2017). *Det vurderende øyet: Observasjon, vurdering og utvikling i pedagogisk praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller: En refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave.). Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Gringerich, S., & Mueser, K. (2019, februar 1). *Hva er Illness Management and Recovery (IMR)?* ROP. <https://rop.no/roptv/hva-er-illness-management-and-recovery-imr-12/>
- Hanestad, B. R., & Gjengedal, E. (2007). *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring* (2. utg.). Cappelen akademisk forlag.
- Hasan, A. A., & Tumah, H. (2018). Determinants of quality of life among people diagnosed with schizophrenia at outpatient clinics. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 30–39. <https://doi.org/10.1111/ppc.12278>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge* [Rapport]. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-fact-team-i-norge/id2702575/>
- Helsebiblioteket. (2016a, juni 3). *Kjernespørsmål*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal>
- Helsebiblioteket. (2016b, juni 7). *Kvalitativ metode*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus – og psykisk lidelse – ROP lidelser*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig->

ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-
lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20pe
rsoner%20med%20ROP-
lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversj
on).pdf/_/attachment/inline/c3cf6958-227f-499a-8f0b-
0055dca9fc2c:b815d0887ae8ede1dff16fd16e4337e063ae0aaa/Utredning,%20
behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20RO
P-
lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversj
on).pdf

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>

Helsedirektoratet. (2018, januar 30). *Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/myndiggjorte-pasienter-brukere-fagpersoner-og-team/ledere-ma-legge-til-rette-for-myndiggjorte-pasienter-og-brukere>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*.

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

Jacobsen, D. I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Jensen, S. B., Epløv, L. F., Gammelgaard, I., Mueser, K. T., & Petersen, K. S. (2019).

Participants' Lived Experience with the Illness Management and Recovery (IMR) Program in Relation to their Recovery-Process. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 983–993. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00383-y>

Karlsson, B., & Borg, M. (2017). *Recovery: Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Gyldendal.

Kvie, A.-E. R. (2017). Frisk gjennom gruppebehandling. *Sykepleien*.

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

Langeland, E. (2017, november 30). *Salutogenese - Teori og praksis*.

- <http://napha.no/content.ap?thisId=14219>
- NAPHA. (2022, mars 11). *Recovery*. NAPHA - Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. <http://napha.no/content.ap?thisId=13883>
- Nes. (2019, september 23). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E., & Røysamb, E. (2020). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf>
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (2021, desember 17). *Livskvalitet*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- NHI. (2021, april 20). *Schizofreni*. Norsk Helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-oversikt/>
- Nordlund, I., Thronsen, A., & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie: Kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Universitetsforlaget.
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (3. utgave.). Cappelen Damm akademisk.
- Nyanyiwa, S., Peters, K., & Murphy, G. (2022). A scoping review: Treatment attitudes and adherence for adults with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jocn.16219>
- 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>
- Profesjonsrådet for vernepleiere. (2017). *Om vernepleieryrket*. Fellesorganisasjonen. <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>
- SSB. (2021). *Livskvalitet i Norge 2021*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/livskvalitet-i-norge-2021>
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K. S., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J., & Reneflot, A. (2021). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

- Tjora, A. H. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utgave.). Gyldendal.
- Veldhuizen, R. V. (2013). *FACT - flexible Assertive Community Treatment*. Nasjonalt kompetansesenter ROP. <https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>
- Ververda, J., & Bjørnstad, M. M. (2018). *Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni*. sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2018/02/slik-kan-sykepleiere-bedre-helsen-til-personer-med-schizofreni>
- WHO. (2022). *ICD-11 6A20 Schizophrenia*. International Classification of Diseases 11th revision. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1683919430>
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2012). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 256–271. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

KBP-læringsverktøy

Skriv kort, beskrivende og presist

1. Informasjonsbehov

Beskriv den kliniske situasjonen som førte til et informasjonsbehov:

Vi ville undersøke hvordan vernepleieren kan bidra til økt livskvalitet for personer med schizofreni.

2. Spørsmålsformulering

Hvilken type **kjernespørsmål** er spørsmålet ditt?

Forekomst Årsak Diagnostikk Effekt av tiltak Prognose Erfaringer og holdninger

For spørsmål om forekomst, årsak, diagnostikk, effekt og prognose, fyll inn de relevante **PICO-elementene**:

P	Population	Personer med schizofreni
I	Intervensjon	Miljøterapeutisk tilnærming
C	Sammenligning	
O	Utfall	Økt livskvalitet

For spørsmål om erfaringer og holdninger, fyll inn de relevante **PICo-elementene**:

P	Populasjon	Personer med schizofreni
I	(Fenomen av) interesse	Økt livskvalitet
Co	Kontekst	Flexible assertive community treatment (FACT)

Formuler PICO spørsmålet ditt: Hvordan kan miljøterapeutisk tilnærming øke livskvaliteten til personer med schizofreni?

Formuler PICo-spørsmålet ditt: Hvordan kan Flexible assertive community treatment (FACT) øke livskvaliteten til personer med schizofreni?

3. Litteratursøk

Kryss av for kilder du søkte i:

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

Hvorfor valgte du disse kildene?

Se "3.2 litteratursøk"

Beskriv søkeordene og hvordan du kombinerte dem (lim inn eller legg ved søkestrategi):

Se "tabell 1: oversikt over litteratursøk"

Beskriv inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Se "tabell 1: oversikt over litteratursøk" for avgrensning av søkene

Se "3.5 inklusjonskriterier" for inklusjonskriterier

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

Hasan & Tumah, 2018:

<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/ppc.12278>

Zou et al., 2012:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22882803/>

Jensen et al, 2019:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10597-019-00383-y#Sec11>

Kvie, 2017:

<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-64144.pdf>

Nyanyiwa et al., 2022:

<https://onlinelibrary-wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.16219>

4. Kritisk vurdering (legg eventuelt ved utfylt sjekkliste)

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

Hasan & Tumah, 2018: Undersøkte avgjørende faktorer for livskvalitet.

Zou et al., 2012: Undersøker effekten av selvkontroll for personer med schizofreni.

Jensen et al, 2019: Undersøker deltakernes erfaringer under og etter et IMR-program.

Kvie, 2017: Undersøker hva som var avgjørende for mestring og tilfriskning hos personer i en IMR gruppe.

Nyanyiwa et al., 2022: Undersøker ulike faktorer som påvirker mennesker med schizofreni sin holdning til behandling og etterlevelse av medikamenter.

Hvilket studiedesign er brukt? (Begrunn hvorfor dette er et velegnet design for å besvare spørsmålet) (Gjelder ikke for oppslagsverk)

Hasan & Tumah, 2018: Tverrsnittstudie

Tverrsnittstudie brukes for å samle informasjon om et bestemt utvalg for å beskrive forekomsten. Hensikten med denne studien er å undersøke hva som påvirker livskvaliteten til pasienter med schizofreni, dermed er dette studiedesignet velegnet.

Zou et al., 2012: Metaanalyse

Metaanalyse slår sammen resultatene flere studier om samme tema for å konkludere en høyere grad av effekt. Hensikten med studien er å undersøke effekten av undervisning i selvmestring for personer med schizofreni.

Jensen et al., 2019: Kvalitativ studie

Kvalitativ studie undersøker og beskriver menneskers opplevelse og erfaringer på et område. I en kvalitativ studie skjer datainnsamlingen oftest gjennom intervju eller observasjon, men kan også ha andre former. Dette er et velegnet design for å besvare vår problemstilling, da vi får inn brukererfaringer.

Kvie, 2017: Litteraturstudie

Artikkelen benytter seg av litteraturstudie som studiedesign, dette er det samme som vi benytter oss av i vår oppgave. Forfatteren har hentet materiale fra annen litteratur for å systematisk søke etter informasjon om temaet. Studien har ingen tydelig metodedel hvor forfatteren beskriver hvor informasjonen er hentet, men henviser til kildene sine underveis. Likevel er studiet fagutviklet av en anerkjent nettside for sykepleie, noe som gjør at vi velger å benytte oss av den.

Nyanyiwa et al., 2022: Systematisk oversikt

En systematisk oversikt er en oppsummert artikkel som samler flere enkeltstudier med samme problemstilling. Formålet med oversikten er å presentere forholdet mellom behandlingsoverholdelse og etterlevelse hos personer som har schizofreni.

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

Side 2 av 4

Se "4.0 Resultat"

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

Hasan & Tumah, 2018:

Studien beskriver tydelig fremgangsmåte inkludert inklusjons- og eksklusjonskriterier for å delta i studien. I tillegg beskriver forfatterne hvor deltakerne er hentet fra, og hvilke faktorer som kan påvirke resultatet. Videre ble resultatene drøftet opp mot studiets formål, og styrker og svakheter ble belyst. Studien er også etisk godkjent av helsedepartementet i Jordan. Da studien sjekker av på flere viktige punkter for troverdighet, velger vi å stole på resultatene.

Zou et al., 2012:

Studien beskriver nøye metoden som er brukt, samt inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dersom det oppstod uenighet mellom forfatterne i inklusjons- og eksklusjonskriteriene og kvaliteten av studiene, ble en tredje forfatter inkludert for å fatte beslutning. To forfattere uavhengig vurderte kvaliteten på inkluderte studier. Dette viser at det ble nøye vurdert før det ble fattet en beslutning. Det blir også beskrevet hvilke databaser og søkemotorer som blir brukt, og det blir brukt en skala for å vurdere den metodiske kvaliteten av studiene som blir benyttet. Samtidig påpekes det at det er den første metaanalysen som undersøker effekten av self-management for personer med schizofreni. Likevel så sjekker artikkelen av på flere viktige sjekkpunkt i vår kritiske vurdering og gjør derfor at vi velger å stole på resultatene.

Jensen et al., 2019:

Studien inkluderer en gjennomgang av hvilke deltakere de ønsker å ha med i studien. Det informeres også om både inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble gjort en dataanalyse av de forskjellige menneskenes opplevde erfaringer med IMR. Intervjuene ble nøye transkribert og organisert etter hovedtema. Det ble også brukt en programvare gjennom analysen. Det er også med etiske vurderinger i artikkelen. Samlet sett utgjør disse faktorene grunn til at vi kan stole på resultatene i studien.

Kvie, 2017:

Studien beskriver tydelig hvor resultatene er funnet og drøfter styrker og svakheter ved dem. Det blir også trekt inn sentral teori som gjør resultatene meget relevant for vår oppgave. Forfatteren av studien er en psykiatrisk sykepleier som jobber på en DPS i Norge, i tillegg er artikkelen kvalitetssikret og godkjent av sykepleiens fagredaktører. Vi ville ikke benyttet denne artikkelen alene, men som en del av vår metode komplimenterer den godt til problemstillingen vår

Nyanyiwa et al., 2022:

Dette er en systematisk oversikt som samler flere artikler/enkeltstudier om en og samme problemstilling. Oversikten inkluderer ti artikler. Oversikten har en klar tittel og et klart formål. Det presenteres inklusjons- og eksklusjonskriterier, blant annet at alle artiklene er fagfellevurdert, engelsk språklige og publisert mellom 2010 og 2020. Deltakerne i studien måtte være voksne og ha diagnosen schizofreni eller relatert psykose. Metodisk kvalitet ble evaluert ved hjelp av en kvalitetsvurderingssjekkliste. Artikkelen dekker flere viktige sjekkpunkter i vår kritiske vurdering og vi velger derfor å stole på resultatene.

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

Resultatene fra alle artiklene vil bli benyttet for å belyse oppgavens problemstilling.

5. Anvende

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

Kunnskap fra artiklene vil vi benytte oss av videre i oppgaven og belyse i kapittel 5.0.

Hvis du har endret praksis, beskriv endringene:

Ikke relevant

6. Evaluering

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

Vi har fulgt skjemaet trinnvis, og begynte å benytte oss av det helt fra starten av oppgaven. Dette har ført til at prosessen har blitt oversiktlig og ryddig, selv om vi er tre som samarbeider.

KBP-læringsverktøy er utviklet av Nina Rydland Olsen¹ og Lillebeth Larun², etter idé fra Per Olav Vandvik². Oppdatert av Hilde Strømme² juli 2018. Oppdatert av Kristine Berg Titlestad¹ juni 2019. ¹Høgskulen på Vestlandet, ²Folkehelseinstituttet.