



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	435
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7977
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	17
Andre medlemmer i gruppen:	427

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

Schizofreni og Livskvalitet

Schizophrenia and Quality of Life

Kandidatnummer: 427, 435

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

Innleveringsdato: 21.05.2021

Antall ord: 7977

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, § 10.

Abstract

Title: Schizophrenia and Quality of Life

Background: Quality of life has become an accepted standard for evaluating patient care, both nationally and internationally. The majority of the Norwegian population expresses a good quality of life, with an exception being patients struggling with mental health issues, who exhibit poor quality of life. The psychotic disorder schizophrenia is one of the mental disorders which is often associated with considerably reduced quality of life. In order to increase quality of life for patients with schizophrenia, nurses need to know what affects and promotes their mental health. We have formulated the research problem: "How may nurses promote quality of life for patients with schizophrenia?". To delimit our issue we needed to mainly emphasize the effect of two selected measures: physical therapy and music therapy.

Method: To gain more knowledge about the topic, we conducted a literature review. We started by reading syllabus literature and summarized research. Then we collected additional information by searching in selected databases and through reading detailed research. Subsequently we analyzed and interpreted the findings, and summarized using a synthesis.

Result: Our literature search resulted in a total of eight articles relevant to our research problem. Two of these were qualitative studies, with the remaining six being quantitative studies. When correctly used with other complementary treatment methods we found that physical activity and music therapy can be effective treatment methods to increase quality of life and well-being.

Conclusion: Nurses attitudes and actions can be crucial to increase quality of life for schizophrenic patients. By emphasizing health-promoting factors and experiences, nurses can contribute to increasing individuals' mental health, coping mechanisms and quality of life. Nurses can emphasize and strengthen patient's resistance resources thereby enabling patients to better cope with their challenges and be able to live a good life despite their health issues.

Keywords: schizophrenia, quality of life, well-being, nursing, health promotion, physical therapy, music therapy

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	4
1.1 Innledning	4
1.2 Problemstilling	5
1.3 Avgrensning av problemstilling	5
1.4 Begrunnelse av problemstilling	5
2.0 Teori og begrepsavklaring	5
2.1 Schizofreni	5
2.2 Livskvalitet	6
2.3 Sykepleie gjennom holdning og handling	7
2.4 Fysisk aktivitet	9
2.5 Musikkterapi	9
2.6 Salutogenese	10
3.0 Metode	11
3.1 Studiedesign	11
3.2 Søkeprosess	11
Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
3.3 Kritisk vurdering av artikler	14
3.4 Analyse og syntese	14
3.5 Kritikk av metode	14
3.6 Ethiske vurderinger	15
4.0 Syntese	15
4.1 Sammendrag av hver artikkel	15
4.2 Samlet analyse	19
4.2.1 Livskvalitet	19
4.2.2 Fysisk aktivitet	19
4.2.3 Musikkterapi	20
5.0 Diskusjon	20
5.1 Resultatdiskusjon	20
5.2 Metodediskusjon	27
5.2.1 Diskusjon av egen metode	27
5.2.2. Diskusjon av forfatternes metode	28
6.0 Konklusjon med perspektivering	28
Referanseliste	31

Vedlegg 1: PICO	36
Vedlegg 2: PRISMA 2009 Flow Diagram	40
Vedlegg 3: Samleskjema	41
Vedlegg 4: Styrkeskjema	49

1.0 Introduksjon

1.1 Innledning

Folkehelsearbeidet i Norge har tradisjonelt sett vært rettet mot somatisk sykdom. I senere tid har folkehelseperspektivet rettet seg mer mot psykisk helse, kunnskap om psykososiale faktorer, og betydningen av å fremme livskvalitet og trivsel hos individet (Helsedirektoratet, 2018a, s.42). Livskvalitet er et mangetydig begrep som kan betraktes som personens egen oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og det verdisystemet de lever i, sett i sammenheng med deres egne mål, interesser, normer og forventninger (Kristoffersen, 2017, s.55). I dagens samfunn har måling av livskvalitet fått større aktualitet, og har vist seg å bringe med seg en rekke positive livsutfall for både samfunn og enkeltmennesket (Folkehelseinstituttet, 2020, s.7).

Livskvalitet har i økende grad blitt et akseptert mål for pasientbehandlingen både nasjonalt og internasjonalt (Kristoffersen, 2017, s.55). Betydningen av å fremme livskvalitet inngår i FNs bærekraftsmål #3 "God helse; sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder" (Helsedirektoratet, 2018a, s.42). I Norge oppgir majoriteten å ha god livskvalitet, men en høy andel av de med psykiske helseutfordringer oppgir å ha dårlig livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2020, s.6). Psykiske lidelser står dessuten for den største andelen av sykdomsutgifter i vestlige samfunn, og kommer på fjerdeplass når det gjelder sykefravær. Dette betraktes som et stort helseproblem i den vestlige verden (Hummelvoll, 2018, s.30).

Man regner med at omtrent én av fem barn, voksne og eldre, kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose (Hummelvoll, 2018, s.30). En av de psykiske lidelsene som er forbundet med sterkt redusert livskvalitet sammenlignet med resten av befolkningen, er psykosetilstanden schizofreni (Ververda & Bjørnstad, 2018). For at denne pasientgruppen skal få bedre livskvalitet, trenger sykepleiere kunnskap om hva som påvirker og fremmer helsen deres. På bakgrunn av det overordnede ønsker vi å fokusere oppgaven vår til pasienter med schizofreni, og hvordan vi som sykepleiere kan fremme livskvalitet hos denne pasientgruppen.

1.2 Problemstilling

“Hvordan kan sykepleiere fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni?”

1.3 Avgrensning av problemstilling

Vi ønsker å avgrense problemstillingen vår til voksne pasienter som møter diagnosekriteriene for schizofreni, som enten er innlagt i psykiatrisk institusjon eller får psykiatrisk oppfølging ved poliklinikk. Det skilles ikke mellom undergrupper av schizofreni, eller mellom hvilken fase pasienten befinner seg i sykdomsforløpet. For å kunne snevre inn begrepet livskvalitet, ønsker vi å bruke begrepet som “velvære”. Da problemstillingen vår kan ta for seg mange aspekter, vurderer vi det som hensiktsmessig å fokusere på to spesifikke tiltak som kanskje kan bidra til økt livskvalitet eller velvære hos pasienter med schizofreni: fysisk aktivitet og musikkterapi. Inklusjon- og eksklusjonskriterier med begrunnelse sees i egen tabell under punkt “3.2 Søkeprosess”.

1.4 Begrunnelse av problemstilling

I løpet av vår praksisperiode i psykiatrien stilte vi oss undrende til schizofreni som sykdomstilstand og hvilke behandlingstiltak som egentlig er formålstjenlig for pasientgruppen. I fremtiden håper vi at helsevesenet kan kunne tilby de mest effektive behandlingstiltakene for pasientene, gjerne enda bedre tilpasset hver enkelt pasient sin unike livssituasjon og behandlingsbehov. På denne måten kan pasienter med schizofreni i større grad oppleve å ha god livskvalitet enn det de gjør i dag. Vi tror sykepleiere vil spille en viktig rolle i dette arbeidet.

2.0 Teori og begrepsavklaring

2.1 Schizofreni

Ordet schizofreni har gresk opprinnelse og betyr “et sinn som er gått i oppløsning” (Rund, 2005, s.30). Schizofreni hører til forstyrrelser med få eller flere psykoseepisoder i løpet av et par års periode som ikke alltid trenger behandling, eller varianter der symptomer er mer eller mindre vedvarende og institusjonsbehandling blir nødvendig (Møller, 2018, s.28). Det er en

alvorlig psykisk lidelse som påvirker både tanker, følelser og oppfattelse av verden (Helsebiblioteket, 2019). Diagnosen kan ha en eller mer sammensatte årsaksforhold, og kan være et resultat av både arvelige, psykologiske og miljømessige faktorer. Forekomsten av schizofreni er noe høyere hos menn enn kvinner, og de fleste er nysyke mellom 18 og 28 år (Snoek & Engedal, 2019, s.82-83).

De fire mest typiske grunnsymptomene for schizofreni er assosiasjonsforstyrrelse, autisme, affektavflatning og ambivalens. Videre er det vanlig å skille mellom positive og negative symptomer. Symptomer som er observerbare for andre, kalles positive symptomer. Dette kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger og storhetsideer. Negative symptomer er mindre påfallende for utenforstående, men ofte mer alvorlig for pasienten, og kan vise seg som følelsesmessig tilbaketrekning og affektmatthet, passivitet og sparsom emosjonell kontakt med andre. De fleste har en overvekt av negative symptomer og få positive symptomer (Snoek & Engedal, 2019, s.83, s.85-89).

2.2 Livskvalitet

Dersom vi tar utgangspunkt i symptombildet til mennesker med schizofreni, foreligger det en klar opphopning av risikofaktorer som har sammenheng med dårlig livskvalitet. Det å ha god livskvalitet kan dreie seg en følelse av ro, glede, mestring, mening og fungering i hverdagen (Nes, 2019). Gjøremål som pasienten tidligere har gjort med største selvfølge gjerne kan ha blitt for krevende (Hummelvoll, 2018, s.341). Sentrale risikofaktorer som truer livskvaliteten, er dårlig psykisk og fysisk helse, enslighet, lite vennekontakt og sosial støtte, diskriminering, vanskelig økonomi, eller arbeidsløshet (Folkehelseinstituttet, 2020, s.9-10).

Når det foreligger en verdi i å mestre eller løse egne problemer, vil det å bli hjelpetregende gå negativt utover selvbildet. Et dårlig selvbilde vil videre true livskvaliteten og spille en avgjørende rolle i et bedringsperspektiv (Hummelvoll, 2018, s. 33, s.141-142). Hummelvoll (2018, s.50) understreker at livskvalitet må studeres og få praktiske konsekvenser for samarbeidet med pasienten. Når livskvalitet skal måles kan en anvende en minimumsliste, hovedliste og eventuelt en tilleggsliste (Helsedirektoratet, 2018b, s.11). Sykepleien og

behandlingen må individualiseres, og man må etterspørre pasientens egne opplevelser av hvordan det er å leve med lidelsen (Hummelvoll, 2018, s.371). Forskning viser at det å etterspørre livskvalitet hos pasienter med schizofreni gir større tilfredshet i seg selv (Helsebiblioteket, 2013).

2.3 Sykepleie gjennom holdning og handling

Våre holdninger og handlinger er med på å forme det mellommenneskelige forholdet til andre mennesker. Det er viktig å klargjøre hvordan vi forstår mennesket og det menneskelige. Vårt menneskesyn er ofte ureflektert og kan derfor skape konsekvenser for samhandlingen med pasienten. Som sykepleiere må vi ha respekt for pasientens iboende verdighet, sikre pasientens rett til selvbestemmelse, ha intensjon om å ikke påføre skade eller lidelse, handle på en slik måte at man er til hjelp eller nytte, opptre rettferdig og sannferdig i møte med pasienten, samt sikre konfidensialitet (Hummelvoll, 2018, s.111, s.101-103). Det kan også være nyttig å danne seg noen tanker rundt hvordan det kan oppleves å være pasient i en behandlingssituasjon (Hummelvoll, 2018, s.33).

Schizofrenidiagnosen sine fysiske og psykiske utslag kan kunne true den psykiske helsen hos individet. Psykisk helse kjennetegnes av å kunne utnytte seg av sine ressurser, handle uten å isolere seg fra andre, være en integrert person, ha evne til å være aktiv, ha en positiv selvoppfatning, realitetssans og evne til empati, i tillegg til å kunne skape dype og ekte relasjoner til andre mennesker. For å kunne lykkes med å bedre helse og lindre lidelse hos pasienten, bør sykepleier styrke de prosessene som bidrar til velvære og sunnhet hos individet. Hovedmålsetningen i behandlingen av psykotiske pasienter foruten myndiggjøring, vil være å styrke pasientens egofunksjoner (Hummelvoll, 2018, s.36, s.341 s.37, s.352).

Den egostyrkende sykepleien vektlegger å gi passe støtte og utfordring gjennom kontinuitet og regelmessighet, nærhet og avstand, fysisk omsorg, grensesetting, skjerming, containing-funksjon, realitetsorientering, praktiske gjøremål, samhandling, verbalisering, pedagogisk tilnærming, krav og mål, samt trening i å se valgmuligheter og foreta valg (Liv Strand, 2016, s.76-77). De overordnede målene for sykepleien er å gjøre pasienten i stand til

å mestre hverdagen, å gjenopprette tilliten til språket og andre mennesker, og hjelpe pasienten til å få fotfeste i vår felles virkelighet (Hummelvoll, 2018, s.352). God kommunikasjon er en forutsetning for at samarbeidet skal fungere og for at en god relasjon kan utvikles. Omstendighetene og forutsetningene for god kommunikasjon vil variere, slik at sykepleier og pasient må tilpasse seg hverandre og ulike situasjoner (Hummelvoll, 2018, s.420-421)

Samarbeidet mellom sykepleier og pasient er i rehabiliterings- og bedringsprosessen betraktet som et mål i seg selv. Dette samarbeidet løper gjennom tre faser; orienteringsfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen. I orienteringsfasen forsøker sykepleier å bli kjent med pasienten for å danne et grunnlag for resten av samarbeidsforholdet. Dette innebærer en kartlegging av problemområder, tidligere problemløsnings- og mestringsstrategier, ressurser og ønskemål. I arbeidsfasen er målet å øke pasientens selvinnsikt til handling. En viktig del av denne fasen vil være å orientere pasienten i forhold til virkeligheten, men samtidig være åpen for å høre om pasientens opplevde virkelighet. I avslutningsfasen deler sykepleier og pasient sine opplevelser og erfaringer i fellesskap. Her vil man også sikre at pasienten får nødvendig oppfølging på tvers av behandlingsnivåene etter utskrivelse (Hummelvoll, 2018, s.351-371).

I løpet av de siste årene har søkelyset rettet seg mot variabler som påvirker behandlingen til pasienter med en psykisk lidelse, da det har vist seg at opp mot én av ti som mottar behandling kan bli dårligere av den (Holt et al., 2019, s.838). Innen psykisk helsevern benytter man seg av forskjellige former for psykoterapi, familieterapi, miljøterapi og legemiddelbehandling. Behandlingstiltakene bør ikke bare avhjelpe symptomene her og nå, men også fremskynde tilfriskning og redusere eventuelle tilbakefall. "Positive and Negative Syndrome Scale" (PANSS) kan bli brukt for å vurdere effekten av behandlingen (Snoek & Engedal, 2019, s.49-60, s.89, s.87).

2.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er en viktig del av det miljøterapeutiske arbeidet hos pasienter med schizofreni. Effekten av tiltaket er generelt bedre fysisk form, økt velvære og glede, et bedre forhold til egen kropp og bedret søvn (Hummelvoll, 2018, s.209-210). Definisjonen av fysisk aktivitet er "Enhver kroppslig bevegelse utført av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket over hvilenivå" (Bahr, 2020). Å være fysisk aktiv kan redusere risikoen for livstilsrelaterte sykdommer, og bør inngå som en del av den helhetlige behandlingen ved psykoselidelser. Fysisk aktivitet i form av gruppeaktivitet bidrar dessuten til økt samhandling, evne til å arbeide mot felles mål og regulering av avstand og nærhet (Snoek & Engedal, 2019, s.62).

Sykepleier må inneha kunnskap om aktivitetens fysiske og psykososiale virkninger, og sørge for at pasienten kjenner til betydningen av å være fysisk aktiv (Hummelvoll, 2013, s.483). Videre er det viktig å kartlegge hvilke tilbud og muligheter som finnes (Helsedirektoratet, 2013, s.71). Mange sykepleiere opplever at motivasjonssvikt skaper de største utfordringene i samarbeidet med pasienten, da det foreligger sviktende interesse og mangelfull forståelse hos individet. En viktig del av sykepleien blir da å motivere pasienten til å delta i fysisk aktivitet, og sørge for at aktivitetene er godt planlagt (Hummelvoll, 2018, s.360, s.483).

2.5 Musikkterapi

Musikkterapi er et annet anbefalt miljøtiltak som brukes forebyggende, i behandling og i oppfølging i psykisk helsevern (Gamut, 2019). Faget studerer sammenhenger mellom musikk og helse (Ruud, 2020). Musikkterapi fremmer tilfriskning, reduserer stress og angst, og bør startes opp i en tidlig fase av behandlingen (Helsedirektoratet, 2013 s.70). Sang og musikk kan hjelpe personer som har vansker med å uttrykke og regulere følelser ved bruk av ord, slik som pasienter med schizofreni ofte kan ha (Norsk forening for musikkterapi, u.å). Det å synge eller spille et instrument krever dessuten dedikasjon og fokus, som kan sette vonde tanker på pause (Earl, 2016).

Musikkterapi har vist å være særlig effektivt mot negative symptomer som bidrar til økt livskvalitet. Det foreligger indikasjoner på at virkningen av en slik behandling er til stede seks måneder etter avsluttet tiltak (Helsedirektoratet, 2013, s.71). I utgangspunktet utføres musikkterapi av musikkterapeuter med godkjent utdanning, det blir derfor viktig at sykepleiere handler i samråd med musikkterapeutene dersom musikk skal brukes terapeutisk. Målsetningen for musikkterapien bør utarbeides i samarbeid med pasienten, og ta utgangspunkt i personens egne interesser og ressurser (Norsk forening for musikkterapi, u.å).

2.6 Salutogenese

Tidligere forskning viser at en salutogen tilnærming kan være viktig i behandlingen av mennesker med psykiske helseproblemer. Salutogenese er en teori av sosiolog Aaron Antonovsky, som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir mennesker økt mestring og velvære. Mens patogenese handler om risikofaktorer, trusler og hvordan en skal ta vekk dårlige betingelser, handler salutogenese om muligheter, betingelser, utfall og hvordan en skal tilføre positive handlinger. Nærmere bestemt handler salutogeneseteorien om holdninger til livet. Hvordan pasienten ser på livet kan være et resultat av motstandsressurser som finnes i seg selv eller omgivelsene. Det er ikke mulig å gi en fullstendig oversikt over alle motstandsressursene, da samspillet mellom pasient og omgivelsene alltid vil være i endring. Eksempler på motstandsressurser kan være egoidentitet, kunnskap og kontinuitet (Antonovsky i Langeland, 2014, s.6, s.11-13, s.16).

Kanskje det mest sentrale begrepet under salutogeneseteorien er "Sense of Coherence" (SOC), som på norsk kan oversettes til "opplevelsen av sammenheng" (Lønne, 2019). Hvis sykepleier fokuserer på å bedre SOC hos pasienten, kan man fremme helse, mestring og velvære hos individet, slik at pasienten blir i best mulig stand til å leve optimalt med sine helseproblemer. Vi vil bruke salutogenese som teoretisk referanseramme, fordi en salutogen tilnærming kan fungere som en veileder i det psykiske helsearbeidet når målet er økt psykisk velvære, helse og mestring (Langeland, 2014, s.12, s.16-17, s.28-30). Samtidig vil vi kunne

oppdage sammenhenger eller tendenser vi ellers ikke ville sett (Thidemann, 2019, s.64).

3.0 Metode

3.1 Studiedesign

I dette arbeidet har vi valgt å systematisere kunnskap ved å gjøre en litteraturstudie, slik at vi kan lykkes med å finne kunnskap om temaet vi ønsker å fordype oss i. Vi har derfor gjort søk i ulike databaser, analysert og tolket funnene, og deretter sammenfattet det hele. Vi har hatt en systematisk tilnærming til alle trinnene i prosessen (Thidemann, 2019, s.77-78).

3.2 Søkeprosess

Før det systematiske litteratursøket gjorde vi et innledende søk på ordet "schizofreni" i BMJ Practice, UpToDate, Folkehelseinstituttet og Store medisinske leksikon. Formålet med søket var å orientere oss i litteratur og forskning fra ulike kilder, for å kunne danne oss et bilde av hva som allerede eksisterer i den oppsummerte forskningen (Helsebiblioteket, 2016b). I tillegg repeterte vi pensumlitteraturen om temaet ved hjelp av lærebøkene: Helt - Ikke stykkevis og delt (2018), Psykiatri (2019) og Fra kaos mot samling, mestring og helhet (2016).

Med fokus på å finne ut hvordan sykepleiere kan fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni, vurderte vi det som hensiktsmessig å først finne ut hva pasientgruppen selv mener er viktig for økt livskvalitet og velvære. Vår søkestrategi ble derfor å innhente informasjon fra pasient- og sykepleiererfaringer gjennom kvalitative studier, før vi begynte å søke etter kvantitativ forskning som ga informasjon om effekt av tiltak. I søket etter den kvantitative forskningen hadde vi mål om å finne systematiske oversikter som kunne møte inklusjonskriteriene våre. Dette begrunner vi ut i fra grad av evidens og overføringsverdi, da systematiske oversikter kan ha høyere evidensnivå og presentere mer forskning enn enkeltstående studier (Thidemann, 2019, s.100).

For å avgrense litteratursøket tok vi utgangspunkt i to tiltak som tilsynelatende kan fremme livskvalitet eller velvære hos pasienter med schizofreni: fysisk aktivitet og musikkterapi. De to

tiltakene anser vi å være akseptable til å implementere i praksis. Vi vil vurdere “grad av effekt” ut ifra om funnene i forskningen antyder at tiltakene gir økt livskvalitet hos pasientgruppen. Videre ser vi på hvordan sykepleiere kan fremme livskvalitet eller velvære hos pasienter innlagt i institusjon, uten å utelukke studier som omhandler pasienter som er under poliklinisk oppfølging. Dette begrunner vi blant annet med at effekten av de innførte tiltakene også bør observeres og videre implementeres i dagliglivet til pasienten etter utskrivelse, og at gode liv bygges der de lever (Folkehelseinstituttet, 2020, s.18). Eksklusjonen av pasienter uten noen form for psykiatrisk oppfølging er gjort på grunnlag av at det vil være vanskelig å innføre og følge opp effekten av tiltakene.

Da de fleste pasienter med schizofreni er nysyke mellom 18 og 28 år, er populasjonen avgrenset til pasienter fra 18 år og oppover (Snoek & Engedal, 2019, s.83). På samme tid blir medisinske studier på barn under 18 år ofte ikke publisert (Rønning, 2016). Vi valgte heller ikke å skille mellom de ulike undergruppene av schizofreni, eller hvor i sykdomsforløpet pasientene befinner seg. Dette begrunner vi ut ifra at man i praksis ofte ser en blandingstilstand hos pasienten, og at symptomene likevel kan variere i sykdomsforløpet (Snoek & Engedal, 2019, s.87).

Det var ønskelig å finne mest mulig oppdatert forskning på bakgrunn av at temaet tar for seg et fagfelt som er under stadig utvikling (Snoek & Engedal, 2019, s.22-23). For å ikke utelukke for mye litteratur satt vi avgrensningen til å være fra år 2010 frem til dagens dato. Det var også av betydning at studiene var fagfelleverdert slik at vi lettere kunne forsikre oss om at studiene var av en viss kvalitet. Vi avgrenset søket til studier som var skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk, for å ikke tape for mye verdifull informasjon i oversettelsen. I tillegg så vi det som en fordel å velge studier som er overførbare til norske forhold ved at det blir lettere å implementere funnene.

Det finnes både fordeler og ulemper med avgrensninger i søket. Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier avgrenser man mengden litteratur og gjør søket mer hensiktsmessig. På den andre siden kan man risikere å utelukke relevant litteratur. Under har vi listet opp våre

inklusions- og eksklusjonskriterier i en tabell:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter (18+) med diagnosen schizofreni, uavhengig av kjønn, eller hvor i sykdomsforløpet en befinner seg	Pasienter under 18 år, og pasienter som ikke oppfyller diagnosekriteriene for schizofreni
Pasienter som er innlagt i psykiatrisk institusjon, eller pasienter som får poliklinisk oppfølging	Pasienter som ikke er innlagt i psykiatrisk institusjon, eller pasienter som ikke får poliklinisk oppfølging
Fagfellevurderte kvantitative og kvalitative studier skrevet på engelsk, norsk, dansk eller svensk	Studier som ikke er fagfellevurderte, eller som er skrevet på andre språk enn engelsk, norsk, dansk eller svensk
Studier som omhandler temaet livskvalitet/velvære hos pasienter med schizofreni	Studier som ikke omhandler temaet livskvalitet/velvære hos pasienter med schizofreni
Studier fra 2010 eller nyere	Studier eldre enn 2010
Studier som er overførbare til norske forhold	Studier som ikke er overførbare til norske forhold

Tabell 1: Inklusions- og eksklusjonskriterier

Da problemstillingen er retningsgivende for søket, ønsket vi å gjøre den mest mulig presis og søkbar. Ved hjelp av rammeverket "PICO" fikk vi operasjonalisert problemstillingen og dannet relevante søkeord (vedlegg 1). På grunn av at de store internasjonale databasene som oftest har engelsk søkespråk, fant vi engelske synonymer til de norske ordene ved hjelp av MeSH-terms (Helsebiblioteket, 2020). Noen av søkeordene ble trunkert for å inkludere flere former og bøyninger av et ord. Søkeordene ble så satt i kombinasjon med boolske operatører som "OR" og "AND" for å presisere søket til de sammensetningene vi var ute etter (Thidemann, 2019, s.87-88).

Vi gjorde søk i databasene Medline (Ovid), PubMed, PsycINFO og Epistemonikos, da disse databasene dekker store områder innen medisin og er enkle å orientere seg i (Høgskulen på Vestlandet, u.å). Slik det fremkommer i søkehistorikken (vedlegg 1) søkte vi for det meste ved

hjelp av emneord. Vi startet med å lese titler og abstrakter, derav kun de artiklene som møtte inklusjonskriteriene ble lest i fulltekst. Artiklene som ikke oppfylte inklusjonskriteriene eller av andre grunner ikke var relevante for problemstillingen ble ekskludert fra arbeidet. Se PRISMA Flow Diagram (vedlegg 2) for utfyllende informasjon om fremgangsmåte fram til endelig utvalg av artikler. Søkene ble gjort selvstendig av en person om gangen fra november 2020 til februar 2021. Fulltekstlesingen og den kritiske vurderingen ble gjort av begge studenter.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

For å kunne kritisk vurdere kvaliteten av de vitenskapelige artiklene, fylte vi ut validerte og tilpassede sjekklister for det aktuelle studiedesignet fra Helsebiblioteket (2016a). En grundig vurdering av styrker og svakheter ved hver studie kan sees i styrkeskjema (vedlegg 4), mens en samlet vurdering av disse presenteres under punkt "5.2. Metodediskusjon". I den kritiske vurderingen har vi vektlagt studienes reliabilitet og validitet.

3.4 Analyse og syntese

Resultatet av vår litteraturstudie vises under punkt "4.0. syntese". Her presenterer vi først et sammendrag av hver artikkel, etterfulgt av en samlet syntese basert på hovedområdene av vår problemstilling. Utfyllende informasjon om utvalg, intervensjon, funn, konklusjon og overføringsverdi av studiene kan sees i samleskjema (vedlegg 3).

3.5 Kritikk av metode

Ved å gjøre en litteraturstudie kan man raskt finne frem til litteratur som kan bidra til økt kunnskap om et tema, men samtidig risikere at noe av litteraturen ikke er av den relevansen eller kvaliteten man ønsker (Thidemann, 2019, s.88). Da vi ikke har mye erfaring med litteraturstudie som metode, kan det finnes svakheter i vår fremgangsmåte og oppsummering av forskning. Kritikk av metode finnes under punkt "5.2 Metodediskusjon".

3.6 Etiske vurderinger

Da dette er en litteraturstudie, vil vi ikke være i direkte kontakt med et intervjuobjekt eller stå for innsamlingen av data. Vi anvender derimot data som er samlet inn av andre, såkalt sekundærdata. Det betyr at vi må forhindre at informasjon forvrenges, og samtidig være nøye på å gjengi riktig referanse (Thidemann, 2019, s.75, s.27). Vi så også etter om forskerne hadde handlet i tråd med Helsinki-erklæringen og fått godkjent arbeidet sitt av etisk komité. På denne måten kan vi sikre at studiene holder en vitenskapelig god nok kvalitet og at det frie informerte samtykket er godt nok ivaretatt (Førde, 2014). Informasjon om forfatternes etiske overveielser sees i vedlegg 4.

4.0 Syntese

4.1 Sammendrag av hver artikkel

Vårt litteratursøk resulterte i alt åtte artikler som viser seg relevante for vår problemstilling. Vi har inkludert to kvalitative studier og resterende kvantitative studier. Det finnes ytterligere informasjon om artiklenes opprinnelse, utvalg, intervensjon, funn, konklusjon og overføringsverdi i vedlegg 3, og styrker og svakheter ved artiklene i vedlegg 4.

What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being

Gunnmo & Bergmann (2011) gjorde en kvalitativ studie med en åpen utforskende tilnærming. Seks kvinner og én mann i alderen 33-66 år med en schizofrenidiagnose ble intervjuet, der formålet var å få dypere kunnskap om hva mennesker med en schizofrenidiagnose selv mener de trenger for økt velvære. Deltakerne understreker viktigheten av å kunne ta del i sosiale aktiviteter, kontinuitet i behandlingen, hjelp til praktiske gjøremål under tilbakefall, en meningsfull jobb, trygge relasjoner til fagpersoner, bli sett og hørt, samt få gjentakende informasjon om sin diagnose tidlig i sykdomsforløpet. Det viktigste for følelsen av velvære gjenspeiles i begrepene "Being, belonging, becoming".

Assessment of Distress and Quality of life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic illness and the Clinical Judgement of Nurses

Olsson et al., (2015) har samlet inn data ved hjelp av utforskende intervju for å undersøke hvordan pasienter med en schizopsykotisk lidelse vurderer sin egen opplevelse av sin mentale helsetilstand og livskvalitet, sammenlignet med de vurderinger sykepleiere gjør. I denne publikasjonen av studien har forfatterne samlet inn resultater fra til sammen 274 deltakere, der 112 er kvinner og 162 er menn i alderen 22-81 år. Alle deltakerne er pasienter i stabil fase og tilknyttet poliklinikk. Resultatene viser at pasientenes egenvurderinger ikke samsvarer med vurderingene til sykepleierne. Forfatterne konkluderer med at pasienten sin egen vurdering ikke er tilstrekkelig om vi skal sikre nødvendig helsehjelp. Samtidig viser resultatene en signifikant korrelasjon mellom pasientenes livskvalitet og vonde følelser.

The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia

Valiente et al., (2019) laget en systematisk oversikt for å vurdere hvilken effekt psykologiske tiltak har på livskvalitet og velvære hos personer med schizofreni over 18 år. Etter en gjennomgang av totalt 12986 publikasjoner, valgte forfatterne å inkludere 36 randomisert kontrollerte studier til analyse. De inkluderte studiene samlet resultater fra totalt 4349 pasienter, hvorav 2236 var i tiltaksgruppen og 2113 i kontrollgruppen. Studiene samlet inn resultater fra pasienter innlagt i institusjon, i poliklinikk eller begge deler. De psykologiske intervensjonene ble brukt i gruppe eller individuelt. De fleste studier hadde intervensjoner som varte mellom seks og ti uker, hvorav varigheten på intervensjonen ukentlig varierte fra 30 til over 60 minutt. Funnene tyder på at det foreligger en signifikant (liten til moderat) effekt av psykologiske tiltak. Forfatterne anbefaler at man benytter psykologiske intervensjoner komplementært med andre tiltak i helsefremmende arbeid og behandling, når det er ønskelig å bedre velvære hos pasienten.

Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia

Costa et al., (2018) utførte en tverrsnittstudie der hensikten var å undersøke forholdet mellom livsstilsrelaterte faktorer, psykologiske faktorer og livskvalitet hos pasienter med schizofreni. Resultatene er basert på 115 pasienter, hvorav 25% var kvinner og resterende menn. 50% av pasientene var innlagt i institusjon. Livsstilsrelaterte faktorer som ble undersøkt var fysisk aktivitet, søvnkvalitet og matinntak, og de psykologiske faktorene var selvtillit og motivasjon. Forfatterne resultater tilsier at pasienter som var fysisk aktive hadde bedre global og fysisk livskvalitet, mens inaktivitet gikk negativt ut over sosial- og miljømessig livskvalitet. Pasientene som hadde god selvtillit, hadde bedre global, fysisk, psykologisk og miljømessig livskvalitet. Forfatterne konkluderer med at det å adoptere sunne levevaner kan føre til økt velvære og livskvalitet. På samme tid understreker forfatterne viktigheten av å bli godt kjent med pasienten for å kunne identifisere prediktorer som påvirker livskvaliteten.

Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia

Vancampfort et al., (2012) har laget en systematisk oversikt for å undersøke fordelene av fysiske intervensjoner på pasienter med en schizofrenidiagnose. Forfatterne fikk 2162 treff i databasene, og stod igjen med totalt ti randomisert kontrollerte studier. Utvalget er 322 kvinner og menn i alderen 18-63 år. Det ble ikke gjort noe eksklusjon i forhold til om pasientene var innlagt i institusjon eller poliklinikk, sykdomsfase, eller sykdomsvarighet. De fysiske intervensjonene pasientene ble utsatt for varierte i type aktivitet, varighet, hyppighet og intensitet. Alle pasienter hadde komplementær behandling med legemidler. Resultatene av studien viser at yoga, muskelavslappende øvelser, kondisjon- og styrketrening virket positivt inn på psykologiske symptomer, fysisk form og livskvalitet hos pasientgruppen. Forskerne konkluderer med at fysisk aktivitet har verdi i behandlingen av pasienter med schizofreni.

Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis

Dauwan et al., (2015) samlet inn data til en systematisk oversikt med metaanalyse, for å undersøke hvordan fysisk aktivitet kan bedre kliniske symptomer, livskvalitet, global fungering og depresjon hos pasienter med en schizofrenidiagnose. Den systematiske oversikten inkluderte 29 studier med resultater fra totalt 1109 pasienter. I tillegg måtte de inkluderte studiene ha med data fra en kontrollgruppe. Studiene tok utgangspunkt i alle former for fysisk aktivitet, slik som yoga, aerobe eller anaerobe treningsmetoder. Resultatene fra metaanalysen viser at fysisk aktivitet er effektivt i forhold til å bedre kliniske symptomer, livskvalitet, global fungering og depressive symptomer. Fysisk aktivitet reduserte særlig vonde følelser og angstnivå, mens yoga viste seg å ha særlig effekt på positive og negative symptomer. En kvalitativ vurdering av dataene, viser at klinikere kan implementere gruppeaktivitet med 30 minutters varighet om dagen, 3 ganger per uke i minimum 12 uker.

The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial

Pinar & Tel (2018) utførte en randomisert kontrollert studie, der hensikten var å se på hvilken effekt musikkterapi har på hørselshallusinasjoner og livskvaliteten til pasienter med en schizofrenidiagnose. Utvalget besto av totalt 28 pasienter innlagt på sykehus, der 14 var i tiltaksgruppen og 14 i kontrollgruppen. Intervensjonen var å lytte til musikk i 15 minutter når pasientene hørte stemmer. Det viste seg at det å lytte til musikk reduserte hørselshallusinasjoner og hadde også en positiv effekt på livskvaliteten. De fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som påvirker livskvaliteten, som blant annet stress, smerte, angst og isolasjon, viste seg å være forbedret hos de som var i med tiltaksgruppen seks måneder etter det var avsluttet tiltak.

Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review).

Geretsegger et al., (2017) laget en systematisk oversikt med 18 randomiserte kontrollerte studier, der totalt 1215 pasienter med schizofreni var inkludert. Hensikten var å se på effektene av musikkterapi alene eller inkludert i standard behandling, sammenlignet med placebo-terapi og ingen behandling. Funnene viste at musikkterapi hadde positiv (lav til moderat) effekt på den mentale helsen og de negative symptomene, samtidig som pasientene fungerte bedre sosialt. Hvor god effekt pasientene hadde var avhengig av antall musikktimer totalt sett, og kompetansen til musikkterapeuten. Videre anbefales det å ha minst tjue timer for å oppnå god effekt. Det konkluderes med at disse positive effektene kan bidra til å bedre motivasjonen og videre den emosjonelle og relasjonelle kompetansen hos personer med schizofreni.

4.2 Samlet analyse

4.2.1 Livskvalitet

Resultatene av de kvalitative studiene av Gunnmo & Bergmann (2011) og Olsson et al., (2015) viser hva pasienter med schizofreni selv mener er viktig for livskvalitet, men at pasientenes egenvurderinger av egen situasjon ikke samsvarer med sykepleieres vurderinger. Pasientene mener at sosiale aktiviteter, informasjon, meningsfull jobb, trygge relasjoner til fagpersoner, bli sett og hørt, hjelp til praktiske gjøremål og kontinuitet i behandling er viktig for velvære. Det viser seg også at rapporteringen av vonde følelser har stor sammenheng med livskvalitet. Valiente et al. (2019) og Costa et al., (2018) anbefaler derimot at det bør benyttes psykologiske intervensjoner sammen med annen behandling for økt velvære. De understreker at det er viktig å ta seg tid til å bli skikkelig kjent med pasienten for å kunne identifisere ulike prediktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienten. Deretter vil det lønne seg å jobbe målrettet med tiltakene mot en bedre hverdag med økt velvære og livskvalitet, og samtidig gjøre pasienten mer motstandsdyktig mot tilbakefall.

4.2.2 Fysisk aktivitet

Dauwan et al., (2015) og Vancampfort et al., (2012) kommer frem til at fysisk aktivitet har en positiv effekt på kliniske symptomer, livskvalitet og velvære. Yoga blir fremhevet i begge

artiklene som en aktivitet som viser seg å ha god effekt på positive og negative symptomer. Begge studiene fremhever også yoga som intervensjon, da det viser seg å ha positiv effekt på kognisjon. Vancampfort et al., (2012) trekker i tillegg frem at andre muskelavslappende øvelser bør være prioritert fordi det har vist å redusere angstnivå, og vonde følelser, i tillegg til å gi økt velvære. Dauwan et al., (2015) konkluderer med at fysisk aktivitet i form av gruppeaktivitet i minimum 30 minutt, tre ganger i uken, bør implementeres i behandlingen for optimal effekt.

4.2.3 Musikkterapi

Resultatene fra Geretsegger et al., (2017) og Pinar & Tel (2018), viser at musikkterapi har effekt på livskvalitet og velvære hos pasienter med en schizofrenidiagnose. Det viser seg at musikkterapi både har positiv effekt på negative og positive symptomer, hvor effekten på hørselshallusinasjoner blir særlig fremhevet. Begge studiene konkluderer med at det å lytte til musikk over en bestemt varighet, under riktige omstendigheter, har god effekt på livskvalitet og velvære.

5.0 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi drøfte relevant litteratur samt egne erfaringer fra praksis og resultater fra de åtte forskningsartiklene. Hensikten er å kunne belyse vår problemstilling på en ryddig og anvendelig måte. For ordens skyld vil "livskvalitet" bli brukt synonymt med "velvære".

En opplevelse av god livskvalitet innebærer å kjenne på en følelse av glede, ro, mening, mestring, og fungering i hverdagen (Nes, 2019). Til tross for at majoriteten av befolkningen i Norge oppgir å ha god livskvalitet, oppgir mennesker med psykiske helseutfordringer det motsatte. Pasienter med schizofreni er særlig utsatt for risikofaktorene som gir dårlig livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2020, s.10). I følge Antonovsky sine funn, presentert i Langeland (2014) sin kunnskapsoppsummering, er en salutogen tilnærming nyttig for å

forbedre livskvalitet, velvære, mestring og Sense of Coherence (SOC) hos pasienter i krevende livssituasjoner. Salutogenese tar for seg både personlige og kollektive motstandsressurser som man kan anvende i det psykiatriske arbeidet (Langeland, 2014, s.13, s.16).

Relasjonens betydning og verdien av pasientkunnskap

Det er ingen tvil om at sykepleiere står overfor kompliserte mellommenneskelige fenomener i arbeidet med pasienter med psykiske lidelser. Noen av de forholdene pasientene beskriver i studien til Gunnmo & Bergman (2011), gjenspeiles i begrepene "Being, Belonging, Becoming". Dette dreier seg om å strebe etter det "normale livet", reflektere over hvem man er som person, hvor man tilhører, og hvilke mål og håp man har for fremtiden. Viktige aspekt for økt velvære for pasientene viste seg å være trygge og gode relasjoner til sykepleiere eller andre behandlere. Costa et al., (2018) understreker behovet for å stifte bekjentskap med andre pasienter i samme situasjon gjennom støttegrupper. Dette vil kunne bidra til å redusere ensomhet og isolasjon, samt gi en følelse av at man hører til i en sosial sammenheng.

Noen av de samme aspektene som tas opp i studiene til Gunnmo & Bergmann (2011) og Costa et al., (2018), understøttes også av Hummelvoll (2018, s.67), som skriver at den gode, hjelpende relasjon kan stimulere håp og mot hos pasienten. Dessuten foreligger det en større sjanse for at pasienten fullfører et behandlingsopplegg hvis pasienten har et positivt forhold til sykepleier (Snoek & Engedal, 2019, s.88). Bakgrunnen for dette, kan være at den sosiale støtten fungerer som en motstandsressurs hos pasienten. Antonovsky mener at mennesker med nære bånd til hverandre har lettere for å løse opp spenninger, sammenlignet med mennesker som mangler kvalitet i sine relasjoner (Langeland, 2014, s.13). For at samarbeidet mellom sykepleier og pasient skal fungere hensiktsmessig, er det viktig å skape en atmosfære som gir rom for gjensidig tillit og åpenhet, nysgjerrighet og utvikling av pågangsmot (Hummelvoll, 2018, s.38-39).

Pasientkunnskapen vil kunne gi større forståelse for pasientenes følelser og opplevelser, og gjøre det lettere å møte pasienten i gode samvær (Hummelvoll, 2018, s.33-34, s.49). Det er først når vi vet noe om hvordan situasjonen oppleves for pasienten, at vi kan utnytte den kompetansen vi sitter inne med som sykepleiere. Ved å utforske hva som er helsefremmende for pasienten, kan man dessuten skape rom for bevisstgjøring og en sterkere identitet hos pasienten (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.17). Dette er noen av grunnene til at vi ser på funnene til Gunnmo & Bergmann (2011) som spesielt verdifulle. På en annen side er det noe usikkerhet i hvilken grad man kan bruke pasientenes egne erfaringer når man skal sikre nødvendig helsehjelp. Noe som fremkommer i Olsson et al., (2015) sin studie, er at pasientenes egne vurderinger av livssituasjonen ikke samsvarer med de vurderingene sykepleierne gjorde.

Deltakerne i Gunnmo & Bergmann (2011) sin studie legger vekt på det å få gjentakende informasjon om sin diagnose. Kunnskap og intelligens er kognitive motstandsressurser som kan bidra til økt velvære hos pasienten. Å kunne ta egne bevisste valg, vil bidra med å styrke mestring og identitet hos individet (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.13). Valiente et al., (2019) kommer frem til at psykologiske intervensjoner kan brukes komplementært med andre tiltak innen helsefremmende arbeid og behandling. De anbefaler at man i samtale med pasienten skal vektlegge temaet livskvalitet, og hvilke tiltak pasienten trenger for økt velvære. For å kunne bidra og øke pasientens motstandsdyktighet, må man som sykepleier identifisere personlige styrker og svakheter hos pasienten. Det å inkludere familien i samarbeidet har samtidig vist seg å ha betydning for pasientens fungering. Familieforholdet er likevel noe som kan variere fra familie til familie, så det er mulig å se for seg at det ikke alltid er optimalt å inkludere familien i samarbeidet (Hummelvoll, 2018, s.368-370)

Egoidentitet og overvinning av stigma

Egoidentitet handler om pasientens egen opplevelse av seg selv (Langeland, 2014, s.13). I studien til Gunnmo & Bergmann (2011) oppgir pasientene at de har erfaringer med fordommer og fornærmende kommentarer, noe som kan gå negativt utover pasientens selvaktelse. Å overvinne stigma sees på som en del av bedringsprosessen, da pasientene blir

nødt til å komme seg fra det sosiale stigma og de sosiale konsekvensene, i tillegg til andre følger av lidelsen (Hummelvoll, 2018, s.70). Pasientene opplever at det å ha en mental sykdom ofte blir sett på som negativt, og at de av den grunn ikke velger å snakke åpent om sin diagnose (Gunnmo & Bergmann, 2011).

Ifølge funnene til Costa et al., (2018) har de som rapporterer om god selvtillit, bedre global-, fysisk-, psykologisk - og miljømessig livskvalitet. Å måtte søke hjelp for sine helseproblemer fører gjerne med seg både skam og skyld, som kan føre til at pasienten havner i en selvforsterkende syklus preget av manglende respekt og selvdevaluering (Hummelvoll, 2018, s.141-142). Noe som fremkommer i studien til Valiente et al., (2019), er at pasientenes identitet vanligvis kan forsterkes ved å utvikle og identifisere personlige ressurser og ferdigheter. Forfatterne foreslår å benytte psykologiske intervensjoner som retter seg mot velvære, komplementært med annen behandling. Vi tror det vil være viktig at sykepleiere vektlegger de egostyrkende sykepleieprinsippene for å skape gode holdninger til livet og en opplevelse av sammenheng.

Da schizofreni ofte rammer unge mennesker i starten av voksenlivet, kan pasienten befinne seg midt i et utdanningsløp. Et langt og symptompregget sykdomsforløp vil derfor kunne gi alvorlige konsekvenser for vedkommende sitt liv. Å starte opp tidlig med behandling og samtidig forebygge nye anfall vil på grunnlag av dette ha stor betydning for den enkelte (Snoek & Engedal, 2019 s.83, s.88). Resultatene av studien av Costa et al., (2018) viser til at god økonomi kan gi mindre alvorlige symptomer og redusere tilbakefall hos pasientene, og at arbeid er viktig for god livskvalitet. Dette er også noe som fremkommer i rapporten til Folkehelseinstituttet (2020), som viser at dårlig økonomi og arbeidsledighet har assosiasjon med dårlig livskvalitet. Betydningen av meningsfullt arbeid, blir dessuten fremhevet i studien til Gunnmo & Bergmann (2011). Penger, sammen med andre materielle verdier, kan fungere som motstandsressurser for pasienten (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.13).

Fysiske ressurser, fysisk aktivitet og kontinuitet

Resultatene til Dauwan et al., (2015), Vancampfort et al., (2012) og Costa et al., (2018) viser at fysisk aktivitet har effekt på livskvalitet. Costa et al., (2018) gjorde funn som tyder på at de pasientene som hadde en inaktiv livsstil slo dårlig ut på sosial- og miljømessig livskvalitet. Ved at sykepleiere bevisstgjør pasienter om denne sammenhengen, kan en bidra til å fremme livskvalitet og velvære hos individet. Gruppeaktiviteter kan for eksempel bidra til en opplevelse av følelsesmessig- og kroppslig kontroll, og samtidig bidra til at pasienten får utløp for ulike følelser som glede og aggresjon. En positiv innvirkning på selvbildet og mestring følger også med (Hummelvoll, 2018, s.483).

Å identifisere prediktorer som har betydning for pasientens livskvalitet, vil være til hjelp for sykepleiere når de skal fremme livskvalitet. Ifølge funnene til Dauwan et al., (2015) viser ikke antipsykotika tilstrekkelig effekt på negative symptomer, mens fysisk aktivitet ser ut til å redusere disse. Da de fleste pasienter har overvekt av negative symptomer anser vi dette å være viktige funn (Snoek & Engedal, 2019, s.85). Ofte foreligger også manglende motivasjon eller initiativ hos pasienten, og sykepleiere bør derfor gjerne foreslå aktiviteter som ikke er for krevende eller langvarige (Hummelvoll, 2018, s.360). Dauwan et al., (2015) konkluderer med at fysisk aktivitet i form av gruppeaktivitet i minimum 30 minutter tre ganger i uken bør implementeres i behandling for optimal effekt. Dette kan være et godt utgangspunkt for sykepleiere, da tilretteleggingen av aktivitet fortsatt kan være noe tilfeldig og mangle en begrunnelse (Hummelvoll, 2018, s.483).

Det er blitt dokumentert en klar sammenheng mellom ulike prediktorer og livskvalitet. Disse prediktorene kan være søvn, kosthold, aktivitetsnivå eller røyk (Costa et al., 2017). God søvnhygiene og et sunt kosthold, er dessuten viktige momenter for mer energi og nok overskudd til fysisk aktivitet (Tangen, 2017). Her kan gjerne sykepleier gjennom informasjon og veiledning, legge til rette for at pasienten har kunnskapen de trenger for å skape et godt liv. Videre viser resultatene til Vancampfort et al., (2012) og Dauwan et al., (2015) at aerobe, anaerobe og muskelavslappende treningsformer bidrar til økt velvære og reduserer psykiatriske symptomer. Yoga har vist positiv effekt på kognisjon, særlig langtidshukommelse og oppmerksomhet. Kognitive ressurser er viktige for å takle symptomer som krever mye av

pasienten sin mentale kapasitet (Langeland, 2014, s.13). Disse funnene vil være særs relevant i behandlingssammenhenger hvor det kreves en viss konsentrasjon og initiativ fra pasienten.

Fra egen praksis på avdeling for psykose, opplevde vi at fysisk aktivitet ble noe varierende prioritert. De dagene det var få ansatte på jobb, var det vanskelig å gjennomføre den oppsatte treningstiden til pasientene. Andre dager observerte vi at pasientene gikk ned i gymsalen gruppevis eller for å trene individuelt. Det er nokså uheldig at de pasientene som etterspør aktivitetstilbudet ikke får mulighet til å gjennomføre det slik de hadde planlagt. Dette vil kunne gå ut over kontinuitet i behandlingen, som er en tungtveiende faktor i studien til Gunnmo & Bergmann (2011). Kontinuitet, sammen med regelmessighet, er grunnleggende i relasjonen mellom sykepleier og pasient og sannsynligvis det viktigste for å signalisere interesse (Strand, 2016, s.78-79). Kontinuitet kan dessuten fungere som en motstandsressurs for pasienten (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.13). Pasienter som opplever indre kaos og uro, vil gjerne ha ekstra behov for omgivelser som symboliserer ro, trygghet og forutsigbarhet.

Symptom- og funksjonsbedring ved hjelp av musikkterapi

Resultatene av studien til Valiente et al., (2019) viser at symptom- og funksjonsforbedring ikke nødvendigvis fører til økt velvære eller bedre livskvalitet. Eksempelvis kan antipsykotiske legemidler lindre ubehagelige symptomer, men på en annen side bringe med seg en del uheldige bivirkninger som går negativt utover livskvaliteten til pasienten. Vanlige utfordring i arbeidet med psykotiske pasienter er blant annet affektforstyrrelser, persepsjonsforstyrrelser, ambivalens og tankeforstyrrelser (Hummelvoll, 2018, s.360-361, s.345-350). Sang og musikk kan hjelpe mennesker i alle aldre som har vansker med for å uttrykke følelser ved bruk av ord, og setter vonde tanker og stemmer på pause for en periode (Earl, 2016). Å ha evne til å regulere følelser vil dessuten være en viktig motstandsressurs for pasienten (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.13).

Pinar & Tel (2018) viser at musikk har positiv effekt på spesielt hørselshallusinasjoner. Hørselshallusinasjoner kan gjøre individet mindre i stand til å møte de kravene hverdagen stiller, fordi det krever mye av hjernens oppmerksomhet og gjør det vanskelig å holde fokus på andre ting (Peleikis & Felldal, 2017, s.38-40). Det er mulig å se for seg at slike forstyrrelser vil gå negativ utover pasientens livskvalitet. Earl (2016) formidler at musikkterapi fremmer tilfriskning og reduserer stress og angst. Ifølge funnene til Pinar & Tel (2018) kan musikkterapi forbedre fysiske, psykiske og miljømessige faktorer som påvirker livskvaliteten, hele seks måneder etter avsluttet tiltak. Dette er også noe av det som fremkommer i resultatene til Geretsegger et al., (2017). Resultatene viser at musikkterapeutene bør være kvalifiserte, og at det bør utføres et tilstrekkelig antall musikkterapi timer for optimal effekt. Til tross for denne anbefalingen, kan det være mulig for sykepleiere å implementere deler av et musikkterapeutisk opplegg i samråd med musikkterapeuter.

Fra vår egen praksisperiode på avdeling for psykose, kunne vi se at musikkterapi allerede var godt etablert i avdelingen, men at pasientene bare gikk to ganger i uken til musikkterapeutene. Hvis sykepleiere får mer kunnskap om hvordan musikk kan brukes på en terapeutisk måte, kan det hjelpe pasienten i de tilfellene musikkterapeutene ikke har mulighet til det. Anbefalingene til Pinar & Tel (2018) og Geretsegger et al., (2017) er å kunne tilby musikkterapi som en del av behandlingen, gjerne så tidlig som mulig. Musikkterapi vil da kunne gi økt velvære og livskvalitet for flere pasienter.

Sykepleiers mål og utfordringer

Som sykepleiere skal vi hjelpe pasienten til å gjenoppta personlige, sosiale og arbeidsrelaterte aktiviteter, selv om den psykiske lidelsen setter begrensninger for pasienten (Hummelvoll, 2018, s.56-57). Det grunnleggende for det psykiatriske arbeidet vil alltid være å klare og ha en balanse mellom det å gi passe støtte og passe utfordring (Strand, 2016, s.77). Sammen med pasientens mangelfulle sykdomsinnsikt, vil sviktende interesse, motivasjonssvikt, symptomer og bivirkninger av antipsykotiske legemidler, gjøre det vanskelig for sykepleieren å få pasienten til å samarbeide om en behandlingsplan (Hummelvoll, 2018, s.360). For et vellykket samarbeid er det essensielt å vite hva pasientene trenger for økt

velvære. Pasienter som har behov for langvarige tjenester har i følge pasient og brukerrettighetsloven § 2-5 rett på individuell plan, som kan sikre til at pasienten får den nødvendige oppfølgingen den trenger (Snoek & Engedal, 2019, s.302).

Å komme på sporet igjen av sin livsvei vil være resultatet av et vekselspill mellom individ, relasjoner og omgivelsene. Tiltak som har mål om å bedre velvære, vil mest sannsynlig hjelpe menneskets fungering og motstandsdyktighet og samtidig forhindre tilbakefall. Gjennom denne oppgaven har vi kommet frem til at livskvalitet bør være det overordnede målet i all pleie og behandling. Vi har sett at fysisk aktivitet og musikkterapi kan være effektive tiltak der målet er økt livskvalitet og velvære, men at de gjerne bør utøves komplementært sammen med annen behandling. Erfaringer fra praksis viser hvor viktig det er å legge til rette for at de planlagte tiltakene kan gjennomføres. Utfordringen kan også noen ganger være at pasienter med schizofreni har manglende kunnskap eller innsikt i egen situasjon, som i seg selv bidrar til at pasienten ikke ønsker å endre sine levevaner. For at pasienten skal være i stand til å mestre de kravene hverdagen stiller, er det viktig at pasienten kan benytte seg av sine mestringsstrategier. Her må behandlingen konstrueres etter en vurdering av pasientens ressurser, ønsker og behov (Hummelvoll, 2018, s.79, s.57, s. 371).

5.2 Metodediskusjon

5.2.1 Diskusjon av egen metode

Vår håndtering av metode kan ha virket inn på resultatene. Selve søket i databasene ble noe tilpasset etter hva vi i var interessert i å finne og tidsrammen for oppgaven. Dette gjorde at vi ikke brukte samme søkeord eller sammensetninger i alle databasene. Forskjellig bruk av søkeord kan være en svakhet i systematisk arbeid, men vi anser ikke dette som avgjørende i en litteraturstudie. Det er også mulig at bruk av andre søkeord, inklusjons- eller eksklusjonskriterier kunne gitt andre treff i litteraturen. Videre kan vi ha benyttet oss av databaser som ikke nødvendigvis har gitt oss de beste treffene. Artikkelen som er fremkommet har likevel bidratt til ny kunnskap og spennende innfallsvinkler.

Vi tror vi har lyktes med å presentere funnene fra forfatterne på en objektiv måte og forholdt oss edruelige til resultatene uten å forvrengte fremstillingen. På samme tid har vi ikke mye erfaring med innhenting av forskningslitteratur eller kritisk vurdering, noe som kan ha bidratt til at vi har inkludert studier med lavere kvalitet enn ønsket. Det er alltid fare for at nyanser og poeng kan ha blitt tapt i oversettelse og tolkning, da artiklene ofte omhandler kompliserte begreper og avanserte analysemetoder, som strengt tatt er utenfor vårt kompetanseområde. Overføringsverdien av funnene våre kan være noe begrenset på grunn av heterogenitet i de inkluderte studienes design, analysemetode, populasjonsstørrelser, inklusjons- og eksklusjonskriterier, intervensjoner og opprinnelse. Selve livskvalitetsbegrepet er også flertydig og kan derfor ha blitt tolket forskjellig på tvers av studiene: For ordens skyld har vi brukt "livskvalitet" synonymt med "velvære".

5.2.2. Diskusjon av forfatternes metode

Vi har vurdert at studiene vi har valgt å inkludere stort sett er av god kvalitet, men at det kan finnes svakheter i noen ledd. Det er noe usikkert om forfatternes inklusjons- og eksklusjonskriterier har vært hensiktsmessige, om det foreligger en tilnærmet lik forståelse av begrepet livskvalitet, om heterogenitet i populasjon eller tiltakene kan ha virket inn på resultatene, eller om deltakernes erfaring med ulike vurderingsverktøy har vært avgjørende. Se utfyllende informasjon om styrker og svakheter ved de forskjellige studiene i vedlegg 4, styrkeskjema.

6.0 Konklusjon med perspektivering

Det foreligger en klar opphopning av risikofaktorer som har sammenheng med dårlig livskvalitet hos pasienter med schizofreni (Nes, 2019). Vi har sett at sykepleieres holdninger og handlinger kan være avgjørende for at pasienter med schizofreni kan få redusert disse og få økt livskvalitet. Ved hjelp av en salutogen tilnærming kan sykepleiere styrke pasientens motstandsressurser og opplevelse av sammenheng (SOC), slik at pasienten blir i stand til å leve et godt liv med bedre psykisk helse, økt mestring og livskvalitet til tross for sine helseutfordringer. Forskning viser dessuten at det å etterspørre livskvalitet gir større

tilfredshet i seg selv (Helsebiblioteket, 2013).

Fysisk aktivitet og musikkterapi, er i henhold til funnene våre, nyttige intervensjoner når målet er å fremme livskvalitet. Det å implementere fysisk aktivitet i form av gruppeaktivitet i minimum 30 minutter flere ganger i uken, eller delta i musikkterapi tilrettelagt av kvalifiserte musikkterapeuter/sykepleiere er med på å bedre symptomer og øke velvære. Tiltakene bør tilpasses det enkelte individ og brukes komplementært med annen behandling for å fremskynde tilfriskning og redusere tilbakefall (Valiente et al., 2019). For å legge til rette for at pasienter får gode holdninger til livet kan sykepleiere gjerne fokusere på områdene “Being, belonging, becoming” (Gunnmo & Bergmann, 2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient vil være fundamentet i alle salutogene tilnærminger, derav har kontinuitet vist seg å være avgjørende for at man skal komme frem med behandlingen (Langeland, 2014, s.13, s.28). Vi vil også understreke behovet for videre forskning på området, for å kunne være i stand til å generalisere funnene i høyere grad.

Alle mennesker er i elven som er livets elv. Ingen kan stå trygt på elvebredden. Vannet i elven er alltid i bevegelse, det kan være alt fra rolige strømninger til virvelstrømmer og fossestryk. Det viktige, avgjørende salutogene spørsmålet er: "Uansett hvor en er i livets elv, hva former ens evne til å svømme bra?". (Antonovsky, i Langeland, 2014, s.11)

Referanseliste

Bahr, R. (2020, 14. Mai). *Fysisk aktivitet*. Store medisinske leksikon.

https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet

Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B.

& Corredeira, R. (2018). Association of lifestyle- related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 267, 382-393. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.022>

Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. & Sommer, I. E. (2015). Exercise Improves

Clinical Symptoms, Quality of Life, Global functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599. DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>

Earl, K. (2016, 16. februar). Music therapy used to help emotional physical pain. *Daily*

Sundial.

<https://sundial.csun.edu/100941/arts-entertainment/expressing-emotions-through-music-therapy/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 15. september). *Fra Nord til Sør: Livskvalitet i Norge i 2019*

(Rapport 2020, ISBN 978-82-8406-113-9).

<https://www.fhi.no/contentassets/21c14cb7d5924b779a0d6e26c4064af4/livskvalitet-i-norge-2019-rapport.pdf>

Førde, R. (2014, 10. Oktober). *Helsinkideklarasjonen*. De nasjonale forskningsetiske

komiteene.

<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen>

Gamut. (2019). *Musikkterapi og psykisk helse*.

<https://gamut.w.uib.no/kunnskapsbeskrivelser/musikkterapi-og-psykisk-helse/>

Geretsegger, M., Mössler K.A, Bieleninik, L., Chen, X.J., Heldal T.O. & Gold C. (2017). Music

therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review).

Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: [10.1002/14651858.CD004025.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004025.pub4)

Gunnmo P. & Bergman H. F. (2011). What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i1.5412>

Helsebiblioteket. (U.å). *Kunnskapsbasert praksis*.

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

Helsebiblioteket. (2013, 01. oktober). *Å etterspørre livskvalitet gir større tilfredshet hos pasienter med schizofreni (Utvalgt forskning)*.

<https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/a-ettersporre-livskvalitet-gir-storre-tilfredshet-hos-pasienter-med-schizofreni-utvalgt-forskning>

Helsebiblioteket. (2016a, 03. juni). *Sjekklistor*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016b, 07. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2019, 21. juni). *Schizofreni*.

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

Helsebiblioteket. (2020, 03. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*.

<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-heading-s-pa-norsk-og-engelsk>

Helsedirektoratet. (2013, juni). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og*

oppfølging av personer med psykoselidelser (Rapport IS-1957). Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser

Helsedirektoratet. (2018a, august). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling* (Rapport IS-2748).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20baerekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_attachment/inlin

e/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffd
d0abaa/Folkehelse%20og%20bærekraftig%20samfunnsutvikling.pdf

Helsedirektoratet. (2018b, 27. august). *Livskvalitet: Anbefalinger for et bedre målesystem*

(Rapport IS-2727).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20-%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20malesystem.pdf/_/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20-%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20malesystem.pdf

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M.W., & Smith, R.E. (2019).

Psychology: The Science of Mind and Behaviour (4. utg.). London: McGraw-Hill Education.

Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*

(7.utg.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Høgskulen på Vestlandet. (U.å.). *Søk etter fagressursar*

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=Sjuepleie>

Langeland, E. (2014, 02. april). *Salutogenese og psykiske helseproblemer – en*

kunnskapsoppsummering (ISBN 978-82-7570-364-2).

<https://www.napha.no/content/14907/salutogenese-og-psykiske-helseproblemer--kunnskapsoppsummering-fra-napha>

Lønne, A. (2019, 22. Januar). Salutogenese. I *Store medisinske leksikon*.

<https://sml.snl.no/salutogenese>

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

Nes, R. B. (2019, 23. September). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Norsk forening for musikkterapi. (U.å). *Musikkterapi og psykisk helse*.

<https://www.musikkterapi.no/fagpolitisktidsskrift/2016/4/29/musikkterapi-og-psykisk-helse>

Olsson, M., Carlström, E., Marklund, B., Helldin, L. & Hjärthag, F. (2015). Assessment of Distress and Quality of life: A Comparison of Self- Assessments by Outpatients with a Schizopsychtic illness and the Clinical Judgement of Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(5), 284-289. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.001>

Peleikis, D. & Felldal, S. (2017). *Schizofreni – til å leve med* (1.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pinar, S. E. & Tel, H. (2018). The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(1), 50-57. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/01612840.2018.1463324>

Rund, B. R. (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Psykiatrisk opplysning.

Ruud, E. (2020, 09. januar). Musikkterapi. *I Store norske leksikon*. <https://snl.no/musikkterapi>

Rønning, A. O. (2016, 21. Oktober). *Forskning på barn blir ikke publisert*. *Forskning.no* <https://forskning.no/de-nasjonale-forskningsetiske-komiteene-partner-helse/forskning-pa-barn-blir-ikke-publisert/389263>

Snoek, J. E. & Engedal, K. (2019). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Strand, L. (2016). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tangen, J.M. (2017, 21. Mars). *Idrett, kosthold og søvn*. Norges idrettsforbund.

<https://www.idrettsforbundet.no/idrettskrets/moreogromsdal/nyhet/arkiv/idrett-kosthold-og-sovn/>

Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Valiente, C., Espinosa R., Trucharte, A., Nieto, J., & Martínez-Pradi L. (2019). The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 208, 16-24.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.01.040>

Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L. V., Catalán- Matamoros D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa A., Ijntema R. & Hert, M.D. (2012). Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 92(1), 11-23.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20110218>

Ververda, J. & Bjørnstad, M. M. (2018). *Slik kan sykepleiere bedre helsen til personer med schizofreni*. *Sykepleien* 2018 106(65895)(e-65895).
<https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-65895.pdf>

Vedlegg 1: PICO

<p>Problemformulering: “Hvordan kan sykepleiere fremme livskvalitet hos pasienter med schizofreni?”</p>	<p>Type spørsmål: Erfaringer og holdninger/Effekt av tiltak</p>
--	--

	P (Patient/Population)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (Outcome)
<p>Norsk formulering hentet fra din problemstilling</p>	<p>Pasienter med schizofreni (alder 18+, innlagt institusjon eller under poliklinisk behandling)</p>	<p>Helsefremmende tiltak (med vekt på musikkterapi og fysisk aktivitet)</p>	<p>-</p>	<p>Livskvalitet/velvære</p>
<p>MeSH ord</p>	<p>Schizophrenia Schizophrenic disorder* Psychiatric nurse*</p>	<p>Music therapy Physical therapy Physical therapy modalities Exercise Health promotion Promotion of health Promotional item*</p>	<p>-</p>	<p>Quality of life QOL Life Quality Health-related quality of life Health related quality of life HRQOL</p>

		Wellness program* Intervention* Need for help Psychological factor*		Psychological well-being Well-being
--	--	--	--	--

Database	Søkehistorikk	Valgt artikkel ut ifra søk
Epistemonikos	Schizophrenia (TITLE) AND quality of life (TITLE) OR well- being (TITLE) AND intervention* (TITLE/ABSTRACT) (n=3)	Valiente, C., Espinosa R., Trucharte, A., Nieto, J., & Martínez-Pradi L. (2019). <i>The challenge of well- being and quality of life: A meta- analysis of psychological interventions in schizophrenia</i>
Medline: Ovid	Schizophrenia/ AND Quality of life/ AND Music therapy/ (n=5).	Geretsegger, M., Mössler K.A, Bieleninik, L., Chen, X.J., Haldal T.O. & Gold C. (2017). <i>Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review)</i>

	Schizophrenia/ AND Physical Therapy Modalities/ AND systematic review (n=1)	Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L. V., Catalán- Matamoros D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesaa A., Ijntema R. & Hert, M.D. (2012). <i>Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia</i>
	Schizophrenia/ or schizophrenia.mp. AND quality of life / or quality of life.mp. OR well-being.mp. AND need for help.mp. (n=3)	Gunmo P. & Bergman H. F. (2011). <i>What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being</i>
	Schizophrenia/ AND Quality of Life/ AND Music therapy/ (n=5).	Pinar, S. E. & Tel, H. (2018). <i>The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial</i>

PubMed	Schizophrenia, exercise, quality of life, systematic review (n=28).	Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. & Sommer, I. E. (2015). <i>Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis</i>
--------	--	---

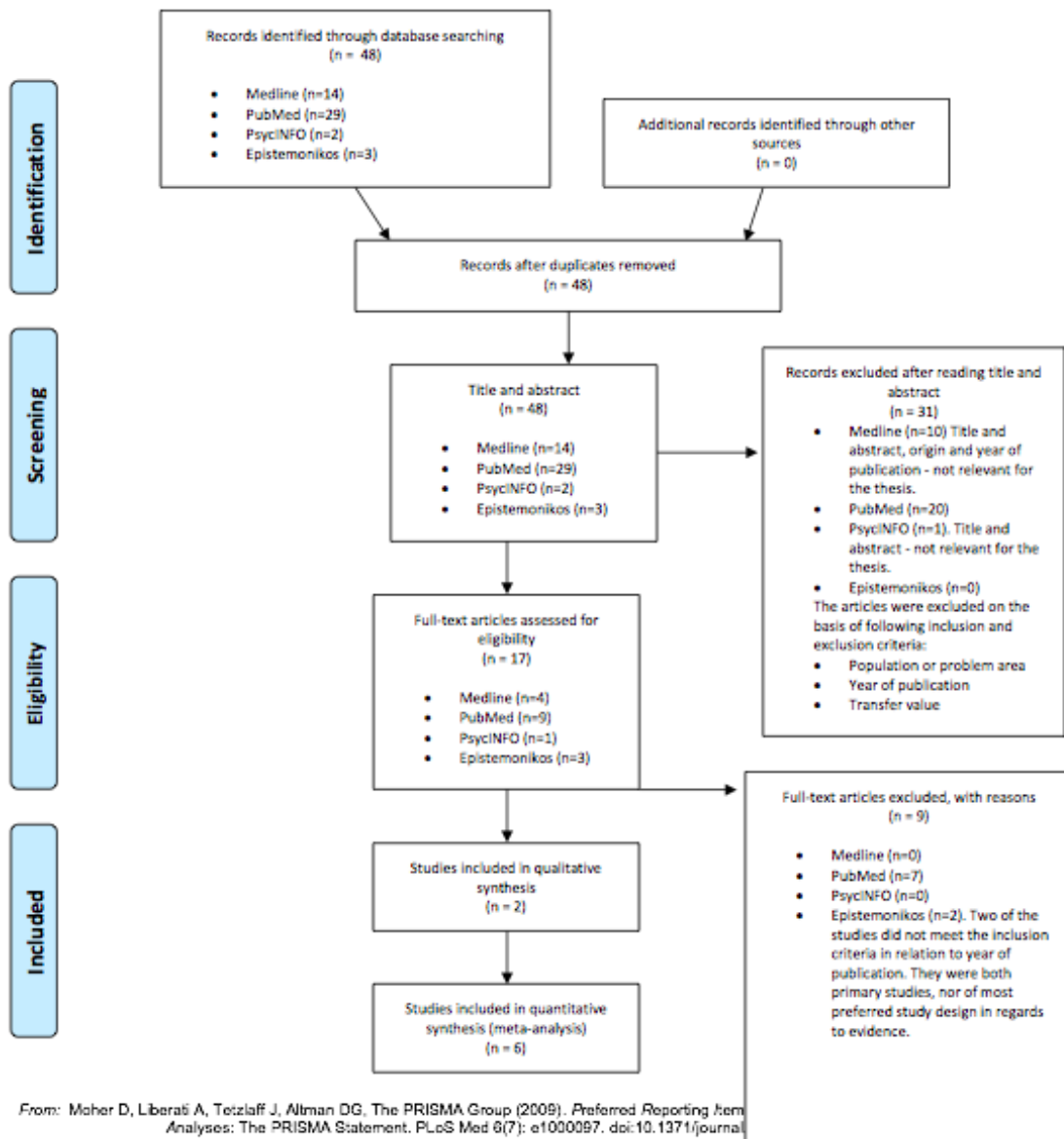
	Søkehistorikk: Schizophrenia (TITLE) AND quality of life (TITLE) AND psychological factors (TITLE) (n=1).	Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B. & Corredeira, R. (2018). <i>Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia</i>
PsycINFO	Schizophrenia AND quality of life AND psychiatric nurses (n=2).	Olsson, M., Carlström, E., Marklund, B., Helldin, L. & Hjärthag, F. (2015). <i>Assessment of Distress and Quality of life: A Comparison of Self- Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic illness and the Clinical Judgement of Nurses</i>

Tabell 2. PICO-skjemaet/utvidet PICO-skjema. Fra "Litteratursøk: Framgangsmåte: PICO og forberedelse til søk", av Helsebiblioteket, 2018. (<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>)

Vedlegg 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.0060097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg 3: Samleskjema

Metode					Resultater		
Artikkel	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
<p>1. Gunnmo P. & Bergman H. F.</p> <p><i>What do individuals with schizophrenia need to increase their well-being</i></p> <p>(Sverige)</p>	2011	Kvalitativ studie	<p>Syv pasienter med en schizofrenidiagnose (diagnostisert i henhold til DSM-IV kriterier), ble intervjuet.</p> <p>Seks av deltakerne var kvinner og én deltaker var mann, i aldersgruppen 33-66 år.</p>	<p>Hensikten med studiet var å få dypere kunnskap om hva individer med schizofreni trenger for å øke sitt velvære.</p> <p>Hvert intervju startet med informasjon om studien, hvordan det hele skulle gå for seg. Pasienten begynte å fortelle om litt bakgrunnsinformasjon (alder, diagnose, første møte med psykisk helsevern, bosted, arbeid osv.).</p> <p>Intervjuerne fokuserte på å ha en utforskende metode, ved å spørre åpne spørsmål. Oppfølgingsspørsmål ble så tilpasset ut i fra deltakernes svar.</p>	<p>Pasientene som ble intervjuet understreker viktigheten av å få informasjon om sin diagnose (for seg selv, for samfunnet, og for sin families del).</p> <p>Deltakerne synes det er viktig å få ta del i sosiale aktiviteter (som å delta i møter og få besøk i hjemmet) og ha meningsfullt arbeid.</p> <p>Samtidig poengterer de viktigheten av trygge relasjoner til fagpersoner, med vekt på kontinuitet og det å bli sett og hørt.</p> <p>Det ble også adressert om behovet for støtte, til å opprettholde et selvstendig liv gjennom</p>	<p>Pasientene som ble intervjuet beskriver deres behov for hjelp, hovedsakelig knyttet til velvære i deres livssituasjon, til områdene "å være, tilhøre og bli" ("Being, Belonging, Becoming").</p>	<p>Dette studiet vurderer vi viktig for videre sykepleieutøvelse da vi får oppgitt hva pasienter med schizofreni selv mener er viktig for å øke sitt velvære. På denne måten kan vi få informasjon om hvordan vi kan tilrettelegge behandlingen på en best mulig måte for det enkelte individ.</p> <p>Ved å bruke pasientenes egne erfaringer i forhold til hva som gir livskvalitet, kan man kunne hjelpe flere mennesker med schizofreni mot et godt liv til tross for helseutfordringer.</p>

				Intervjuene hadde varighet på cirka en time.	økonomisk hjelp og praktisk husarbeid.		
<p>2. Olsson, M., Carlström, E., Marklund, B., Helldin, L. & Hjärthag, F.</p> <p><i>Assessment of Distress and Quality of life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic illness and the Clinical Judgement of Nurses</i></p> <p>(Sverige)</p>	2015	Kvalitativ studie	<p>274 pasienter, som enten er diagnostisert med schizofreni (n=175), schizoaffektiv lidelse (n=68) eller vrangforestilling (n=31), og alle sykepleiere som gjennomførte vurderinger (n=28), ble inkludert i denne studien.</p> <p>Alle deltakerne i studien var polikliniske pasienter i en stabil sykdomsfase. 112 av deltakerne var kvinner og 162 av deltakerne menn. Gjennomsnittsalder en i populasjonen var 53 år, med et aldersspenn fra 22-81 år.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan selvvurderinger av opplevd nød og livskvalitet hos pasienter med schizo-psykotisk sykdom er assosiert med de vurderinger som blir gjort av sykepleiere.</p> <p>Dataene fra studiene ble samlet inn til et pågående og langsiktig forsøksprosjekt i Sverige (CLIPS), som start i år 2000.</p> <p>I studiet ble det gjort vurderinger av sykdomssymptomer, funksjon og livssituasjon. Pasienter og sykepleiere brukte flere forskjellige egenvurderingsverktøy.</p>	<p>Resultatene viste av pasientens egenvurdering ikke korrelerte med sykepleiervurderingene.</p> <p>Funnene indikerer at pasientens egenvurdering ikke er tilstrekkelig grunnlag for avgjørelser om passende behandlingsintervensjoner</p> <p>·</p> <p>Det ble funnet en korrelasjon mellom pasientenes vurdering av vonde følelser og livskvalitet.</p>	Forfatterne konkluderer med at pasientenes egne vurderinger av behandlingen ikke er tilstrekkelig. Det trengs mer forskning på området.	Funnene viser at det ikke er tilstrekkelig med kun pasientens egenvurdering av sin mentale helsetilstand, og at det er nødvendig med en vurdering for å sikre nødvendig helsehjelp. Dette vil derfor være viktig i sykepleieutøvelsen.
<p>3. Valiente, C., Espinosa R.,</p>	2019	Systematisk oversikt	Forfatterne inkluderte 36	Hensikten med studien var å vurdere effekten av psykologiske	Funnene tyder på at det foreligger en signifikant (liten til moderat) effekt av	Forfatterne kommer frem til at symptom- og funksjonsbedring	Velvære er et viktig mål i bedring av psykose og i forebyggingen av

<p>Trucharte, A., Nieto, J., & Martínez-Pradi L.</p> <p><i>The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia.</i></p> <p>(Spania)</p>			<p>artikler med totalt 4349 deltakere.</p> <p>Alle studiene tok for seg pasienter med schizofreni, men noen studier inkluderte også shizoaffektiv lidelse (n=14) og bipolar lidelse (n=5). I tillegg fokuserte noen studier på mennesker med første psykoseepisode (n=2).</p> <p>De inkluderte studiene har tatt for seg pasienter innlagt i institusjon (n=5), pasienter tilknyttet poliklinikk (n=28), eller begge deler (n=3). Alle studiene hadde voksne populasjoner.</p>	<p>intervensjoner på velvære og livskvalitet (QoL) hos mennesker med schizofreni.</p> <p>De fleste av de inkluderte studiene sammenlignet psykologiske intervensjoner med vanlig behandling. Ti av studiene sammenlignet psykologiske intervensjoner med en aktiv kontrollgruppe.</p> <p>I mange av studiene ble de psykologiske intervensjonene utført i gruppe, 15 av studiene utførte tiltakene individuelt, mens de resterende to studiene kombinerte både individuell og gruppeintervensjon.</p> <p>Varighet av intervensjonene i minutter varierte fra 30-60 minutt for de fleste studier (n=18), men noen studier (n=10) hadde lengre varighet enn 60 minutt, eller ga</p>	<p>de psykologiske tiltakene når utfallsmålet er satt til å være velvære.</p> <p>Forfatterne anbefaler at man benytter psykologiske intervensjoner komplementært med andre tiltak i helsefremmende arbeid og behandling når det er ønskelig å bedre velvære hos pasienten.</p> <p>Å benytte seg av tiltak som har mål om å bedre velvære vil mest sannsynlig også hjelpe menneskets fungering og motstandsdyktighet og forhindre tilbakefall.</p>	<p>ikke nødvendigvis fører til økt velvære, og at det trengs mer fokus på de tiltakene som retter seg mot bedre velvære. De kommer også frem til at samtale må bygge på å utvikle personlige ressurser og ferdigheter, for å kunne utvikle en positiv identitet.</p> <p>De anbefaler psykologiske inngrep som retter seg mot velvære som en komplementær strategi innen mental helsefremming og behandling.</p>	<p>symptomer. Tidligere forskning har fokusert på psykotiske symptomer og generell psykopatologi, uten å ha velvære som et viktig utfallsmål. På grunnlag av dette mener vi at funnene fra den systematiske oversikten har stor relevans og overføringsverdi, både for vår oppgave, implikasjon i praksis og videre forskning.</p>
--	--	--	--	---	---	---	--

				<p>ikke informasjon om varighet (n=8).</p> <p>Det var variasjon blant studiene i forhold til hvor mange uker intervensjonene gikk over, fra mindre enn en uke til opptil 48 uker. De fleste studier (n=14) brukte intervensjonene over 6-10 uker.</p> <p>To av de inkluderte studiene hadde et resultatmål satt som velvære, 30 studier et resultatmål satt til livskvalitet, og to studier med begge resultatmål.</p>			
<p>4. Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B. & Corredeira, R.</p> <p><i>Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality</i></p>	2018	Tverrsnittstudie	<p>Utvalget bestod av 115 pasienter med en schizofrenidiagnose (i henhold til DSM-V kriterier), 25% kvinner, 50% inneliggende pasienter.</p> <p>Deltakerne var over 18 år, kunne snakke portugisisk, i stabil sykdomsfase med evne til å</p>	<p>Hensikten med studiet var å undersøke forholdet mellom livsstilsrelaterte faktorer, psykologiske faktorer og livskvalitet hos mennesker med schizofreni.</p>	<p>Resultatene viste at selvtillit ga bedre global, fysisk, psykologisk og miljømessig livskvalitet.</p> <p>Fysisk aktivitet ga bedre global og fysisk livskvalitet, mens de som var mye sittestillende slo ut dårlig på sosialt og miljømessig livskvalitet.</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at det å ha en sunn livsstil kan føre til forbedret fysisk helse, psykologisk velvære og økt livskvalitet. Forholdet til pasienten vil være viktig for å identifisere prediktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienten.</p>	<p>Funnene fra dette studiet er relevante for sykepleieutøvelsen fordi det gir informasjon om forholdet mellom livskvalitet, psykologiske faktorer og livsstil. Man kan ved hjelp av disse funnene jobbe mer målrettet for en følelse av et godt liv hos den enkelte.</p>

<p><i>of life in people with schizophrenia</i></p> <p>(Portugal)</p>			<p>konsentrere seg i minst 20 minutter, og hadde stabilt medisinregime uten endringer siste måned.</p>			<p>Det er viktig å forstå viktigheten av å identifisere prediktorer som bidrar til økt livskvalitet. Dette dreier seg blant annet om en sunn søvnhygiene, fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.</p>	
<p>5. Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L. V., Catalán-Matamoros D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa A., Ijntema R. & Hert, M.D.</p> <p><i>Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia</i></p> <p>(Sverige)</p>	2012	Systematisk oversikt	<p>Forfatterne inkluderte ti randomisert kontrollerte studier med totalt 322 deltakere.</p> <p>De inkluderte studiene tar for seg pasienter med schizofreni, der alle unntatt to studier har diagnostisert pasientene i henhold til DSM-IV.</p> <p>To studier inkluderte både pasienter tilknyttet poliklinikk og pasienter i institusjon, to studier konsentrerte seg</p>	<p>Hensikten med studien var å systematisere randomisert-kontrollerte studier for å evaluere effekten av fysisk aktivitet for mennesker med schizofreni.</p> <p>Seks av studiene undersøkte effekten av aerobic og styrkeøvelser, hvorav to av disse studiene også hadde yoga som intervensjon. Fire studier undersøkte effekten av muskelavslappende øvelser.</p>	<p>Den systematiske oversikten viser at visse fysiske intervensjoner, som aerobic, styrketrening, muskelavslappende øvelser og yoga, har effekt på psykiatriske symptomer, angst, helserelatert livskvalitet og fysisk form</p>	<p>Fysisk aktivitet viste seg å ha positive helseeffekter for pasienter med schizofreni.</p> <p>Forfatterne konkluderer med at det trengs videre forskning på området for at evidens skal styrkes.</p>	<p>Heterogeniteten i intervensjonene og populasjonsstørrelsen i de inkluderte studiene begrenser overføringsverdien noe. Vi vurderer likevel funnene til å være relevant for videre sykepleieutøvelse da funnene viser at fysisk aktivitet kan ha positive helseeffekter hos pasienter med schizofreni.</p>

			<p>kun om pasienter i poliklinikk, mens resterende studier inkluderte kun pasienter i institusjon.</p> <p>Deltakerne varierte fra 18-63 år. I de fleste studier var deltakerne menn. Både pasienter med akutte episoder og pasienter med kronisk tilstand ble inkludert.</p>				
<p>6. Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. & Sommer, I. E.</p> <p>Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis</p> <p>(Nederland)</p>	2015	Systematisk oversikt	<p>Forfatterne inkluderte 29 studier med totalt 1109 deltakere.</p> <p>De inkluderte studiene tar for seg pasienter med schizofreni, eller schizofrenilignende tilstander.</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke om fysisk aktivitet er effektivt i forhold til bedring av kliniske symptomer, livskvalitet, global fungering og depresjon for pasienter med schizofreni.</p> <p>De inkluderte studiene brukte alle former for fysisk aktivitet, slik som yoga, aerobe eller anaerobe treningstiltak. Kontrollgruppene ble</p>	<p>Resultatene av studien viser at fysisk aktivitet er et effektivt tilleggstiltak i forhold til bedring av kliniske symptomer, livskvalitet, global fungering og depresjon. I tillegg kommer forfatterne frem til at yoga kan ha en mulig positiv effekt på kognisjon.</p>	<p>Forfatterne konkluderer med at fysisk trening har positiv effekt for pasienter med schizofreni. Klinikere blir anbefalt til å implementere gruppeaktivitet under observasjon for minst 30 minutter daglig, tre ganger i uken for minimum 12 uker. Ved langvarig aktivitet over tid kan man få mer robuste resultater.</p>	<p>Funnene er relevant for sykepleieutøvelsen da det kan bidra til at pasienter med schizofreni får økt livskvalitet ved at de blant annet får bedring av sine plagsomme symptomer.</p>

				delt inn i en aktiv og passiv gruppe.			
7. Pinar, S. E. & Tel, H. <i>The Effect of Music on Auditory Hallucination and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial</i> (Tyrkia)	2018	Randomisert kontrollert studie	Utvalget i denne studien bestod av 28 pasienter, hvorav 14 var i tiltaksgruppen og 14 i kontrollgruppen. Alle deltakerne hadde en schizofrenidiagnose med hørselshallusinasjoner, og var innlagt i sykehus. Deltakerne var over 18 år eller eldre, og måtte være i stand til å svare på spørsmål.	Hensikten med studien var å se på hvilken effekt musikk har på hørselshallusinasjoner og livskvalitet hos pasienter med schizofreni. Tiltaket var å lytte til musikk med høretelefoner i 15 minutter når pasientene hørte stemmer.	Funnene viser at hørselshallusinasjoner ble redusert når pasienten lyttet til musikk. De fysiske, psykiske og miljømessige faktorene som påvirker livskvaliteten (for eksempel stress, smerte, angst, isolasjon), viser seg å være forbedret hos tiltaksgruppen seks måneder etter avsluttet prosess.	Å lytte til musikk hadde positive effekter på positive symptomer (hørselshallusinasjoner) og på livskvaliteten. Det anbefales å bruke musikkterapi for å lindre hørselshallusinasjoner	Resultatene av dette studiet har relevans fordi det aktuelle tiltaket kan styrke livskvalitet hos mennesker med schizofreni.
8. Geretsegger, M., Mössler K.A, Bieleninik, L., Chen, X.J., Haldal T.O. & Gold C.	2017	Oversiktsartikkel	Forfatterne inkluderte 18 randomiserte kontrollerte studier med totalt 1215 deltakere.	Hensikten med studien var å se på effektene av musikkterapi alene eller inkludert i standard behandling, sammenlignet med placebo-terapi eller ingen behandling for	Det viser seg at det å ha et tilstrekkelig antall musikktimer med kvalifiserte musikkterapeuter inkludert i standard behandlingen gir økt	Ved å inkludere musikkterapi i standard behandlingen av schizofreni kan bedre den mentale helsen og redusere negative symptomer.	Ved å inkludere musikkterapi i standard behandlingen av schizofreni kan bedre den mentale helsen og redusere negative symptomer. Pasientene

<p><i>Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review).</i></p> <p>(Norge/Danmark)</p>			<p>De inkluderte studiene tar for seg personer med schizofreni eller schizofrenilignende lidelser, diagnostisert av alle kriterier, uavhengig av kjønn, alder eller nasjonalitet.</p>	<p>pasienter med schizofreni. Intervensjonene ble brukt individuelt eller i gruppe.</p>	<p>mental helse hos pasienter med schizofreni.</p> <p>Det finnes lav til moderate bevis for at musikkterapien reduserte negative symptomer, bedre totalscore på PANSS og de fungerte bedre sosialt. Evidensen er vurdert i henhold til sjanse for skjevheter i de inkluderte studiene.</p>	<p>Pasientene kan også begynne å fungere bedre sosialt.</p> <p>Effekten var avhengig av antall musikkterapeut-timer og hvor kvalifiserte musikkterapeutene var. Det bør forskes videre på den langsiktige effekten av musikkterapi.</p>	<p>kan også begynne å fungere bedre sosialt.</p> <p>Effekten var avhengig av antall musikkterapeut-timer og hvor kvalifiserte musikkterapeutene var. Det bør forskes videre på den langsiktige effekten av musikkterapi.</p>
---	--	--	---	---	--	---	--

Tabell 3. Samleskjema. Fra "Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer: Trinn 4: Kritisk vurdere, sammenstille og gradere", av Helsebiblioteket, 2018. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode>

Vedlegg 4: Styrkeskjema

Artikkel	Styrker	Svakheter
<p>Gunnmo, P. & Bergmann, H. F.</p> <p><i>What individuals with schizophrenia need to increase their well-being</i></p> <p>(Sverige, 2011)</p>	<p>Formålet med studien er klart formulert med en relevant problemstilling. Kvalitativ metode ved bruk av intervju er en hensiktsmessig metode fordi de ønsker å få en dypere og ny kunnskap om hva pasientene trenger for økt livskvalitet. Analysen som er brukt er "grounded theory" (GT) og strukturen og trinnene i analysen er beskrevet. Analysen blir ikke gjort på bakgrunn av tidligere forskning/teori.</p> <p>Valg av studiedesign er begrunnet med at de ønsker ny forståelse for temaet. Utvalget er beskrevet ut fra kjønn og alder. For å samle inn data fra pasientene ble det brukt strukturert intervju ved hjelp av verktøyet <i>Camberwell Assessment of Need</i> (CAN). Det ble ikke brukt noen verktøy for å kvalitetssikre studien. Dette begrunnes med at de ønsket å få en ny forståelse og innsikt i hvordan pasientene opplever å ha det, uten å ha tidligere teori i bakhodet, tvert imot forsøke å finne nye teorier basert på empirisk data.</p> <p>Studien ble gjort i henhold til gjeldende retningslinjer beskrevet i Medical Research Council for Research Ethics og Helsinki deklarasjonen. De syv deltakerne i studien oppsøkte forfatterne på eget initiativ etter å ha lest et informasjonsbrev om studien. Deltakerne stod fritt til å trekke seg fra studien til enhver tid, og ble anonymisert i den ferdige artikkelen. Intervjuene ble arkivert i et dokument med passordbeskyttelse.</p> <p>Det eneste inklusjonskriteriet var at de måtte ha diagnosen schizofreni, og at det var ønskelig med en lengre sykdomshistorie. Det blir opplyst om at ni stykker meldte seg på. To meldte seg ut og syv valgte å fullføre. De som ble intervjuet ble opplyst om at de kunne trekke seg fra studien når som helst.</p>	<p>En svakhet kan være at det kun er syv deltakere i studien, hvorav seks av dem var kvinner og en var mann. Dette gir en viss skjevhet i populasjonen. Det at studien er publisert i 2011 og ikke senere, kan også være en svakhet da fagfeltet hele tiden endrer seg.</p> <p>At forskerne ønsker å skape en ny forståelse av temaet og forsøke å finne nye teorier basert på empirisk data, kan kanskje sees på en svakhet i noen sammenhenger. I intervjusammenheng vil det å gi ulike spørsmål til pasientene gjøre det vanskelig å generalisere resultater.</p>

	<p>Alle intervjuene startet med en generell info om detaljer rundt studiet, samle inn personlige data fra pasient (navn, alder, diagnose, når første møte med sykehus var, bo- og jobbsituasjon) og fremgangsmåten. Hvert intervju startet med det åpne spørsmålet "Hva er viktig for deg å få hjelp med?" Oppfølgingsspørsmålene var avhengig av hva vedkommende svarte på første spørsmål. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert. Et intervju ble holdt hjemme hos en pasient, de andre ble holdt på poliklinikken.</p> <p>Intervjueren forteller at hun har erfaringer med å jobbe med denne pasientgruppen, men har ingen innsikt i pasientens behandlingsplan.</p> <p>Det er trukket inn resultater fra andre kilder for å underbygge funnene. Vi vurderer resultatene til å ha overføringsverdi til praksis.</p>	
<p>Olsson, M., Carlström, E., Marklund, B., Helldin, L. & Hjärthag, F.</p> <p><i>Assessment of Distress and Quality of life: A Comparison of Self-Assessments by Outpatients with a Schizopsychotic illness and the Clinical Judgement of Nurses</i></p> <p>(Sverige, 2015)</p>	<p>Formålet med studien er klart formulert og problemstillingen er relevant for vår oppgave. Bruk av kvalitativ metode er hensiktsmessig ut ifra det de ønsker svar på (erfaringer/holdninger). Forfatterne begrunner valget av metode. Den utvalgte populasjonen (pasienter med schizopsykotisk tilstand i henhold til DSM-IV) er begrunnet og gjort rede for. Det kommer frem at pasientene er deltakere i et langsiktig prosjekt (CLIPS) ved en poliklinikk i Sverige. Kjønn, alder og sosioøkonomisk status er beskrevet. Forfatterne begrunner utvalget i forhold til samfunnsøkonomi (kostnad på 62,500 euro per pasient i løpet av et år) og livsforholdene til pasienten (har ønske om å normalisere livssituasjonen til pasientene og hindre hospitalisering).</p> <p>Videre viser forfatterne i studien til hvilke vurderingsverktøy pasienter og sykepleiere har brukt, samt hvordan vurderingen ble utført. Pasientene i studien vurderte sin egen situasjon ved hjelp av visuell-analoge skalaer som The Perceived Global Distress Scale (PGD) og The Global Quality of Life Scale (GQL), mens sykepleierne vurderte pasientenes tilstand ved hjelp av The Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale (SCI-PANSS), The Global Assessment of Functioning Scale (GAF), The Strauss-Carpenter Scale, modified version (S-C) og The Remission Scale in Schizophrenia-Symptom (RS-S). Valg av anerkjente verktøy</p>	<p>En mulig forklaring på at pasienter og sykepleieres vurderinger ikke samsvarte kan være relatert til forskjell i vurderingsverktøyene. Pasientene hadde også noe varierende erfaring med selvvurderingsverktøy fra før.</p> <p>Tidligere forskning viser at det er utfordrende å komme frem til hvordan velvære skal bli vurdert. Bare en selvvurdering per pasient ble presentert i studien, selv om noen av pasientene hadde fylt ut flere vurderingsskjema i løpet av en periode. Det ble da tatt utgangspunkt i den nyligste vurderingen.</p>

	<p>styrker resultatene.</p> <p>I studien vises det til noen bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data (lite eller mye erfaring med selvvurdering, sosioøkonomiske forhold, ulik bruk av vurderingsverktøy og så videre). Forfatterne har fulgt de gjeldende etiske retningslinjene i Helsinki deklarasjonen, og studien ble godkjent av Regional Ethical Review Board på universitetet i Göteborg/Sverige (5. juli, 2010). Det blir beskrevet at pasientene måtte være i stand til å forstå studiens formål og ha samtykkekompetanse. Pasienten samtykket til deltakelse og kunne velge å trekke seg fra studien uansett grunn. Konfidensialiteten ble garantert.</p> <p>Det kommer klart frem hvordan analysen av data ble gjennomført, og fortolkningen av data fremstår tydelig og rimelig. Forfatternes funn er klart presentert og viser frem hvilken nytteverdi det har for praksis. De avdekker samtidig behov for ny forskning, og kommer med konkrete forslag til dette.</p>	
<p>Valiente, C., Espinosa R., Truchart, A., Nieto, J., & Martínez-Pradi, L.</p> <p><i>The challenge of well-being and quality of life: A meta-analysis of psychological interventions in schizophrenia</i></p> <p>(Spania, 2019)</p>	<p>Det ble søkt i databasene PubMed og PsycInfo. Søket var begrenset til fagfellevurderte studier.</p> <p>Forfatterne screenet 2043 titler og abstrakter og leste 222 artikler i fulltekst. Etter gjennomgangen stod forfatterne igjen med 36 artikler som de valgte for analyse. Artiklene ble identifisert i perioden januar 1990 til september 2018. Formålet med studien er klart formulert. De inkluderte studiene tok enten for seg pasienter innlagt i institusjon, eller polikliniske pasienter. Studiene som ble inkludert i denne meta-analysen måtte inneholde fire kriterier. Det er valgt egnet studiedesign for å svare på problemstillingen (metaanalyse av RCTer).</p> <p>Kvaliteten på studiene ble vurdert av fire personer, og så dobbeltsjekk av en person. Verktøyet som ble brukt til den metodiske kvalitetsvurderingen er en skreddersydd kortversjon bestående av fem tema etablert av Cochrane collaboration. Effektstørrelser, effekt, konfidensintervaller og heterogenitet ble kalkulert ved hjelp av RevMan-5 software.</p> <p>Resultatene i studien er til å stole på og kan overføres til praksis (0.22).</p>	<p>Søket var kun begrenset til studier som var engelskspråklig. Samtidig viser figur 2 en viss asymmetri, som tyder på at det kan være publikasjonsbias i metaanalysen.</p> <p>Forfatterne ser på det som en svakhet at livskvalitet og velvære er "paraplybegreper", som er vanskelig å sette en klar definisjon på. Det blir også brukt ulike måleinstrumenter i meta-analysen, som kan være en bias.</p> <p>Det viser seg vanskelig å finne informasjon om forfatterne har tatt etiske overveielser i forhold til studiene de har valgt å inkludere.</p>

<p>Costa, R., Bastos, T., Probst, M., Seabra, A., Abreu, S., Vilhena, E., Rosenbaum, S., Ward, P. B & Corredeira, R.</p> <p><i>Association of lifestyle-related factors and psychological factors on quality of life in people with schizophrenia</i></p> <p>(Portugal, 2018)</p>	<p>Problemstillingen i studien er klart formulert. Vi får informasjon om hvor mange pasienter som er med (n = 115) og hvor mange som er kvinner (n = 25%) og inneliggende pasienter (n = 50%). Alle deltakere i studien var rekruttert ved hjelp av en praktisk prøvetaking bestemt av rekrutteringsmuligheter i syv psykiatriske senter i nordre del av Portugal. Pasienter fra poliklinikk ble rekruttert fra tre kommunale psykisk helsesentre der terapeutiske tiltak blir tilbudt.</p> <p>Forfatterne definerte flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Deltakerne av studien måtte blant annet være over 18 år og snakke portugisisk. Demografiske variabler som kjønn, alder, høyde og vekt, og forhold rundt arbeid, utdanning og medikamenter ble vurdert. De demografiske og kliniske karakteristikkene ble uttrykt som standardavvik, proporsjoner eller middel ut ifra datatype. Her brukte de verktøy som Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk, Mann-Whitney U og Chi-square.</p> <p>Fysisk aktivitet ble vurdert med hjelp av International Physical Activity Questionnaire Short Form, søvnkvalitet med hjelp av Pittsburgh Sleep Quality Index og matinntak ved hjelp av Mediterranean Diet score. Livskvalitet ble målt med verktøyet World Health Organisation Quality of Life Brief Version. I tillegg benyttet de seg av Rosenberg Self-Esteem Scale for å måle selvtillit, og Behavioural Regulation Questionnaire version 3 for å måle motivasjon. Bruk av standardiserte innsamlingsmetoder og anerkjente verktøy styrker funnene.</p> <p>Forfatterne presenterer funn sammen med konfidensintervall og p-verdier noe som kan tyde på at resultatene ikke skyldes tilfeldigheter. Funnene av studien tyder på at livsstilsrelaterte og psykologiske faktorer har stor innvirkning på livskvalitet hos pasienter med schizofreni. Forfatterne foreslår at klinikere jobber med å utvikle fysiske helsefremmende intervensjoner med sikte på modifiserbare livsstilsfaktorer. Studien ble godkjent av Faculty Ethics Committee (CEFADE, 13.2014) og av alle syv etiske komitéer. Alle deltakerne ga skriftlig informert samtykke.</p>	<p>Forfatterne var interessert i å finne sammenheng mellom livsstilsrelaterte faktorer og psykologiske faktorer på livskvalitet hos pasienter med schizofreni, og har valgt å bruke tverrsnittstudie som metode. Dette forholdet kan ikke bli direkte bestemt med tverrsnittstudie som metode.</p> <p>På grunn av at deltakerne ble plukket ut ved hjelp av praktisk prøvetaking, og populasjonsstørrelsen ble derfor ikke ordentlig beregnet. I tillegg kan selvrapportering føre til noe unøyaktige vurderinger. Samtidig kan det foreligge noen svakheter i noen av vurderingsverktøyene som er benyttet.</p> <p>Funnene av studien viser at det finnes en sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet, men at funnene må brukes med forsiktig på grunnlag av at biokjemiske og psykologiske forandringer i seg selv kan forklare forbedringen i positive og negative symptomer.</p> <p>De spesifikke psykopatologiske symptomene i populasjonen og medikasjon ble ikke ordentlig eksaminert. Eksempelvis kan innsovningsmedisin eller antipsykotika ha sedativ effekt og ha påvirket resultatet i forbindelse med vurderingen av søvn. Når det gjelder fysisk aktivitet, kan medisiner med sederende effekt gå negativt utover aktivitetsnivået.</p>
---	---	---

<p>Vancampfort, D., Probst, M., Skjaerven, L.V., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesaa, A., Ijntema, R. & Hert, M.D.</p> <p><i>Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia</i></p> <p>(USA, 2012)</p>	<p>Formålet med studien er klart formulert, der de ser på effekt av tiltak. Utvalget og inklusjon- og eksklusjonskriteriene kommer tydelig frem.</p> <p>Databasesøket ga totalt 2162 treff og bare 10 av dem ble inkludert. Databasene som ble brukt var EMBASE, PsycINFO, PubMed, ISI Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Physiotherapy Evidence Database (PEDro), and the Cochrane Library. Dette tyder på at forfatterne har benyttet mange relevante databaser for å finne mest mulig viktige og relevante treff.</p> <p>Kvaliteten på studiene ble vurdert av to uavhengige personer, og ble så kvalitetsvurdert ved hjelp av 5-point Jadad scale. Videre ble hver studie vurdert med et detaljert ratingsystem for studiemetoder. Seks av studiene som tok for seg effekten av aerobe øvelser var av sterk metodisk kvalitet, det samme gjelder tre av de fire studiene som tok for seg effektiviteten av muskelavslappende øvelser. En av studiene ble derimot vurdert til å være av lav kvalitet.</p> <p>En styrke er at forfatterne har avdekket områder som trengs å forskes mer på, og kommer med konkrete forslag til videre forskning.</p>	<p>En svakhet kan være at forfatterne ikke ekskluderte studier med hensyn til alder, kjønn og nasjonalitet. Ingen begrensninger ble satt i forhold til publikasjonsspråk.</p> <p>Forfatterne konkluderte med at det var for stor heterogenitet blant studiedesign og protokoller for å gjennomføre en metaanalyse.</p> <p>Videre vurderes to av de inkluderte studiene til å være av lav metodisk kvalitet. Blant annet på grunn av for liten populasjonsstørrelse, og manglende bruk av blinding.</p> <p>Forfatterne understreker at det trengs videre forskning på området. De opplever at det foreligger for stor heterogenitet blant RCTer, spesielt i forhold til hyppigheten og varigheten av intervensjonene, og forskjell i kontrollgrupper eller sammenligningstiltak. Dette svekker generelle konklusjoner og understreker nødvendigheten av videre forskning.</p> <p>Det viser seg vanskelig å finne informasjon om forfatterne har tatt etiske overveielser i forhold til studiene de har valgt å inkludere.</p>
<p>Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M. & Sommer, I. E.</p> <p><i>Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning,</i></p>	<p>Formålet med studien er klart formulert i hensyn til populasjon, tiltak, sammenligningstiltak og utfall. Forfatterne søkte etter RCTer som er relevante typer studier til en systematisk oversikt med metaanalyse. Det er samsvar mellom inklusjon og eksklusjonkriterier i forhold til det forfatterne ønsket å finne svar på. Eksempelvis ble studier som undersøkte effekten av fysisk aktivitet hos</p>	<p>Når det gjelder populasjonen er det noe utfordrende å finne informasjon om pasientene i de ulike inkluderte studiene er innlagt i institusjon eller er hjemmeboende. Ut ifra hvordan forfatterne presenterer</p>

<p><i>and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis</i></p> <p>(Nederland, 2015)</p>	<p>pasienter med andre diagnoser enn schizofreni/schizopsykotisk lidelse ekskludert fra metaanalysen. Forfatterne inkluderte bare studier som inkluderte en kontrollgruppe til intervensjonsgruppen.</p> <p>Forfatterne har trolig fått hentet inn mange viktige og relevante studier, da de har søkt i Pubmed (Medline), Embase, PsycINFO og Cochrane, og brukt ulike synonymer til søkeord. I tillegg begrenset de ikke søket i forhold til år eller språk. Søket ble avsluttet på en fastsatt dato (31. Juli 2015). Det blir oppgitt hvilket program de har brukt til å regne ut effektstørrelser (Comprehensive Meta Analysis Version 2.0) og hvilket verktøy de har brukt til å kvantifisere effektstørrelsene (Hedges'g). Effektstørrelser med en p-verdi = 0,5 eller høyere ble vurdert som signifikante. Samtidig gjorde forfatterne en kalkulasjon av heterogenitet i studiene. Forfatterne benyttet også Egger's test. Egger's test viste at det ikke var noen asymmetri, som styrker validiteten av funnene. Forfatterne presenterer funnene med de ulike verdiene i oversiktlige tabeller, derav resultatene virker reliable.</p> <p>I resultattabellene står det forklarende undertekster slik at det er lettere å forstå hovedkonklusjonen i oversikten. Forfatterne viser til konfidensintervaller, resultater av Hedge's, p-verdi, type aktivitet, gruppe, og hvilke resultater som gjelder for hvilken studie. En styrke ved dette studiet er at det gir forholdsvis oppdatert informasjon om tema. Populasjonen forfatterne har tatt utgangspunkt i er representative til de vi møter i praksis og viktige utfallsmål ble vurdert. Samtidig tror vi at nytten absolutt vil veie opp mot kostnadene ved å implisere tiltaket i praksis. Forfatterne kommer med konkrete forslag til videre forskning på området.</p> <p>Verktøyene som ble brukt til å vurdere symptomene var Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Brief Psychiatric rating Scale (BRPS), Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Global Assessment of Functioning scale (GAF) og Social and occupational Functioning (Assessment) Scale (SOFAS/SOFS).</p>	<p>resultatene tyder likevel ting på at pasientene er innlagt i institusjon.</p> <p>Om forfatterne hadde søkt i flere databaser kunne de gjerne fått flere relevante treff. Det kommer ikke tydelig frem om de har søkt i litteratur som ikke er publisert.</p> <p>Basert på vår kompetanse er det vanskelig å se om forfatterne har tatt høyde for numbers needed to treat (NNT), numbers needed to harm (NNH), odds ratio (OR), relativ risiko (RR), relativ risikoreduksjon (RRR), absolutt risikoreduksjon (ARR), interkvartilbredde (IQR), gjennomsnittlig forskjell (mean difference), eller standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference).</p> <p>Det viser seg vanskelig å finne informasjon om forfatterne har tatt etiske overveielser i forhold til studiene de har valgt å inkludere.</p>
---	--	--

<p>Pinar, S. E. & Tel, H.</p> <p><i>The Effect of Music on Auditory Hallucinations and Quality of Life in Schizophrenic Patients: A Randomised Controlled Trial</i></p> <p>(Tyrkia, 2018)</p>	<p>Formålet med studien er å måle effekt av tiltak. Utvalget besto av en tiltaksgruppe med 14 pasienter og en kontrollgruppe med 14 pasienter. Randomiseringen ble gjennomført ved hjelp av enkel tilfeldig prøvetakingsmetode.</p> <p>Alderen varierer noe i de ulike gruppene, og 78,6% er damer i begge gruppene. 57,1% har fullført videregående eller høyere utdanning. 42,8% har hatt problemer knyttet til sykdommen de siste 0-5 årene. 85,7% av pasientene i kontrollgruppen og 71,4% i tiltaksgruppen bruker antipsykotiske legemidler. Gruppene ble behandlet likt, foruten tiltaket som blir evaluert. Måletidspunktet for grad av effekt av tiltak var likt for begge gruppene.</p> <p>Verktøyene som ble brukt var SAPS, The World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) og et spørreskjema for kjennetegnene ved hørselshallusinasjoner.</p> <p>Før studiet ble alle pasienter som møtte kriteriene for deltakelse informert om hensikten med studien og måtte samtykke til deltakelse. Forfatterne viser til at studien er godkjent av Etisk komité, og fikk skriftlig tillatelse av institusjonen til å gjennomføre studien.</p>	<p>Vanskelig å finne informasjon om forfatterne har benyttet seg av blinding eller ikke.</p> <p>Videre skriver de at funnene ikke kan generaliseres, da det kun er brukt en type musikkjanger (Rast sound) som tiltak. Det er uvisst om dette da kan ha overføringsverdi til norske pasienter.</p> <p>Forfatterne skriver at det trengs mer forskning på andre musikkjangere for å kunne generalisere og videre konkludere med at det har effekt på hørselshallusinasjoner.</p>
<p>Geretsegger, M., Mössler K.A, Bieleninik, L., Chen, X.J., Heldal T.O. & Gold C.</p> <p><i>Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders (Review).</i></p> <p>(Norge/Danmark, 2017)</p>	<p>Formålet med studien er klart formulert med hensyn til populasjon, tiltak, sammenligning og utfall. Studiedesignet er egnet for denne studien (RCT). Vi ser på det som en fordel at forfatterne er av ulik nasjonalitet, da det forenkler deres egen oversettelse av enkelte studier. Alle forfatterne, sett bort i fra én, har utdanning innen musikkterapi.</p> <p>Forfatterne kalkulerte heterogenitet ved hjelp av I^2 statistikk, og bias ved hjelp av å sette "prøveeffekt" opp imot effektstørrelse. To av forfatterne vurderte risikoen for bias ved hjelp av å bruke kriteriene beskrevet i Cochrane Handbook of Systematic Reviews of Interventions. Dersom det forelå utilstrekkelige detaljer om randomisering kontaktet de forfatterne av studiene for ytterligere informasjon. Eksklusjonsprosessen er nøye redegjort for i tabeller.</p>	<p>Forfatterne utpeker selv noen farer for bias. Det kan dreie seg om overestimering av effekt, blinding, ufullstendige data og selektiv rapportering. Evidensen er derfor vurdert til lav/moderat.</p> <p>Om musikkterapeutene som utførte tiltaket var tilstrekkelig opplært var noe uklart i noen studier. Noen studier refererte til egne kvalitetsstandarder/godkjente kurs, andre til andre opplæringsmetoder. I enkelte studier ble musikkterapi utført av sykepleiere og psykiatere som hadde deltatt på kurs for</p>

	<p>Vurderingsverktøyene som ble brukt i studien var PANSS, BPRS, SANS, Self-Rating Depression Scale (SDS), Hamilton Depression Scale (Ham-D) og Social Disability Schedule for Inpatients (SDSI). Bruk av anerkjente verktøy styrker funnene. Forfatterne presenterer relevante funn og variasjoner i studiene i egne tabeller, noe som gjør det oversiktlig for leseren å finne nyttig informasjon om de inkluderte studiene.</p>	<p>musikkterapi, eller utført av musikere som ble heltidsansatt som musikkterapeuter.</p> <p>Langsiktige effekter som strekker seg over seks måneder har fått begrenset med oppmerksomhet i studier. Forfatterne understreker derfor at videre forskning bør ta for seg langtidseffektene av musikkterapi, særlig da schizofreni er en kronisk tilstand.</p> <p>Det viser seg å være vanskelig å finne forfatternes etiske overveielser av de inkluderte studiene.</p>
--	--	--

Tabell 4. Styrkeskjema. Fra "Kunnskapssenteret: Fagprosedyrer: Styrkeskjema", av Fagring 2012.

(<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O3hryARUfLUJ:https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/attachment/197317%3Fts%3D15001c646b5%26download%3Dtrue+%amp;cd=1&hl=no&ct=clnk&gl=no&client=safari>)