

MASTEROPPGAVE

MASTERSTUDIUM I PSYKISK HELSE

Hege Vindenes

4PM791-1 18V

## MASTEROPPGAVE

# Bedringsprosess hos personer med psykoselidelse

## - En litteraturstudie

Improvement process for people with psychosis disorder  
– a literature study

4PM790 MASTEROPPGAVE I PSYKISK HELSEARBEID

Antall ord: 18734

2019



## Innholdsfortegnelse

Norsk sammendrag .....	6
Engelsk sammendrag (abstract).....	7
<b>1 Innledning .....</b>	<b>8</b>
1.2 <i>Bakgrunn for valg av tema og problemstilling</i> .....	8
1.3 <i>Formål og problemstilling</i> .....	13
1.4 <i>Avgrensning av oppgaven</i> .....	13
1.5 <i>Oppbygging av oppgaven</i> .....	13
1.6 <i>Relevans for psykis helsearbeid</i> .....	14
<b>2.    Statlige føringer for oppfølging og behandling av personer med psykoselidelser .....</b>	<b>15</b>
2.1 <i>Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022 – oppfølging og behandling</i> .....	15
2.2 <i>Veileder, Sammen om mestring (2014), oppfølging og behandling</i> .....	17
2.3 <i>Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013)</i> .....	18
2.4 <i>Pakkeforløpet, Mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (2018)</i> 20	
<b>3.    Teoretisk forankring .....</b>	<b>22</b>
3.1 <i>Psykiske Helse</i> .....	22
3.1.1 <i>Psykose</i> .....	23
3.2 <i>Recovery/bedringsprosessen</i> .....	24
3.2.1 <i>Recovery som personlig og sosial prosess</i> .....	26
3.2.2 <i>Oppsummering</i> .....	26
3.2.3 <i>Hva betyr recovery I praksis?</i> .....	27
<b>4.    Metode .....</b>	<b>28</b>
4.1 <i>Metodebeskrivelse</i> .....	28
4.1.1 <i>Dokumentanalyse</i> .....	28
4.2 <i>Hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk grunnlag</i> .....	29

---

4.3	<i>Søkestrategi</i> .....	29
4.3.2	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	31
4.3.3	<i>Søkelogg</i> .....	33
4.4	<i>Metasyntese som forskningsmetode</i> .....	37
4.5	<i>Dataanalyse</i> .....	38
4.5.2	<i>Vurdering av artiklenes kvalitet</i> .....	42
4.5.3	<i>Forskningsetiske overveielser</i> .....	45
4.6	<i>Begrunnelse for valg av metode</i> .....	45
4.7	<i>Styrker og svakheter ved metoden</i> .....	46
4.8	<i>Forforståelse</i> .....	47
<b>5.</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>48</b>
5.1	<i>Mening i hverdagen</i> .....	48
5.2	<i>Sosiale forhold</i> .....	49
5.3	<i>Medisiner</i> .....	51
<b>6.</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>53</b>
6.1	<i>Hva opplever personer med psykoselidelse som viktig i egen bedringsprosess?</i> .....	53
6.2	<i>Delproblemstilling 2. Hvordan står det brukeren sier i samsvar med det som anbefales i statlige dokumenter?</i> .....	54
6.3	<i>Delproblemstilling 3. Hvilke implikasjoner gir resultatene for det kommunale psykiske helsearbeidet?</i> .....	58
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>64</b>

---

## *Tabeller og figurer*

<i>Tabell 1 Søkestrategi.....</i>	<i>31</i>
<i>Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....</i>	<i>32</i>
<i>Tabell 3. Oversikt over inkluderte studier.....</i>	<i>35</i>
<i>Tabell 4 – Metaetnografiens.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabell 5 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse.....</i>	<i>39</i>
<i>Tabell 6- Synteseoversettelse.....</i>	<i>41</i>
<i>Tabell 7 – Karakteristikk av inkluderte artikler.....</i>	<i>43</i>

## *Vedlegg*

- Vedlegg 1 – Søkehistorikk for MEDLINE og PsykInfo*
- Vedlegg 2 – Ekskluderte artikler som ble lest i fulltekst*
- Vedlegg 3 – Kilde om databasene*
- Vedlegg 4- Sjekkliste for kvalitative studier*

## Norsk sammendrag

**HENSIKT:** Hensikten med studien er å oppsummere ut fra litteratur hvilke faktorer personer med psykose lidelser opplever som viktige i egen bedringsprosess (recoveryprosess). Resultatene vil bli diskutert opp mot hva som er anbefalt av behandling og oppfølging i ulike statlige dokumenter (psykoseretningslinjer osv), og hvilke implikasjoner det gir for kommunalt psykisk helsearbeid.

**Metode:** Et systematisk søk etter kvalitative studier, i utvalgte databaser, identifiserte åtte relevante artikler. Resultatene ble syntetisert ved å bruke en metaetnografisk tilnærming beskrevet av Noblit & Hare (1998).

**Resultater:** «Mening i hverdagen», «Sosiale forhold» og tema om virkning/bivirkning av medisiner, og om selve diagnosen, fremkom som viktige faktorer som personer med alvorlig psykoselidelse var opptatt av. Disse temaene framkom i alle de statlige føringene i ulike former som «alle skal inkluderes og delta i arbeidslivet», «alle skal kunne ha tilhørighet til sosiale sammenhenger med familie, venner og annet nettverk» og brukervedvirkninger er sentralt. Brukeren skal få bestemme mye selv. Behandlingsapparatet skal gå fra å være behandler til veileder.

**Konklusjon:** Flere statlige føringer har siden Psykoseretningslinjene (2013), lagt anbefalinger for hvordan helsepersonell skal jobbe med denne pasientgruppen. Mange tilbud er kommet på plass, men dette er en utfordrende gruppe å jobbe med. Det kan tyde på at brukerne ikke klarer å nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes. Og et sentralt spørsmål blir da: hva gjør tjenestene med det? Tenker behandlingsapparatet for komplisert? Blir det for mye for pasientene å velge mellom? Kan han velge? Må man passe i den ene eller den andre gruppen for å få tilbud? Kan man ta et steg tilbake for å se hvordan er det egentlig vi jobber....

**Implikasjoner for praksis:** En holdningsendring hos helsepersonell om brukerne som er hjemmeboende. Helsepersonell må prioritere de «enkle, hverdagslige» oppgavene.

**Nøkkelord:** psykoselidelser, schizofreni, recovery, bedringsprosessen, barrierer, tilrettelegging, første persons perspektiv, narrativer, kvalitative studier, intervjuer.

---

## Engelsk sammendrag (abstract)

**Objective:** The intention of this study was to summarize, based on literature, which factors people with psychosis disorders experience as important in their own recovery process. The results will be discussed against what is recommended treatment and follow-up in (the documents of the Norwegians Government) various governments documents (Psychosocial guidelines, etc.), and what implications it provides for municipal mental health work.

**Methods:** A systematic search for qualitative studies, in selected databases, identified eight relevant articles. The results were synthesized using a meta-graphical approach described by Noblit & Hare (1998).

**Results:** Topics such as “Meaning in Everyday Life”, “Social Relationships” and topics such as “Medications” emerged as important factors that people with serious psychosis disorder were concerned with. These topics emerged in all of the governmental guides in various forms that “everyone should be able to belong to social relationships with family, friends and other networks” and user involvement is central. The user will have to decide them self. The therapist will start to be a backup support and supervisor.

**Conclusion:** After Psychosocial Guidelines (2013), several other official guidelines have been made about recommendations for how Health personal work with this patient group. Many treatment offers have come, but that users are unable to make the most of the service that are available. And a key question then becomes: What does the service do with it? Is the treatment Device (health department) thinking too complicated? Is it too much for the patients to choose from? Can they choose? Do they have to fit in one or the other group to get offers? Can we take a step back to see how we actually work.....

**Implication for practice:** A change of attitude among healthcare professionals about the users who live at home. Healthcare professionals must prioritize the “simple, everyday” tasks.

**Keywords:** psychotic, schizoaffective, recovery, barrier, facilitator, first person’s perspective, narrative, qualitative, interview

# 1 Innledning

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I denne oppgaven vil jeg skrive om hva personer med psykoselidelser (schizofreni) selv opplever som viktige faktorer for å leve et bedre liv ute i samfunnet. Oppgaven er basert på en litteraturstudie. Det er videre interessant å diskutere om det personer med psykoselidelser opplever som viktig for å få et bedre liv gjenspeiles i ulike statlige dokumenter, blant annet psykoseretningslinjen. Det er også interessant å se på hvilke implikasjoner det gir for kommunalt psykisk helsearbeid.

Livstidsforekomsten av psykoselidelser/schizofreni ligger på cirka én prosent (Psykoseretningslinjen 2013). Psykoselidelser omfatter en gruppe av psykiske lidelser som gir seg til kjenne gjennom en rekke forskjellige vansker. Disse vanskene kan ha ulike årsaker og alvorlighetsgrad, og for noen opptrer symptomene kortvarig, mens for andre kan de vare i mange år. Forskning og det brukerne sier selv, viser at mange som får behandling blir bedre og noen blir helt friske (Davidson, 2005; Topor, 2006, Borg & Davidson, 2008; Kogstad, Ekeland & Hummelvoll, 2011, Helsedirektoratet, 2013; Kristiansen, Rydheim & Thyness., 2013; Basso, Boggian, Lamonaca & Svettini, 2016).

Den mest omfattende diagnosen er schizofreni. Forløpet varierer, og ulike studier viser at om lag 25% har én sykdomsepisode, mens 25% får et kronisk, livslangt forløp. De resterende 50% har et forløp mellom de to ytterpunktene (Psykoseretningslinjen 2013). Schizofreni og andre langvarige psykoser debuterer ofte i overgangen mellom ungdom og voksen alder. Det starter ofte med diffuse symptomer som isolasjon og manglende interesse for skole, arbeid og venner. I en størrelsesorden, en av fem, har forsøkt å begå selvmord før første behandlingstiltak. Ofte er det depresjon og rusbruk tidlig i forløpet. Omfattende utredning er nødvendig i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Faren for kronifisering øker med lengden av ubehandlet psykose, derfor er rask hjelp svært viktig. De fleste blir bedre av behandlingen de får, og kan leve et selvstendig liv utenfor sykehus. Mange vil ha behov for støtte og oppfølging, fra familie, venner, lokalsamfunnet og behandlingsapparatet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Ansvar for behandling av personer med psykoselidelser er lagt til psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og reguleres gjennom psykisk helsevernloven (Lov om etablering og



---

gjennomføring av psykisk helsevern). Kommunen har en sentral rolle i oppfølgingen og behandlingen av personer med psykoselidelser, og reguleres etter helse- og omsorgstjenesteloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011). Kommunen får en stadig mer sentral rolle i behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.

Vi har de senere årene fått ulike statlige føringer for hva som anses som best behandling og oppfølging for personer med psykoselidelser. Disse kommer fra Helsedirektoratet som er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester). Helsedirektoratet har laget «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» som er Psykoseretningslinjene (2013). Formålet med denne retningslinjen er å bedre kvaliteten på tilbudet til personer med psykoselidelser og deres nærmeste. Retningslinjene gir anbefalinger som er basert på den best tilgjengelige kunnskapen på det tidspunktet de ble utarbeidet. I 2014 kom «Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne». Dette verktøyet, for kommuner og spesialisthelsetjenesten, heter «Sammen om mestring» (2014). Målet med denne veilederen er å klargjøre nasjonale forventninger og stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet. Den inneholder informasjon, råd og veiledning som skal understøtte det lokale psykiske helsearbeidet og rusarbeidet. Sammen om mestring, (2014) omtaler utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid, generelt. Den tredje statlige føringen som jeg tar med er «Pakkeforløp for psykisk helse og rus» som ble publisert i 2018, men satt i virke 2019. Den skal legge til rette for gode individuelle behandlingsforløp gjennom bedre samhandling mellom sektorene, klare ansvarsforhold og gode overganger. Forløpene bygger på nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Nasjonale retningslinjer bygger på systematisk utviklede faglige, anbefalinger som med å lage veiledere. Den legger føringer for en nasjonal standard med utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper. Ved å ta i bruk disse anbefalingene og bruke veilederne, vil en sikre høy kvalitet, riktige prioriteringer og hindre uønsket variasjon i behandlingstilbudet.

I de senere år har det vært store endringer i psykisk helsevern. Det begynte med Opptrappingsplanen for psykisk helse som var en omfattende helsepolitisk reform som gikk over 10 år (Opptrappingsplan for psykisk helse, 1998-2008). Den har mange av de samme målene som vi snakker om i dag. Eksempler på dette er at «brukeren skal mestre eget liv, forebygging der det er mulig, mest mulig frivillighet, desentraliserte tilbud, kvalitet og sammenheng i tjenesten og mer kunnskap og åpenhet om psykiske lidelser». I dag heter

planen «Mestre hele livet» (2017-2022). Kommunen skal ta seg av flere pasientgrupper enn tidligere, og det er mer åpenhet og aksept i samfunnet for å snakke om psykiske vansker. Dette er nedfelt i Regjeringens Strategi for god psykisk helse (Mestre hele livet, 2017-2022). Den sier også at en gruppe i befolkningen i mindre grad oppsøker psykiske helsetjenester, og andre klarer ikke å nyttiggjøre seg tilbudet fra tjenestene slik de tradisjonelt har vært organisert. Den peker på at det nå må skje en forandring, og at tjenestene må utvikles og tilpasses slik at de møter de særskilte behovene til enkelte mennesker bedre enn i dag. Denne utfordringen er beskrevet i de tre stortingsmeldingene Folkehelsemeldingen, Primærhelsetjenestemeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan. Folkehelsemeldingen og Primærhelsetjenestemeldingen omtaler hvordan kommunene kan settes bedre i stand til å forebygge, begrense og behandle sykdom, mens Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) beskriver hvordan spesialisthelsetjenesten kan videreutvikles i en bærekraftig retning, som svarer på de økte behovene som følger av endringer i demografi og sykdomsbilde.

Økt åpenhet om psykisk helse og lidelse var et viktig satsningsområde i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008). Mange kjente personer har snakket om sine opplevelser med psykisk sykdom, som Christine Koht og Arnhild Lauveng. Tidligere syke har også skrevet bok om hva som hjelper i bedringsprosessen (Kristiansen et al. 2013). I forbindelse med avinstitusjonaliseringen av psykisk helsevern, har kommunene fått en mer sentral plass i behandlingen og oppfølgingen av brukere. Dette beskrives blant annet i Psykoseretningslinjene (Helsedirektoratet, 2013) og Pakkeforløpet (Helsedirektoratet 2018). Ansvarsfordelingen mellom de regionale helseforetakene og kommunen er blant annet knyttet til graden av spesialiseringen av tjenesten. Kommunene har ansvar for å sørge for gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder eller diagnose. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager. Staten har ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer. Staten har også ansvar for å føre tilsyn og kontroll (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022).

Kommunale helsetjenester er regulert i helse- og omsorgsloven (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester Lov-2011-06-24-30). I denne loven er kommunens ansvar overfor bruker med psykiske lidelser definert. Gruppen med alvorlige lidelser er ofte i behov av flere ulike tjenester over tid. I Psykoseforløpet (2013) er ansvar og oppgaver både for kommune og for spesialisthelsetjenesten godt beskrevet. Formålet med veilederen er å gi tydelige føringer for videreutviklingen av det desentraliserte psykiske helsevern og fokusere på utfordringer som

---

er særlig aktuelle for å nå intensjonen i opptrappingsplanen. Gjennomføring av intensjonen i veilederen kan by på betydelige utfordringer. Å møte disse utfordringene på en god måte er et lederansvar på alle nivåer.

Viktige anbefalinger i Psykoseretningslinjene (2013) som er sentrale for denne oppgaven er hovedsakelig kommunen sitt ansvar overfor brukere med langvarige og alvorlige psykotiske lidelse. Disse innbefatter brukermedvirkning, langvarig oppfølging, helhetlig, individuell og fleksibel behandling (Helsedirektoratet 2013).

Hovedhensikten med Pakkeforløpet (2018) er å sikre brukermedvirkning og brukertilfredsheten, redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet samt å tilby mest mulig oppdatert behandling til alle, og bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner (Møller 2018, Pakkeforløpet 2018).

Brukermedvirkning er et grunnleggende mål i dagens helse-og omsorgstjenester (Psykoseretningslinjene 2013, Pakkeforløpet 2018, Mestre hele livet, 2017-2022). Brukerne og pasienten egen mening og synspunkter på hva som er viktige faktorer i egen bedringsprosess skal vektlegges. Denne kunnskapen kan bidra til enda bedre tjenester for den enkelte. Det er derfor nødvendig å ha kunnskap om hva personer med psykoselidelser selv opplever som fremtredende faktorer i egen bedringsprosess, og hvilke implikasjoner denne kunnskapen har for praksisfeltet i både kommunen og spesialisthelsetjenesten (Psykoseretningslinjene 2013, Pakkeforløpet 2018).

Plan for psykisk helse 2016-2020 – Gode liv i et inkluderende samfunn, trekker opp hovedlinjene i det kommunale tjenestetilbudet og viser målsettinger innenfor behandling, bolig, aktivitet, arbeid og utdanning. De alvorlige psykiske lidelsene omfatter: alvorlige bipolare lidelser, alvorlig depresjon, schizofreni og andre langvarige psykoser, alvorlige personlighetsforstyrrelser og alvorlige psykisk lidelse kombinert med rusavhengighet (Plan for psykisk helse 2016-2020).

I veileder fra Helsedirektoratet (2013) om lokalt psykisk helsearbeid står det «Recovery er et faglig perspektiv som tar utgangspunkt i at bedring er en sosial og personlig prosess, hvor målet er at den enkelte kan leve et meningsfullt liv til tross for de begrensingene problemet kan forårsake» (s. 31). Karlsson & Borg (2017) peker på viktigheten av å se recovery i sammenheng med levekår og grunnleggende samfunnsbetingelser. I et recoveryperspektiv vektlegges det å leve et bedre liv, selv om en fortsatt kan ha symptomer på sine

problemer/lidelser. Målet er at en skal lære seg å håndtere og leve med sykdommen på best mulig måte (Topor, 2006; Karlsson & Borg, 2017 og Karlsson & Borg, 2018). Å utvikle kunnskap om menneskets psykiske helse, dets hverdag og meningsaspekter i deres hverdag er viktig, nettopp på grunn av at kommunen har ansvaret for å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter for mennesker med nedsatt psykisk helse (Mestre hele livet, 2017-2022).

Mye forskning er gjort om hva personer med psykoselidelse opplever som viktig for egen bedringsprosess. Jeg ønsker å se på hva pasientene selv sier om viktige faktorer for egen bedringsprosess. Jeg vil se på det med et recoveryperspektiv. Recoveryperspektivet er kommet på bakgrunn av brukererfaringer og deres formidling om hva som hjelper i bedringsprosessen. Det handler rett og slett om personens egne prosesser og arbeidsinnsats. Fokuset i oppgaven er bedringsprosessen ved psykoselidelsen, og hva personen selv mener er viktige faktorer for egen bedringsprosess. Slade (2012) skriver at gjenoppretting (recovery) er å støtte hverdagsløsninger til hverdagslige problemer. Den beste måten å hjelpe disse pasientene på er å gi støtte til hverdagsløsninger for hverdagsproblemer i stedet for å gi spesialbehandling for psykiske lidelser. utfordringen for tjenestetilbudet er å oppnå den rette balansen mellom bruk av hverdagsløsninger som brukes av andre i samfunnet og bruk av spesialiserte løsninger (behandlinger).

I denne masteroppgaven er det nettopp denne kunnskapen jeg vil synliggjøre. Ved å oppsummere forskning fra artikler som har undersøkt hva mennesker med alvorlig psykisk lidelse selv vektlegger som viktig i egen bedringsprosess (recovery).

Jeg er utdannet psykiatrisk sykepleier og jobber i kommunal sektor. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs (International Council of nurses) etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring. Denne sier, blant annet, at sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Som sykepleier er det et personlig ansvar å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). Som sykepleier skal vi etterstrebe et høyere kunnskapsnivå for vår praksis og basere denne på størst mulig grad på funn av systematiske oversikter (Reinar & Jamtvedt, 2010). Sykepleiere har et ansvar for å beskytte brukerne mot inngripende og langvarig behandling og avhjelpe plager (Fause, 2017). Å forebygge komplikasjoner og lindre plager som følge av somatisk risiko ved langvarig og alvorlig psykisk sykdom er derfor et viktig sykepleieansvar.

## 1.3 Formål og problemstilling

Formålet med denne masteroppgaven er å oppsummere forsknings litteratur om hva personer med psykoselidelser opplever som viktige faktorer i egen bedringsprosess, også kalt recovery. Videre å diskutere hvordan resultatene fra litteraturoppsummeringen står i samsvar med nasjonale føringer for behandling av personer med psykoselidelser, og hvilke implikasjoner resultatene gir for kommunalt psykisk helsearbeid.

Hovedproblemstilling: 1) Hva opplever personer med alvorlige psykoselidelse som viktige faktorer i egen bedringsprosess? Delproblemstillinger; 2) Hvordan står resultatene i samsvar med statlige føringer, når det gjelder behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykoselidelser. 3) Hvilke implikasjoner gir resultatene for det kommunale psykiske helsearbeidet?

Hovedproblemstillingen vil bli belyst ved en litteraturstudie der jeg oppsummerer forskning fra kvalitative studier.

## 1.4 Avgrensning av oppgaven

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til personer med psykoselidelser og deres egen (subjektive) opplevelse av hva de mener er viktige faktorer i egen bedringsprosess. Jeg har avgrenset (søker etter artikler) til å se på psykose, men tar med artikler som omhandler personer med psykoselidelser, både med og uten rusproblemer. Det er ofte de samme faktorene som går igjen, og det som er spesifikt for personer med alvorlig psykiske lidelser vil bli omtalt. Dette på grunn av oppgavens utforming. Jeg har begrenset meg til kvalitative studier som undersøkte hva brukerne selv sier (subjektive opplevelser, kvalitative studier) om sin hverdag. Recovery og bedringsprosessen er viktig søkeord. Begrepet «opplevelser» viser at jeg er interessert i hvilke erfaringer og tanker mennesker med alvorlige psykiske lidelser har.

## 1.5 Oppbygging av oppgaven

I innledningen har jeg presentert bakgrunn for tema, hensikt og formål, avgrensning og problemstilling. Kapittel 2 inneholder statlige føringer når det gjelder behandling og oppfølging av personer med alvorlige psykose lidelser. Hva viser føringene både for spesialisthelsetjenesten og kommunen? Kapittel 3 inneholder oppgavens teoretiske

forankring. Her gjør jeg rede for begrepet psykiske lidelser (her vil jeg bruke Møller 2018 og Kristiansen et al., 2013 som grunnlag) og hva som legges i begrepet og fenomenet recovery. I kapittel 4 gjør jeg rede for valg av metode, og vil beskrive søkestrategier og dataanalyse. I samme kapittel presenteres hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk ståsted, samt forskningsetiske overveielser. I kapittel 5 presenterer jeg resultatene fra litteratursøket, og nye tolkninger som ble identifisert gjennom metaetnografien, og funnene fra primærartiklene. I kapittel 6 diskuteres hovedfunnene opp mot studiens hensikt, det teoretiske perspektivet og i hvilken grad litteraturen står i samsvar med statlige dokumenter, og hvilke implikasjoner det gir for kommunalt psykisk helsearbeid. Videre diskuterer jeg metodevalg, hvordan studien er relevant for praksis, og forslag til videre forskning. Til slutt konkluderer jeg med å besvare forskningsspørsmålet.

## 1.6 Relevans for psykisk helsearbeid

Kunnskap om hva personer med alvorlige psykoselidelser vektlegger som viktig for å kunne leve et bedre liv, er både sentralt og viktig for å utvikle bedre tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Sammen om mestring, 2014). Kunnskap om hva brukerne selv mener er viktig for å få et bedre liv, kan bidra til mer brukermedvirkning og bedre psykisk helsetjenester, både i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsearbeid i kommunen fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse til å mestre egne liv ute i samfunnet der hvor man bor. Man legger til rette for at mennesker med ulike funksjonshemming skal mestre å bo, ha meningsfull aktivitet og leve livene sine slik man ønsker. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft. Psykisk helsearbeid kan bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Haugan & Rannestad, 2014). Ved å ta utgangspunkt i både personlige faktorer og situasjonsfaktorer, kan psykisk helsearbeider identifisere de forhold som er av særlig betydning for personens vurdering, og dermed kunne iverksette helsefremmende tiltak.

---

## **2. Statlige føringer for oppfølging og behandling av personer med psykoselidelser.**

I dette kapitlet vil jeg oppsummere ulike relevante statlige dokumenter; Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2020), Veiledere fra Helsedirektoratet, Sammen om mestring (2014), Retningslinjene - Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Psykoseretningslinjene, 2013) og Mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne – Pakkeforløp (2018).

Oppsummeringen vil benyttes i diskusjonskapitlet for å diskutere hvordan de statlige føringene samsvarer og tar opp i seg det litteraturoppsummeringen viser om hva personer med psykoselidelse selv opplever som viktige faktorer for et bedre liv.

### **2.1 Mestre hele livet, regjeringens strategi for god psykisk helse 2017-2022 – oppfølging og behandling**

Strategien tar for seg en overordnet plan for psykisk helse. Alle har en psykisk helse og de vil med denne veilederen alminneliggjøre psykisk helse slik at det blir mer allment. Samtidig har den også fokus på de som utvikler en psykisk lidelse og de skal få en tjeneste som skal være tilgjengelig, god og koordinert. Regjeringens strategi tar for seg viktigheten av inkludering, tilhørighet og deltakelse i samfunnet. Dette gjelder også for de som faller utenfor. Viktige mål for å oppnå god psykisk helse er å ivareta grunnleggende rettigheter for alle mennesker også de med nedsatt funksjonsevne, herunder personer med psykiske lidelser. Man skal fremme at alle skal kunne inkluderes og delta i arbeidslivet i den grad det er mulig. Dette fører blant annet til sosiale relasjoner, identitet, personlig vekst og økonomisk trygghet. Noe som er veldig sentralt for en god psykisk helse. Strategien viser til forskning som er gjort på forskjellige tiltak for å hjelpe de som ikke klarer å stå i jobb.

Det å ha et sted å bo er også viktig for den psykiske helsen og bidrar til trygghet og selvstendige liv. Strategien sier at kommunene bør utarbeide boligsosiale handlingsplaner som skal legge til rette for at fleksible og varige botilbud i gode bomiljøer som er tilpasset den enkeltes behov. Dette gjelder også boliger der brukerne også kan motta tjenester som er nødvendig for å klare å bo. Målet er å oppnå et godt bo- og nærmiljø slik at det stimulerer til friskhet, styrker sosial støtte og reduserer ensomhet.

Et annet viktig satsningsområde i strategien, Helse- og omsorgstjenesten, er hvordan helsetjenesten er organisert. En rapport fra 2014 viste at omkring 70 prosent mente de ikke fikk nok informasjon om behandlingstilbudene. Derfor er dette et viktig satsningsområde. Brukermedvirkning og tilrettelegging er viktig og mer kultursensitive, fleksible og oppsøkende tjenester, må det bli mer av.

Kommunalt psykisk helsearbeid ble bygget ut under Opptappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) og er en sentral del av primærhelsetjenesten. Evalueringen av opptappingsplanen viste at det var en gruppe personer med alvorlige psykiske lidelser, og med store sammensatte problemer som ikke ble godt nok ivaretatt av de ordinære tjenestene. For disse personene ble det anbefalt å opprette ACT-team som er aktivt oppsøkende behandlingsteam (Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse 2001-2009). Kommunens psykiske helsearbeid bør være kunnskapsbasert og innovativt. Helsemyndighetene skal, i større grad, legge til rette for utprøving og evaluering av nye modeller og understøtte kommunene i å implementere forskningsbaserte, effektive metoder.

Mangel på god samhandling er en av de største utfordringene både mellom og innenfor tjenestenivåene. Fra 2019 vil regjeringen foreslå betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, Utskrivningsklare pasienter). De mener at dette vil bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenestene, skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester).

Helsedirektoratets veileder til kommuner og spesialisthelsetjenesten, Sammen om mestring, gir gode eksempler på forløp på tvers av forvaltningsnivåene (se 2.2).

Pakkeforløp for psykiske helse- og rusområde ble iverksatt 2019. Den skal bedre samhandlingen, øke forutsigbarheten, finne raskere utredningsforløp og økt brukerinnflytelse (se 2.3).



---

## 2.2 Veileder, Sammen om mestring (2014), oppfølging og behandling

Sentralt i veilederen, Sammen om mestring, er å videreføre målene i psykisk helse- og ruspolitikk som er beskrevet i opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) og St. Melding nr. 47 «Samhandlingsreformen». Sentrale elementer som jeg vil ha fokus på i forhold til oppgavens problemstilling er pårørende og pårørendearbeid, helhetlig og individuell oppfølging, levekår og helsefremmende tjenester, samhandling og koordinert tjenestetilbud.

Denne veilederen er et verktøy for både de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenestene. Veilederen presenterer bedringsprosessen/recovery som et av flere viktige perspektiver man må kjenne til, for å fremme psykisk helse. Det anbefales at recoveryperspektivet preger tjenesteytingen. Recovery beskrives som å vektlegge den personlige og den sosiale siden av menneskers utviklings- og endringsprosesser. Veilederen understreker at psykisk helse- og rusutfordringer ikke kan sees uavhengig av sosiale forhold og levekår. Recovery foregår i personens hverdagsliv og i lokalmiljøet. Veilederen understreker at brukerens behov for helhetlig og koordinerte tjenester ikke er godt nok ivaretatt. Innbyggere med behov for helse-, sosial- og velferdstjenester får ikke den tjenesten de ønsker og har behov for når de trenger det. Manglende koordinering av tjenester er definert som hovedgrunnen til at mennesker med sammensatte og langvarige helseproblemer, som psykiske problemer og rusproblemer, ikke får den behandlingen og hjelp de har behov for til rett tid. Veilederen skriver konkrete anbefalinger om at sentrale perspektiver som empowerment og recovery bør prege tjenesteytingen.

De kommunale tjenestene skal legge til rette for at alle innbyggere i kommunen får dekket sine grunnleggende behov som: en tilfredsstillende bolig, med tilstrekkelig bistand for de som trenger det. Mulighet for å delta i meningsfylt aktivitet, arbeid eller utdanning. Å kunne ha tilhørighet til sosiale sammenhenger med familie, venner og annet nettverk. Å ha muligheter for kulturell og åndelig stimulans på egne premisser.

Helsedirektoratet har valgt å inndelegge omfanget av samtidige problemer som rusrelaterte problemer og psykiske helseproblemer, i tre hovedforløp. De står ovenfor mange av de samme utfordringene og dermed er det naturlig å slå disse sammen. Overgangen mellom disse kan være glidende og ikke alltid synlig. Det er derfor viktig å ha et fortløpende fokus på at brukeren får den hjelpen han trenger. Viktige hovedprinsipper er lett tilgjengelighet,

fleksible tjenester, og individuelt tilpasset tjenester. Hovedforløp 1. er for mild og kortvarige problemer, hovedforløp 2. er for kortvarige alvorlig problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. Den gruppen som jeg har gjort søk på kommer innunder hovedforløp 3. alvorlige og langvarige problemer/lidelser. Hovedfokuset her vil være å forhindre tilleggsproblemer og å fremme den enkeltes vei mot bedring og mestring av egen livssituasjon. Andre viktige fokusområder er levekårsressurser som bolig, arbeid eller sosialt nettverk. Kommunale helse- og omsorgstjenester og NAV-kontoret yter tjenester som bidrar til bedre levekår for den enkelte.

Kartleggingen og utredningen skal være helhetlig og skal danne grunnlaget for lokalt arbeid. Man skal kartlegge ressurser og mestring. Det er viktig å finne ut av brukeren egen forståelse av sin situasjon og denne skal være utgangspunktet for all videre arbeid. Man skal ha fokus på å mestre livet og mindre på symptomer. Utredningen av de alvorlig og langvarige lidelser skal utredes av spesialisthelsetjenesten. Anbefalingene i nasjonale faglige retningslinjer for de ulike problemområdene bør følges i kartleggings og utredningsarbeidet (2.3). Langvarig behandling vil ofte være forbundet med bivirkninger eller uønskede konsekvenser, og ingen må bli utsatt for langvarige og krevende behandling på sviktende grunnlag.

Viktige tilbud er aktivt oppsøkende behandlingsteam, ACT-team og andre oppsøkende samhandlingsteam, hvor kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten arbeider sammen om å gi samtidig tjenester.

## 2.3 Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013)

Psykoseretningslinjen fokuserer på at tiltakene må være individuelt tilpasset og ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet. Den skal ikke bare ha fokus på symptombehandling men gi en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydningen av utdanning og arbeid. Tiltakene må være individuelt tilpasset, ta hensyn til den enkeltes ressurser og bidra til økt mestring og deltakelse i samfunnet. Pårørende og pårørendearbeid er veldig viktig i psykoseretningslinjene.

Psykoseretningslinjene retter seg mot brukere med alvorlig psykisk lidelse og alvorlige funksjonstap. Disse brukerne trenger i ulike grad en kombinasjon av tjenestene i kommunen og DPS, gjerne samtidig og over tid. Målet i behandlingen er å opprettholde stabile faser. I

---

denne fasen, som også kalles arbeidsfasen, kan man jobbe med å sikre adekvat og stabil medikasjon. Den peker på at det er viktig å lære brukeren om mestring av symptomer og livssituasjon, gi en innsikt i symptomer og hjelpe med relasjonsbygging (i hjelpeapparatet, familien og ellers nettverk). Andre psykososiale tiltak er sikre bosted, sikre trygg økonomi og gi meningsfull aktivitet eller arbeid. I stabile faser er det også viktig å ha fokus på kriseplanen. Her skal man gå gjennom «mine varselsignaler» og tiltak som brukeren selv mener er best for han. For at dette skal lykkes er det viktig med oppdaterte planer som samtykke, kriseplaner, individuell plan, oversikt over ansvarsgruppe og en oppdatert behandlingsplan (Kriseplaner i psykoseforløpet). Ved akutte faser er tiltakene godt beskrevet på nettet og det er enkelt å finne fram til hvor en skal henvende seg (siden var siste oppdatert 23.09.2016).

Psykisk helsearbeid i kommunen omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte og veiledning samt henvisning til og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Disse tjenestene utføres i ulike sektorer i kommunen og omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging, opplysningsvirksomhet og annet arbeid som motvirker stigmatisering og diskriminering (Psykoserefningslinjene 2013).

Ansatte i kommunen har et ansvar når det gjelder å oppdage tegn på psykoseutvikling og henvise til spesialisthelsetjenesten for videre utredning. Kommunen har også et behandlings- og oppfølgingsansvar med hensyn til en rekke livsområder. Psykoselidelser er komplekse, og følgene kan påvirke hele livssituasjonen. God behandling krever derfor både tverrfaglig kompetanse og spesialisert kompetanse knyttet til psykiske lidelser. Kommunen har et særskilt ansvar for å koordinere tjenestene først og fremst fordi det er der brukeren bor og lever livet sitt. Kontinuitet i oppfølgingen, relasjonell kompetanse og kompetanse knyttet til samhandling er av stor betydning i denne sammenheng (Psykoserefningslinjene 2013). Helsepersonell som får gode resultater i behandlingen, beskrives ofte som varme, forståelsesfulle, erfarne og aktive. God relasjon til brukerne over tid, er noe psykoserefningslinjene påpeker er viktig.

Bedringsperspektivet, recovery, beskrives også i psykoserefningslinjene som et viktig tema. Den beskriver recovery som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfullt og tilfredsstillende liv, selv med en alvorlig psykisk lidelse (her bruker jeg det begrepet for det er det som blir brukt i retningslinjene). Recovery, slik det her blir presentert, beskriver viktige faktorer som både individuell bedringsprosess og

grunnleggende forhold i livet som bosituasjon, nærmiljø, arbeidsmuligheter og sosial tilhørighet. Fokuset skal være på hva som øker mulighetene for å oppleve mestring.

Psykoseretningslinjene har også med en plan for implementering. Dette fordi det er godt dokumentert at kunnskap ikke når ut i praksis.

## 2.4 Pakkeforløpet, Mistanke om psykoseutvikling og psykoselidelser hos barn, unge og voksne (2018)

Pakkeforløpet skal gi forutsigbarhet og trygghet for pasienter gjennom bedre pasientforløp. Med pakkeforløpet får man generelle anbefalinger for hvor lang tid de ulike elementene i et utredningsforløp skal ta. Forløpet innebærer at pasienten skal få vite hva som skal skje – når det skal skje- og hvem som har ansvaret. Det vil også følge en forløpskoordinator med, som skal sørge for at brukeren unngår unødvendig venting og kontinuitet i behandlingen. Overordnede mål for pakkeforløpet er likeverdig tilbud til brukere og pårørende, unødig ventetid for utredning, behandling og oppfølging, sammenhengende og koordinerte tjenester. Brukermedvirkning er helt sentralt i pakkeforløpene. Brukerne skal involveres i å lage behandlingsplaner og skal kunne gi tilbakemelding underveis, slik at behandlingen kan justeres om nødvendig.

Ved introduksjonen av Pakkeforløpet (2019), sa statsminister Erna Solberg (12 september 2018 ved lanseringen av pakkeforløpet) «Ved pakkeforløpet skal vi nå integrere samhandlingen mellom helsevesenet og andre etater, som skal bidra til at folk kan leve et helhetlig liv. Pakkeforløpet skal være et verktøy for å organisere tjenestene». Hun sier at det må en kultur forandring til i tjenestene ([youtub.com](https://www.youtube.com)). Forløpet skal tilpasses hver enkelt brukers situasjon, ønsker og behov. Her er det mye fokus på informasjon og forutsigbarhet for både bruker og pårørende.

Pakkeforløpet starter i kommunen/hos fastlegen eller annen henviser, men registreres og måles først når spesialisthelsetjenesten mottar henvisningen. Ved samtidige tjenester skal kommunen kontaktperson være oppgitt i henvisningen. Forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å ta kontakt for videre samarbeid.

Pakkeforløpet starter etter en «øyeblikkelig-hjelp-vurdering» dersom det vurderes behov for videre utredning og behandling i psykisk helsevern. Beslutningen om pasienten skal inn i

pakkeforløp skal som hovedregel gjøres senes innen 2 uker etter «øyeblikkelig-hjelp vurdering». Pasienter i psykisk helsevern skal som hovedregel møte en spesialist i psykiatri/psykolog i løpet av pakkeforløpet. Unntaket må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad. Møte med spesialist bør skje tidlig i forløpet slik at mest mulig spesialisert kompetanse er involvert når plan for utredning og behandling blir utarbeidet.

Pasienten skal henvises til pakkeforløpet når ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse foreligger. Disse tegnene er nedfelt i veilederen.

Behandlingen og oppfølgingen som anbefales ved psykose er kort oppsummert; fremme håp og tro på at det er muligheter for å leve et meningsfullt liv. Man bør etablere en behandlingsrelasjon og engasjere pasient og eventuelt pårørende i behandlingen, og man skal lage en behandlingsplan. Dette skal være et arbeidsverktøy som man skal jobbe med. Denne må evalueres og korrigeres etter behov.

### 3. Teoretisk forankring

Siden dette er en master i psykisk helse, vil jeg først definere psykisk helse og deretter komme inn på definisjoner på ord i forskningsspørsmålet mitt, som psykose og bedringsprosessen /recovery.

Mitt utgangspunkt for denne studien er at psykisk helse hovedsakelig er en humanistisk disiplin, og temaet er bevisst valgt ut i fra et humanistisk standpunkt. Opplevelsedata er nødvendig for å få en større og dypere forståelse for ulike tema innen psykisk helse, og målet er å forstå menneskelige ytringer (Austgarden, 2012). I denne studien ønsker jeg å se på personens subjektive erfaringer. I følge Malterud (2017) omfatter den teoretiske referanserammen modeller, teorier, begrepsapparat, definisjoner og forskningstradisjoner for å forstå meningen og strukturere egne tolkninger. Funnene for analysen åpnet opp for hvilken teori som skulle anvendes. Teorien ble valgt på bakgrunn av det som er relevant for hensikten med studien og funnene i syntesen (Malterud, 2017).

#### 3.1 Psykiske Helse

Psykisk helse er noe alle har. Nasjonale retningslinjer vil legge føringer for et samfunn som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening, denne heter «Mestre hele livet» (2017-2022). Dette er en fremtidsplan som setter fokus på hva vi alle kan gjøre for å oppnå god psykisk helse.

Verdenshelseorganisasjon sin definisjon på psykisk helse er;

«En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.»

Psykiske lidelser brukes bare når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som for eksempel schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Helsedirektoratet.no).

---

Når man skal sette en psykiatrisk diagnose kan man ikke bruke biologiske undersøkelser alene. For å sikre at man bruker de samme kriteriene har Verdens helseorganisasjon utgitt to bøker med utdypende beskrivelser av hvilke symptomer og tegn som må være tilstedet for å stille en bestemt psykiatrisk diagnose, kalt «ICD-10- klassifikasjon av psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer og Diagnosekriterier for forskning (ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders; clinical descriptions and diagnostic guidelines, 1992, og Diagnostic criteria for research, 1993). Norge er gjennom medlemskap i WHO forpliktet til å følge dette internasjonale diagnosesystemet (Direktoratet for e-helse, 2019).

Denne oppgaven er avgrenset til å omhandle de med alvorlig psykoselidelse. Derfor vil jeg nå forklare hva psykose er.

### 3.1.1 Psykose

De vanligste psykoselidelsene er schizofreni, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser, akutte schizofrenlignende psykoser, schizoaffektive psykoser og uspesifiserte psykoser. I ICD-10 kan man lese mer om disse. De mest tilgjengelige symptomene er alminnelige og spesifikke tegn på at vedkommende ikke har det bra psykisk, som angst, indre uro, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, sosial isolasjonsøvnvansker (Psykoseretningslinjene 2013). Psykose er en beskrivelse av symptomer. Summen av symptomene blir kalt selvforstyrrelse, tankeforstyrrelse eller bevissthetsforstyrrelse (Kringelen, 2012). Det er desorganisert adferd eller tanker, forestillinger og sanseintrykk som ikke stemmer overens med virkeligheten og regnes da som psykosesymptomer (positive symptomer). Eksempler på dette kan være «jeg har mistet meg selv» og «verden og menneskene virker ikke ekte» (Psykoseretningslinjene 2013). Tankeforstyrrelser kan være vrangforestillinger om seg selv eller omgivelsene. Eksempler er at han snakker om seg selv, men sier «han slo seg» andre tankeforstyrrelser kan være at han tror at noen snakker om han eller forfølger han. Bevissthetsforstyrrelse kan enklest karakteriseres som graden av våkenhet (Kringelen, 2012; Psykoseretningslinjene, 2013). Det er viktig å være klar over at dette ikke er sikre indikasjoner alene. Det finnes bare ett egnet instrument til å undersøke disse opplevelsene systematisk innenfra. Det er den gjensidig åpne, tillitsfulle og genuint interesserte samtalen. Møller (2018) skriver at *forståelsen* av schizofrenien kan gi vesentlig bidrag til utredning, diagnostikk og behandling selv om man ikke kjenner årsaken i detalj. Behandlingen i dag blir å møte disse pasientene med hjelp for å hindre eller lindre nye

episoder. Graden av psykose kan være tilstede i glimt eller nærmest konstant, og den påvirker personene i støtte eller mindre grad. De individuelle varselsignalene er sentrale hjelpemidler i slike sekundærforebyggende tiltak (Møller, 2018).

Det er den subjektive opplevelsen fra pasienten som er avgjørende for hvor i prosessen han befinner seg (Psykoseretningslinjene 2013; Møller, 2018). Psykosen må forstås ut fra opplevelsen og erfaringene fra den som opplever psykosen selv (Kristiansen et al. 2013). Det å leve med selvforstyrrelser er stressende og belastende, og det medfører en rekke sekundære psykiske plager, svikt i fungering og mestring. Psykosesymptomene kan gjøre individet isolert og sårbart, og det har et klart traumatiserende potensial (Møller, 2018 s. 209). Behandlingen for personer som får denne diagnosen kan være forskjellig ut fra hvilken diagnose innen psykose man har. Jeg vil ikke komme inn på spesifikke diagnoser i oppgaven, derfor tar jeg bare for meg de generelle symptomene. Den generelle behandlingen er symptomdempende medikamenter og psykososiale tiltak (Møller, 2018). Siden 2016 har det vært økt fokus på å redusere medikamentell behandling for denne gruppen og det er satt mål om at det skal arbeides for riktig og redusert bruk av psykofarmaka. Parallelt med dette må det etableres medisinfrie døgntilbud i alle helseforetak (Møller, 2018). Da er det naturlig at samtalerapi får en sterkere posisjon. Og i dette arbeidet er viktig med fokus på hvordan jobbe med recovery/bedringsprosessen.

## 3.2 Recovery/bedringsprosessen

Over de siste 25 årene er det etablert ny kunnskap på det psykiske helsefeltet ved å lytte mer til personer med psykiske lidelser som har tilfrisknet helt eller delvis, og anerkjenner deres egne erfaringer om hva som har vært virksom hjelp. Dette fokuset på tilfriskning, eller «recovery» er preget av optimisme, håp og en anerkjennelse av det enkelte menneskes egen styrke og kompetanse på seg selv og sine utfordringer (Topor 2006, Psykoseretningslinjene 2013). Recovery er en grunnlagsforståelse av psykisk helse, som fokuserer på hva mennesker selv kan gjøre for å håndtere utfordringer i forhold til sin psykiske helse (Karlsson og Borg, 2013).

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal nå lage felles rammer for å jobbe med denne brukergruppen det er viktig å definere de konkrete oppgavene som de forskjellige er gode på. Spesialisthelsetjenesten vil alltid forbli «spesialist» og kanskje er det bra, men



---

tjenestene skal jobbe sammen for brukeren. Sammen om mestring (2014) sier at overgangene skal være «glidende».

Karlson og Borg (2017) definerer recovery slik; «Recovery er det arbeidet personen gjør alene eller sammen med andre for å oppleve og skape mening i eget liv. Et liv der han eller hun erfarer å bli elsket av noen og elsker andre. Et liv der han eller hun opplever å høre til og være til nytte. Et liv med muligheter til gleder og moro» (s. 11).

En annen definisjon fra Anthony (1993); «Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endringer av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve et liv på som er tilfredsstillende, deltagende og fylt av håp, selv med de begrensinger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv».

Viktige personlige elementer i bedringsprosessen har vist å være: følelse av støtte fra familie og jevnaldrende og å kunne delta i samfunnet. Behovet for helhetlig og individualisert behandlingstilnærming og å ha personlig tro (De Ruyscher et al. 2017). Det unike med recovery som begrep og forskningsområde er at kunnskapen er utviklet gjennom personers levde erfaringer med psykisk uhelse og bedring (Borg m.fl. 2013).

Mange mener at de fleste psykiske helsetjenester i dag er tilrettelagt for å oppfylle målene med klinisk recovery. Klinisk recovery er utviklet av behandlings- og rehabiliteringsmiljøer og viktige punkter her er resultatorientering, resultatmål og behandlingseffekt. Der er det fagfolk som er eksperter, som mener at det å fjerne symptomer og gjenvinne sosial funksjon, er å gå tilbake til det normale. Klinisk recovery ble definert som et perspektiv med fokus på å stabilisere den psykiske tilstanden ved hjelp av medisiner og risikovurderinger. Målbare suksessfaktorer for recovery som symptomremisjon, økt sykdomsinnsikt, fravær av tilbakefall og mestring av daglige aktiviteter var sentrale. Spesialisthelsetjenesten vil kunne tilby utredning av diagnoser, utprøving av medisiner, ulike behandlingsmetoder som legemiddelbehandling, psykoedukativ (kunnskapsformidlende) familiearbeid og kognitiv terapi. Behandlingen retter seg mot plagene brukeren beskriver, vanligvis angst, depresjon og endret selvopplevelse (Psykoserefningslinjene 2013).

Personlig recovery har vokste fram ved at personer som selv har opplevd psykiske helseutfordringer har kommet seg og forteller om sine erfaringer. Den mest brukte definisjonen av personlig recovery kommer fra William A. Anthony (1993).

«Recovery innebærer ny mening og nye mål for livet, og muligheter til å vokse og utvikle seg» (Anthony 1993 i Borg, Karlsson og Stenhammer, 2013, s. 10). Noen brukere er opptatt av at personlig recovery er en personlig prosess. De forteller om sine erfaringer, tålmodighet og kraft som har gjort at de klare å komme tilbake (Topor, 2006; Kristiansen et al. 2013). Fokuset i personlig recovery er altså ikke å bli «symptomfri» eller bli kvitt sine problemer, men heller å klare å mestre livet på tross av de utfordringer man har (Landheim et al. 2016). Personlig recovery ble sette på som en holistisk tilnærming som bygger på klientsentrert arbeid, brukerautonomi og valg. Ansatt og bruker jobber i et partnerskap, ansattes rolle er for eksempel å være veileder og nære håp. Personlig recovery ble målt i graden av sosial inkludering og meningsfulle aktiviteter.

### **3.2.1 Recovery som personlig og sosial prosess**

Recovery er definert av flere som også en sosial prosess, gjerne mer enn en personlig prosess. I nordiske studier er recovery som menneskelig hverdagspraksis særlig belyst, med fokus på samfunnsforhold, levekår og sosiale prosesser. Det å ha et sted å bo, ha et arbeid og en aktivitet, en utdanning, nok penger og sosiale arenaer, kan gjøre bruk av lokalmiljøet, ha venner og familie oppfattes her å ha stor betydning for recoveryprosessen (Topor et al. 2011; Borg et al. 2013; Landheim et al. 2016).

Den praktiske kunnskapen og erfaringen vi bruker for å håndtere hverdagslivet kan virke trivielt og som en selvfølge, men spiller en stor rolle med tanke på recovery. «Det er nettopp slike selvfølgeligheter mennesker med alvorlige psykiske problemer gjerne trekker frem som sentralt for å «komme seg» (Borg 2009, s. 454). Dette hverdagslivet ser vi på en rekke sosiale arenaer som hjemme, arbeid, ved utdanning, lokalmiljøet, fritidsarenaer, familie og venner. Hverdagslivet handler om relasjoner med venner og familie og består av ulike aktivitetsmønstre som roller og oppgaver.

Karlsson og Borg (2017) skriver at recovery er en personlig og sosial prosess som inviterer til forandring ved egen hjelp og med hjelp fra andre. Det er brukeren selv som skal bestemme og viser vei, så kan fagpersonen gå ved siden av å veilede.

### **3.2.2 Oppsummering**

Karlsson og Borg (2018) skriver at man må arbeide med å se og forstå personens sosiale situasjon og betingelser. Brukeren er den som skal være i førersetet i recovery-arbeidet, og de

---

rundt kan støtte den enkelte. Det er brukeren som kan og vet hva han trenger og hvordan man skal nå målene, det er fagpersonen sin oppgave og legge til rette for å nå målene (Sammen om mestring, 2014; Landheim et al. 2016).

Karlsson og Borg (2017) sier det så sterkt at dersom fagpersoner ikke anerkjenner verdien av erfaringskunnskap, så er det å underkjenne selve Recoverybegrepet. Recovery kan fremstilles forskjellig men det er noen fellestrekk i den erfaringsbaserte forskningen. Her handler det om personens perspektiver på hva som hjelper og den enkeltes egen innsats for å ta kontroll, finne mening, håndtere konsekvensene av de psykiske problemene og reetablere et verdig liv. Det vil si at det innebærer både personlige og sosiale prosesser, der levekår og strukturelle faktorer spiller en vesentlig rolle. Bedringsprosessen kan foregå på ulike vis og med eller uten hjelp fra fagpersoner. Noen miljøer og relasjoner kan være støttende, mens andre representerer barrierer (Topor 2006). Karlsson og Borg (2017) peker på at recovery ikke kan implementeres, det skal utvikles i samarbeid mellom de personene det angår.

### **3.2.3 Hva betyr recovery i praksis?**

Helsedirektoratet vektlegger i sin veileder (2014) at om bruker skal ha mulighet for å oppleve mestring må den ansatte ta et skritt tilbake og la brukeren slippe til. Først da gir vi brukeren rom, og dette vil medføre økt fokus på brukerens ressurser og samarbeid, framfor å gjøre ting for dem. Det kan være lett å vise vei, når man vet hva som skal til. Man går fra å være hjelper til veileder (Sammen om mestring, 2014).

Borg et al. (2013) skriver at deler av recoveryfeltet fremholder at recoveryperspektivet innebærer et paradigmeskifte fra patologi til en grunnlagsforståelse av at mennesker med psykiske helseproblemer kommer seg, og at en støttende sosial og kulturell kontekst er viktig for bedringsprosessen. Dette støttes også av brukerne selv (Kristiansen m.fl. 2013).

Det er viktig å definere hva man mener med begrepet før man begynner å bruke det. Hefte, 100 råd som fremmer recovery (Slade, 2017) retter seg mot de med lettere psykisk helse og rusutfordringer (NAPA - 100 råd som fremmer recovery, 2. utgave av Mike Slade). Denne viser at det er ingen enkel fasit. Prosessen blir vist som et kart over ting som kan virke.

## 4. Metode

I dette kapitlet redegjøres det for innsamling av data, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søk og søkestrategier, min bakgrunn og forståelse, analyseprosessen og hvordan jeg har ivaretatt kvalitetskravene til denne type studie.

### 4.1 Metodebeskrivelse

Metode betyr å følge en spesiell vei mot et mål. Det handler om hvordan vi går frem for å innhente pålitelig og relevant informasjon, og hvordan vi analyserer informasjonen (Johannessen et al. 2017; Malterud, 2017). Det er forskningsspørsmålet som leder vei til hvilken metode som er relevant. I denne studien handler forskningsspørsmålet om erfaringer og tanker mennesker har om et tema. På bakgrunn av dette vil kvalitative primærstudier bidra til å besvare problemstillingen. Kvalitativ forskning brukes for å undersøke og beskrive sosiale prosesser, opplevelser og erfaringer, slik individet oppfatter og uttrykker det (Johannessen et al., 2017, Berg og Munthe-Kaas, 2013, Malterud. 2017).

Da jeg hadde bestemt meg for tema til oppgaven gikk jeg i gang med å søke etter litteratur. Overraskelsen var stor da det viste seg at det fantes mer enn jeg kunne forestille meg om dette emnet. Jeg fikk tilgang til flere databaser gjennom skolen og fikk hjelp på skolens bibliotek til å finne litteratur.

#### 4.1.1 Dokumentanalyse

I denne oppgaven bruker jeg; Primærkilder; øyevitneskildringer fra individer med erfaring fra de forhold i samfunnet som jeg skal studere, og dokumenter fra Helsedirektoratet og regjeringen, som ligger til grunn for nye føringer for kommunen, som forskningsrapporter, doktoravhandlinger og fagfellevurderte tidsskriftsartikler er andre eksempler. Jeg bruker også sekundærkilder som bygger på primærkilder, ved at jeg henviser, refererer eller bygger på primærkilden. Det er det jeg skal skrive om som for eksempel her recovery og all henvisning i forhold til det. Her kommer også oppslagsverk og fagbøker inn (Johannessen et al., 2017).

Kriteriene for kvalitative artikler er forskjellige. Kvalitative artikler vurderes ofte med hensyn til ekthet og pålitelighet, i stedet for gyldighet eller pålitelighet (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Vurdering av kvaliteten på artikler er avgjørende, da det viser utforskningen

---

av hvordan forskjeller i kvalitet kan forklare forskjeller i studieresultatene og det vil også lede tolkningen av funnene (Bettany-Saltikov & Mcssherry, 2016). For vurdering/analyse av de artiklene som jeg skal bruke, bruker jeg kunnskapscenterets sjekklister for vurdering av forskningsartikler (Vedlegg 4).

## 4.2 Hermeneutikk som vitenskapsfilosofisk grunnlag

Paradigmet jeg bygger studien på, er moderne hermeneutikk som er videreutviklet av Hans-Georg Gadamer (Thomassen, 2006). Gadamer beskriver hermeneutisk filosofi som erfaringens vei. Dette kan forstås ved hjelp av den hermeneutiske spiral, som er veien en går i utvikling av ny kunnskap. I metaetnografien kan jeg trekke paralleller til den hermeneutiske spiral gjennom to eksempler. For det første ved å lese studiene gjentatte ganger, vil jeg få en større innsikt for hver gang, fordi jeg har fått en ny forståelse ved å lese de andre inkluderte studiene. For det andre må jeg gå flere runder i de syv trinnene, noe som øker forståelsen for fenomenet og metoden (Tabell 4).

Målet er å se på delene i teksten i lys av helheten, og helheten i lys av delene (Nåden og Braute, 1992). Min forståelse av materialet vil da utvikle og endre seg etterhvert som jeg analyserer nye deler i tekstene. Helheten vil være de inkluderte studiene og delene i disse. Forskerne som har gjort studiene, er også en del av helheten. De er mennesker som har egne verdier, meninger og følelser som er med på å farge deres synspunkter (Nåden & Braute, 1992). I lys av hermeneutikken kan jeg si at formålet med å gjøre en metasyntese til denne problemstillingen, er å smelte sammen ulike horisonter til en ny og bredere horisont, noe som reduserer faren for vilkårlige tolkninger (Nåden & Braute, 1992) (se Tabell 6). Horisonter er i hermeneutikken, den kunnskapen og erfaringen forskeren har og det ståstedet han ser verden fra. En kan også si at horisonten er teksten, eller materialet vi jobber med. Alle disse delene, eller horisontene smelter sammen til helheten (Nåden & Braute, 1992). De inkluderte primærstudiene er hver for seg deler av min studie. Slått sammen til nye tolkninger vil de bidra til å gi meg en bredere horisont av innsikt i opplevelsen til de alvorlig psykisk syke (se Tabell 3).

## 4.3 Søkestrategi

For å kunne identifisere all relevant forskning innenfor et bestemt tema, er utarbeidede litteratursøk viktig. Grundighet, nøyaktighet og framgangsmåten i søket er en forutsetning for

å kunne kalle studien en systematisk litteraturreview. Et grundig og omfattende søk etter relevant litteratur styrker forskningens gyldighet (Stiftelsen for helsetjenesteforskning, 2013). Bettany-Saltikov & Mcsherry (2016) beskriver dette som å lete etter forskning på et utvalgt forskningsspørsmål ved bruk av en systematisk og beskrevet datainnsamling. I slike studier bruker en metode som er reproducerbar for å sikre at studien blir så gjennomslutlig som mulig, slik at leserne kan forstå utviklingen frem til konklusjon (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Ved å gjøre dette skal jeg unngå feilkilder og villedende konklusjoner som kan komme av et feil utvalg av forskning, eller skjevhet i prosessen (se Vedlegg 3).

I dette avsnittet redegjøres det for valg av søkestrategi, søkeord og kombinasjoner. Hvordan dette er blitt utført i praksis vil bli tydeliggjort gjennom flytskjema fig 1, og beskrevet i søkeloggen (5.3.3). Søkestrategiene i denne studien skal gjøre det planlagte søk med en fastlagt søkestrategi tilpasset den enkelte database. Søket skal foregå i fem databaser. I tillegg har jeg gjort manuelle søk ved å gå gjennom referanselister. Ved å anvende flere strategier blir søket mer grundig, og jeg øker dermed sjansen for å fange opp det som finnes av aktuelle primærartikler for min problemstilling (Aveyard, 2014). I følge Bettany-Saltikov & Mcsherry (2016) er kompetanse om litteratursøk og databaser av stor betydning ved uthenting av primærkilder. Derfor utførte jeg et innledende søk i samarbeid med en bibliotekar ved INN-Elverum, som hadde god kompetanse på søking av litteratur. Jeg fikk anbefalt relevante databaser og råd om hvordan jeg kunne utforme søkestrategien. Søket ble utført i databasene, og søkeordene ble tilpasset etter hvilken database vi brukte, fordi søkeord i databaser kan varierer. Etter flere runder med søk i databasene, for å bli godt kjent med dem før det endelige søket, endte jeg opp med flere aktuelle søkeord, synonymer og kombinasjoner. Dette ble en prosess med prøving og feiling for å dekke søket bredt og samtidig spesifikt nok. Jeg opplevde at dette utgjorde et godt grunnlag før det endelige søket skal bli utført. I det endelige strategiske søket ble forskningsspørsmålet delt inn i tre blokker med engelske begrep for alvorlig psykisk lidelse, recovery og metode. Under hver blokk ble det lagt til både brede og spesifikke synonymer som omhandler blokker med OR, og til slutt ble de tre blokkene satt sammen med AND. Jeg brukte også \* tegnet som sier noe om endingene i ordene. Dette utgjorde søket i databasene, i tillegg til begrensingene for årstall, abstrakt og språk. Bibliotekaren som hjalp meg i det innledende søket, bekreftet min endelige søkestrategi ved å se over søkestrategien. Dette bidro til å kvalitetssikre søkene som jeg til slutt skal utføre på egen hånd (se tabell 1 søkestrategi).

*Tabell 1 Søkestrategi*

Hvem?		Behandling. Hva hjelper?		Fenomen		Begrensninger
Psycotic* OR psychosis* OR schizoffective* OR schizophren*	AND	Recovery* OR barrier* OR facilitator*	AND	«first persons perspectiv» OR narrative OR qualitative OR interview	AND	Fagfellesvurderte. Årstall. Språk (norsk, engelsk, svensk, dansk). Må inneholde abstrakt.

For å finne aktuelle primærstudier ble det søkt i databasene PsychInfo, Cinahl, Medling og SveMed. Fra søk i Web of science kom det opp 15 stk. Etter å ha lest abstraktene så ble 4 lest i fulltekst. (De andre ble ekskludert da de omhandlet inneliggende pasienter, ortodokse jøder og noen handlet om demens). Valget falt på disse fem databasene fordi de dekker en stor bredde forskning innen sykepleie, psykologi og psykiatri og inneholder mange kvalitative studier. Samtidig dekker de både sykepleiefaget, psykologi og samfunnspsykologi, noe som er relevant for forskningsspørsmålet. Antall databaser ble valgt fordi dette var håndterbart i forhold til oppgavens begrensning.

### 4.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tabellen presenterer jeg kriteriene for inkludering, som ble satt før søk i databasene, samt begrunnelse for dem. Bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier er avgjørende for å forsikre meg om at studien kan gi svar på problemstillingen, samt utelukke de artikler som ikke er relevante (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Flere av kriteriene blir satt på grunn av oppgavens begrensning. Når en utfører en metasyntese, skal man optimalt finne all tilgjengelig forskning på emnet (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Det kan være vanskelig å avgjøre hvor begrenset inklusjons- og eksklusjonskriteriene skal være på et søk. Er de for smale vil jeg få med for få studier, og dette reduserer ofte nytten av oppsummeringen. Er de for brede vil jeg få med for mange studier, da kan resultatene bli informasjon det er vanskelig å sammenligne og oppsummere (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Jeg har måtte begrense antall databaser, jeg har ikke søkt etter upublisert litteratur eller snakket med ekspert på området. Kriteriene som er satt opp er dermed en kombinasjon av praktisk begrensning og begrensninger som hjelper meg å sile ut relevant studier for forskningsspørsmålet.

Publikasjoner om recovery som begrep og praksiser i somatikk, psykisk helse for barn og unge og rusfeltet ble ekskludert.

*Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier*

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>	<b>Begrunnelse</b>
Kvalitativ forskningsartikler	Kvantitativ forskningsartikler	Jeg ønsker en større forståelse for psykosepasienters opplevelse derfor vil kvalitative studier være riktig studiedesign.
Omhandler psykose, schizofren, psykisk lidelse, bipolare, Alvorlig psykose lidelse, (SMI)	Lett til moderat psykiske lidelser. Nysyke. Første gangs psykose.	Fordi de som har opplevd psykosen kan lettere formidle hvordan det er å ha psykosen og kan si hva som hjelper og ikke hjelper, subjektive opplevelser.
Voksne	Barn, unge > 18	
Kan være i behandling. Avinstitusjoniserte		Ønsker å se på kronikere som tidligere har vært inneliggende men som nå bor i egen leilighet.
Engelsk, norsk, svensk og dansk	Andre skriftspråk	Oppgavens begrensning. Oversettelse ville blitt for omfattende. Når jeg går gjennom litteratursøkene så ser jeg at de fleste artikler er omskrevet til engelsk, for eksempel Korea, Italia og lignende.
Primærstudier, fagfellevurderte artikler, pensumbøker.	Sekundærstudier, bøker, andre fagartikler, annen litteratur	Har brukt sekundærkilde for å identifisere «stabil» kilde til informasjon og utvikle bakgrunnskunnskap om teorien.



---

### 4.3.3 Søkelogg

Underveis i søkeprosessen har det blitt ført søkelogg, og det er utgangspunktet for et flytdiagram (figur 1). I første fase gjorde jeg et søk med en bibliotekar på Elverum. Her fikk jeg mange ideer, ble vist hvordan lese gjennom abstrakter, og hvordan sette sammen ordene. Et ordentlig søk ble gjort (og det kom frem to litteraturrevjuer en fra 2014 og en fra 2017 som jeg tenkte å bruke som utgangspunkt). Ved å gjøre litteratursøk i de fem databasene som ble valgt og ved å bruke litteraturlisten til de to litteraturrevjuene, endte jeg opp med ganske mange artikler. Siden de hadde litt annet fokus på problemstillingene sine, ble det enkelt å ekskludere de artiklene som ikke var relevant (som for eksempel de som bare omhandlet rus).

I første fase gikk jeg gjennom funnene fra to databaser med bibliotekar fra Elverum. Jeg leste gjennom titlene, abstraktene og fikk hjelp til å ekskludere de som ikke var relevante. Deretter gjorde jeg det samme på tre andre databaser.

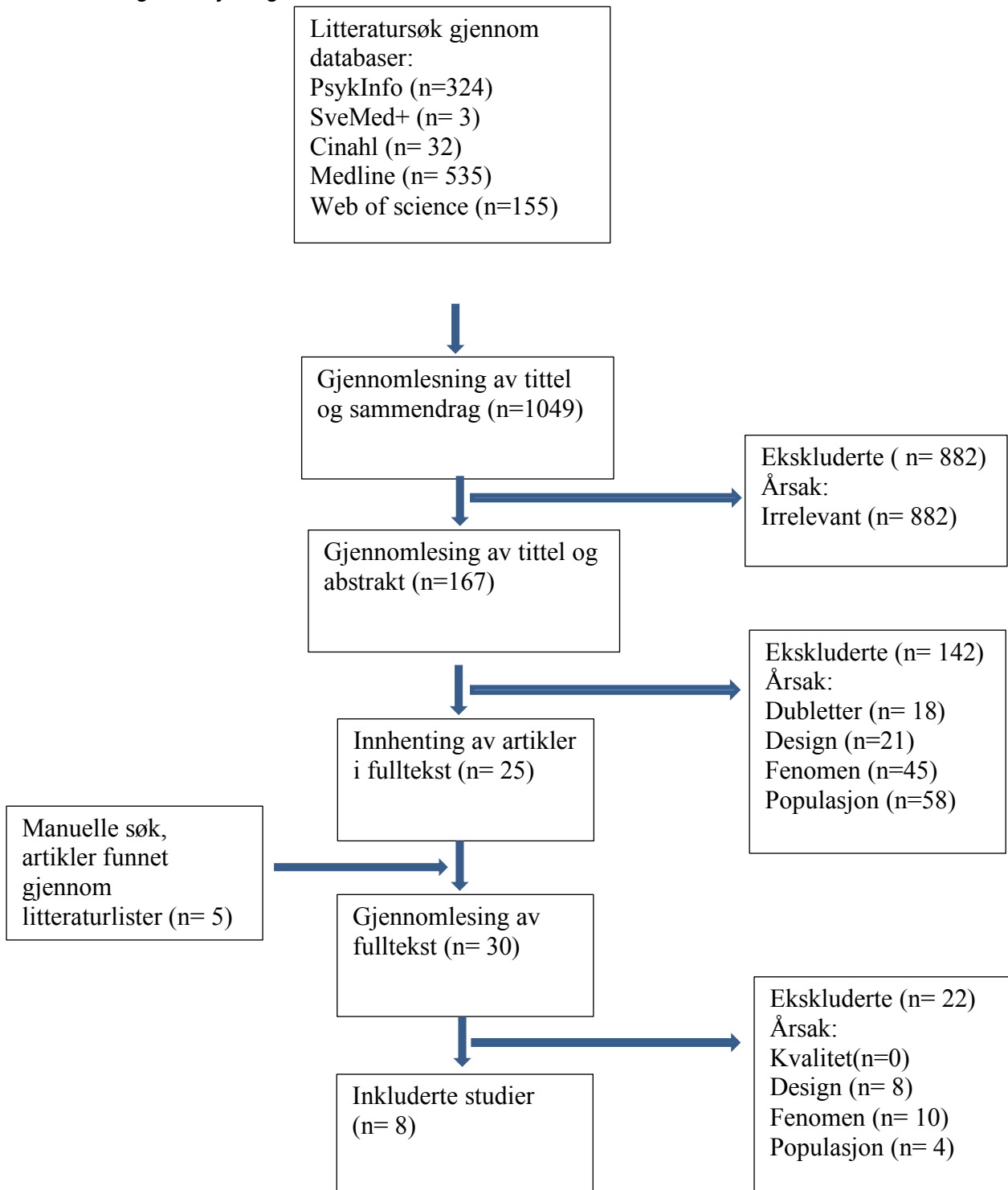
Etter gjennomføring av søk ble alle treff gjennomgått og systematisert for å fjerne duplikater før jeg leste abstrakt på alle artiklene. Ut fra kriterier for inklusjon og eksklusjon ble antallet artikler ytterligere redusert til et mindre antall artikler som jeg leste i fulltekst. Etter at disse artiklene ble lest i fulltekst ble enda flere artikler tatt ut, ut fra kriteriene for inklusjon og eksklusjon. Flere av artiklene som ga treff i de ulike databasene omhandlet pårørende, ROP (dobbeltdiagnose), medisiner og annen medisinsk behandling, nysyke og første gangs psykose. Disse artiklene valgte jeg bort. Jeg satt igjen med 167 artikler som var aktuelle å inkludere i studien.

I andre fase gikk jeg gjennom funnene fra alle databasene og ekskluderte de som var like. Det var noen artiklers som var vanskelig å ekskludere fordi de handlet om ting som jeg synes var viktig. Blant annet var det artikler som omhandlet pårørende som bodde med alvorlig psykisk syke. Andre artikler igjen handlet om forskjellige behandlingsmetoder for bruker med alvorlig psykose, og disse var veldig interessante å lese, men de var ikke relevant for problemstillingen.

I tredje fase ble 30 artikler lest i fulltekst. Her kom også de inkluderte artiklene fra det manuelle søket og gjennomgang av referanselistene inn. Da kom jeg til 30 artikler. Deretter leste jeg gjennom alle artiklene og gikk kritiske gjennom hvilke som passet til problemstillingen som jeg har. Da ble flere ekskludert og jeg endte opp med 8 artikler. Disse er vist i tabell 3, oversikt over inkluderte studier. Eksklusjonen ble gjort i 3 faser, årsakene er utdypet i vedlegg 2. Søkelogg fra to av de fem databasene er lagt som vedlegg (vedlegg 1), samt et eget vedlegg

(vedlegg 3) som kort presenterer databasene og hvilke inkluderte artikler som ble funnet i hvilken database.

Figur 1- flytdiagram



Tabell 3. Oversikt over inkluderte studier.

FORFATTER	LAND	MÅL	METODE	ANALYSE	ANTALL	DIAGNOSE
<b>BASSO ET AL. (2016)</b>	Italia	Finne ut den subjektive opplevelsen av gjenoppretningen av psykose	Biografisk intervju		5	schizofreni
<b>BORG OG DAVIDSON (2008)</b>	Norge	Undersøke hvordan personer med alvorlig psykiske lidelser opplever sykdommen og dens konsekvenser i dagliglivet.	Fortellende fenomenologiske metode	Fenomenologisk analyse	13, 7 kvinner og 6 menn	Alvorlig psykisk lidelse. 10 schizofreni, 1 psykose 1 maniske depresjon og 1 paranoid
<b>BORG OG KRISTIENSEN (2004)</b>	Norge	Tjenestemottakers erfaringer i forhold til gjenoppretting.	Fenomenologisk tilnærming	Fenomenologisk analyse	15	Alvorlig psykisk lidelse. Schizofreni spektrum lidelser
<b>DAVIDSON ET AL. (2005)</b>	Internasjonal studie gjennomført i Italia, Norge, Sverige og USA	Brukers egen beskrivelse om prosess; gjenoppretting fra psykotisk lidelse	intervju	Fenomenologisk analyse	12	Psykose

<b>GEE ET AL (2003)</b>	England	Livskvalitet ved schizofreni	Kvalitativ tilnærming	Grounded theory	6	3 mann og 3 kvinner schizofreni
<b>HENDERSON (2010)</b>	Australia	Forbrukerperspektiver for utvinning fra alvorlig psykisk lidelse	Ustruktureerte intervju	Lyd tapet og transkribert. Analysert ved substantiv og teoretisk koding og konstant komparativ metode.	15	schizofreni
<b>KAITE ET AL. (2016)</b>	Hellas	Skal finne ut hvordan mennesker med SMI fortolker hverdagen sin.	Halvstruktureerte intervju	Analysert av 4 forskere, ved bruk av Van Manen.	10 (2 kvinner, 8 menn)	Schizofreni, psykose
<b>PEJLERT ET AL. (1999)</b>	Sverige	Recovery i hjemlig setting	Fortellende intervju, med båndopptaker	Analysert etter Herberg og Norberg, 1995, trinnprosess	6 (2 menn, 4 kvinner)	schizofreni

---

## 4.4 Metasyntese som forskningsmetode

Jeg skal gjøre en kvalitativ metasyntese som forskningsmetode etter boken til Malterud (2017). Med metasyntese kan vi få vite mer om menneskers erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger (s. 37). Denne metoden kan brukes til videreutvikling av kunnskap om erfaringer i møte med helsetjenesten blant ulike pasientgrupper. Den kvalitative metasyntesen har som formål å fortolke og frembringe kunnskap om menneskelige og sosiale fenomener.

Høsten 2018 utførte jeg et (prøvesøk) litteratursøk hvor jeg identifiserte flere studier som omhandlet psykose og recovery. Jeg så det derfor hensiktsmessig å gjøre en metasyntese av kvalitative studier for å gi en større bredde i perspektivet ved å sammenfatte flere studier til ett resultat. Ved å integrere funnene og forståelsen i de enkelte studiene vil dette lede meg frem til en mer presis tolkning av fenomenet (Berg & Munthe-Kas, 2013). Samtidig vil dette bidra til at eksisterende forskning blir lettere tilgjengelig for dem som arbeider innen psykisk helse. Aveyard (2014) sier at det er hensiktsmessig å sammenfatte og analysere eksisterende forskning på et tema, og det er en profesjonell plikt å holde seg faglig oppdatert (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere). Om en sammenfatter studier, blir forskningen overkommelig ved at du kan lese en studie i stedet for, for eksempel syv. I tillegg kan en enkelt studie gi meg et misvisende bilde på et fenomen, fordi det er en av mange. Derimot vil flere studier slått sammen ha potensiale til å gi meg et mer komplett bilde av et fenomen (Aveyard, 2014; Berg & Munthe-Kaas, 2013 og Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016).

Noblit & Hares (1988) innfallsvinkel til metasyntese av kvalitative studier inneholde syv trinn. De første tre er preanalytiske og handler om å velge fenomenet en ønsker å studere, bestemme hvilke studier som er relevant for syntesen, og å lese studien flere ganger. Trinn fire til seks er analyseprosessen, hvor en identifiserer fellestrekk på tvers av primærstudiene, ser etter sammenhenger, oversetter studiene til hverandre og bestemmer hvordan de er i slekt, for deretter å syntetisere oversettelsen. Trinn syv innebærer å formidle syntesen til leserne. I utgangspunktet skal jeg bruke de syv trinnene til å lage en overordnet plan for oppgaven. I løpet av prosessen skal de være et aktivt arbeidsverktøy. Jeg skal følge trinnene systematisk. Samtidig sier forfatteren selv (Noblit & Hare, 1988) at trinnene er overlappende og ofte parallelle.

*Tabell 4 – Metaetnografiens 7 trinn etter Noblit & Hare, (1988), gjengitt i Malterud (2017) s 79*

7 trinn	Kort om prosessen	Når
1. oppstart	Temaet jeg ville studere ble bestemt ganske tidlig, men forskningsspørsmålet tok litt tid. Søkestrategien ble utarbeidet i samarbeid med bibliotekar, og søk i 5 databaser ble utført (vedlegg 3)	August og september 2018
2. Avklare hva som er relevant å inkludere	Jeg utviklet inkluderings- og ekskluderingskriteriene (tabell 2). Etter gjennomgang av 250 titler og abstrakt, og deretter 30 i fulltekst, ledet kriteriene meg frem til 8 inkluderte artikler (fig 1).	September/oktober 2018 Jan-april 2019
3. Lese studiene	De inkluderte studiene ble lest flere ganger. Artikkene ble kritisk vurdert gjennom sjekklisten fra kunnskapssenteret (vedlegg 4 og 5) og en tabell med presentasjon av studien ble utviklet (tabell ).	September/oktober/November 2018 Januar/april 2019
4. Avgjøre hvordan studiene er relater til hverandre	I denne fasen ble metaforer, sitat og fremvoksende tema fra artiklene identifisert. Jeg skal kunne se sammenlignbare tema på tvers av studiene.	September/Oktober/November 2018 Januar/april 2019
5. Oversette studiene til hverandre	Det ble valgt ut en indeksartikkel (Pejert, 1999) som utgangspunkt for oversettingen av studiene til hverandre. Denne sammenligningen gjorde at det ble dannet et helhetsbilde av fenomenet	September/Oktober/November/ 2018 Valgte ut en artikkel.
6. Syntetisere oversettelsene	Utføre syntese av resultatene fra trinn fire og fem, og kom frem til en overordnet tolkning av fenomenet (tabell 6)	September/Oktober/November 2018 januar/april 2019
7. Resultat: uttrykke og forklare syntesene	I resultatdelen av metasyntesen blir resultatene og tolkningene presentert. Jeg går tilbake til primærartikkene for å bekrefte tolkningene.	September/Oktober/November 2018 Februar/april 2019

## 4.5 Dataanalyse

Dataanalysen i en metaetnografi er fortolkende og kompleks. Jeg vil prøve å finne sammenhenger og likheter mellom artiklene. Samtidig gjøre mist mulig skade på materialet ved å ivareta terminologien som primærforfatteren av studien benytter. Materialet ble tekstredusert ved å marker meningsbærende utdrag i hver enkelt artikkel (tabell 5).

---

*Tabell 5 – Eksempel på tekstreduksjon og oversettelse*

Datamateriale fra Henderson (2010)	Oversettelse og tekstreduksjon av Henderson (2010)
<b>Acknowledgement was merely the recognition of the experience; however, it did facilitate transition to the second phase: moving forward.</b>	Viktigheten av å forstå hendelsesforløpet for å kunne gå videre.
Datamateriale fra Gee et al. (2003)	Oversettelse og tekstreduksjon av Gee et al. (2003)
<b>Respondents commented that their mental health problems led them to behave in ways they would not choose to. This also involved choosing to be isolated because of concerns regarding how they may appear and trying to appear normal.</b>	De psykiske problemene skapte problemer for brukeren slik at de isolerte seg.

Etter vurdering av de åtte artiklene valgte jeg en artikkel (Pejert. 1999) som indeksartikkel og den ble utgangspunktet for den videre sammenligningen av studiene. Etter å ha identifisert emnene i indeksartikkelen gikk jeg videre til å finne meningsbærende utdrag som var av lik karakter i de andre artikler (Basson et al. 2016; Borg og Davidson, 2008; Borg og Kristiansen, 2004 og Davidson et al. 2005; Gee et al. 2003; Henderson, 2010 og Kaite et al. 2016). Disse ble studert på tvers av hverandre og jeg fant en lik metaforisk betydning. Dette ble begynnelsen på en endelig tabell. Studiene ble listet horisontalt og emnene vertikalt. Til slutt gjorde jeg en endelig konstruksjon på tvers av alle funnene og lagde tre kategorier som jeg ser går igjen i artiklene. Tolkningene svarer på problemstillingen ved at alle er betydningsfulle for opplevelsen psykosepasientene mener er viktig for bedringsprosessen. Nedenfor presenterer jeg kort hvordan jeg har kommet fram til de ulike tolkningene.

Mening i hverdagsliv; Alle artiklene kom fram til at psykosepasienter ønsket og trengte innhold i hverdagen. Mange psykosepasienter opplevde at det å ha noe å gjøre gav mening.

Det kunne være så enkelt som å ha en grunn til å stå opp om morgningen. Dette gav en følelse av å være normal. Hverdagsliv kunne være alt fra å stelle seg om morgningen, til å ha en jobb eller en aktivitet, og ha noen å tilbringe denne sammen med. Det å kunne delta i hverdagslivet gav en mening og tilhørighet til samfunnet rundt. Å ha en mening med å stå opp og ha noe å gjøre i løpet av dagen, har også med bedringsprosessen å gjøre.

Sosiale forhold: Noe som alle artiklene tok opp var dette med forholds problemer. Både til familie og venner og fagpersoner. Det er vanskelig for en psykosepasient å forholde seg til relasjoner og de trenger ofte mer forståelse og tålmodighet rundt seg. I primærartikkelen kommer det fram at ensomhet og behov for å være sammen med noen kan være problematisk på flere måter. Det oppleves vanskelig å være aleine, samtidig ønsker man at noe skal ta vare på en og at det er noen tilgjengelig.

Medisiner; I primærartikkelen blir medisiner og virkningen av denne diskutert opp mot bivirkninger som oppleves som ubehag, men som er noe «man må holde ut». Dette går igjen i de andre artiklene. Medisiner blir sette på som en viktig del av behandlingen av psykose, derfor er det viktig å ta opp med brukerne, hva de tenker om dette.



Tabell 6- Synteseoversettelse

Pejlert et al. (1998)	Basson et al. (2016)	Borg og Davidson (2008)	Borg og Kristiansen (2004)	Davidson et al. (2005)	Gee et al. (2003)	Henderson (2010)	Kaite et al. (2016)	Handler om. Min tolkning
Hverdagen består av å være aktiv med egne interesser som jobb, datamaskin, bry seg om personlig hygiene, rengjøring av rom, matlaging ol.	Følelsen av å tilhøre noe/noen.	Å være aktiv med normale ting som jobb, venner ol	Fagfolk som kunne hjelpe med det hverdagslige.	Vite at man blir verdsatt, som feks i en jobb.	Vil ikke stå opp, ta et bad eller vaske seg. Ikke klare å holde på en jobb.	Viktigheten av å ha noe å gjøre.	Behovet for yrkesrettet rehabilitering	Hverdagsliv
Vanskelige å opprettholde kontakt med andre. Ensomhet, ønsker å bo sammen med noen	Profesjonelle og familiemedlemmer kan oppfattes som hindrende faktorer spesielt når de er hyperkritiske og overbeskyttede.	Familie representerte kontinuitet og stabilitet. Bruker mye energi på å være en god venn.	At noen er tilgjengelig når man trenger det.	Trenger mye tid alene for å slappe av og lade batteriene.	Følte seg alene og isolert pga av sykdommen	Bruker mye energi på å skule sykdommen	Stigma og merking	Sosiale forhold
Bivirkninger er tretthet som relateres til sykdom eller medisiner.	Medisiner sees som et verktøy for å oppnå velvære men er også et stigma pga bivirkninger	Trøtt, andre ser at man går på medisiner. Lære seg å leve med bivirkninger.	Støtte i forhold til medisineri ng	Man var uforberedt på sykdommen og medisinenes virkning.	Holdningene til medisinerne. Man tok de i redsel for hva som kunne skje om man ikke gjorde det	Man valgte medisiner for å hindre eller redusere tilbakefall.	Noe man må akseptere	Medisinering

### 4.5.2 Vurdering av artiklenes kvalitet

I en metasyntese skal man vurdere artiklene kritisk, på denne måten kan man kartlegge kvaliteten og innholdet av studien. Samtidig hjelper det oss å vurdere relevansen i forhold til problemstillingen (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Den metaetnografiske metoden gir ikke noen råd om utvelgelse av studier eller metodisk kvalitetsvurdering (Berg & Munthe-Kaas 2013). Jeg valgte å vurdere kvaliteten på artiklene etter at de var blitt inkludert i metasyntesen. Grunnen til dette er at Noblit & Hare (1988) anbefaler å inkludere alle relevante studier uten å ta hensyn til kvalitet. Dette støtter Aveyard (2014) som presiserer at det ikke er sterk enighet om hva som er god kvalitet i en kvalitativ studie, og anbefaler derfor ikke ekskludere på bakgrunn av kvalitet. To grunnleggende faktorer bør være til stedet i inkluderte studier. 1) å benytte kvalitativ metode, 2) at resultatene blir støttet av rådata (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Disse faktorene var til stedet i alle de inkluderte studiene. Da jeg skulle vurdere de inkluderte primærstudiene kritisk brukte jeg nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester sitt skjema (Vedlegg 4). Alle artiklene er kvalitative metoder. Disse artiklene blir så kvalitetsvurdert som deler av materiale i syntesen. Ut i fra vurderingene i sjekklisten skal kvaliteten på studier vurderes til lav, middels eller høy kvalitet. Mine primærstudier ble vurdert til høy, alle var av god kvalitet og fagfellevurderte på forhånd.

En fagfellevurdering skjer alltid før publisering og er vurdert av minst en ekspert innenfor fagfeltet som er uten binding til utgiveren eller forfatteren. Dette gjøres ofte anonymt, og både teori, metode og resultat gjennomgås. En fagfellevurdering av en artikkel er det fremste kvalitetskriteriet for vitenskapelige artikler (inn.no, Hva er en vitenskapelig artikkel?), men det er ikke en sikkerhet for at artikkelen er av høy metodisk kvalitet, det oppdages først når artikkelen er lest og kritisk vurdert av forskeren for å avklare styrker og svakheter i materialet som inngår i studien (Malterud, 2017). Se Tabell 7 – karakteristikkk av inkluderte artikler.

Tabell 7 – Karakteristikk av inkluderte artikler

Forfatter (år) Land	Formål	Metode	Utvalg	Hovedfunn og karakteristikk av bedringsprosessen (recovery)	Kvalitet og begrunnelse
Basson, L., Boggian, I., Garozza, P., Lamonaca, D. & Svetini, A. (2016) Italia	Presenterer resultatene av en pilotstudie – en kvalitativ undersøkelse av den subjektive	Kvalitative intervju	5 personer som har gjenopprettet fra psykose	En mengde litteratur viser at i løpet av en slik lidelse er det mulig å «gå inn og ut», det vil si å gå inn og ut av sykdommen. Det kan også skje healing etter mange års sykdom. Tjenestene tilbyr vanligvis psykofarmakologisk behandling og sikrer kontinuitet av omsorg, men gir sjelden bruker og pårørende med pedagogisk/rehabiliterende inngrep som lærer dem effektive ferdigheter til å håndtere hverdagen, inkludert stressende hendelser, og å takle traumatisk opplevelse av sykdommen. Utdanning om sykdommen og dens ledelse, om metoder for forebygging av tilbakefall, og om å håndtere vedvarende symptomer anses nødvendig, men det er knapt tilgjengelig. Siden gjenoppretting er en personlig og unik reise, kan det for noen skje ved å overvinne symptomer, mens for andre ved å leve så godt som mulig til tross for symptomene.	Høy kvalitet. Er en sammenfatning av flere studier
Borg, M. & Davidson, L. (2008)	Undersøke hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser opplever sykdommen og dens konsekvenser i sammenheng med deres daglige liv, og hvordan de overvinnet disse utfordringene og andre hindringer for å finne sin plass, en følelse av mening og hensikt, og en verdsett sosial rolle som medlemmer av deres samfunn.	Kvalitativ studie ved hjelp av fortellende fenomenologiske metoder, basert på intervjuer med individer i gjenoppretting	13 Personer med alvorlig psykisk sykdom	Fire områder; 1) ha et normalt liv 2) bare gjøre det 3) gjøre livet lettere 4) er godt for deg selv.	Høy Samsvarer formål, resultat og konklusjon. Forskerens ståsted er ikke gjort rede for. Grundig teoretisk bakgrunn.
Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R. and Sells, D. (2005)	Diskutere; hvordan individet håndterer hans eller hennes vanskeligheter. Rollen som materielle ressurs. De ulike roller av formelle og uformelle helsevesen. Roller og fravær av betydelige andre. Roller av sosiale og kulturelle faktorer.	En intensiv internasjonal studie. Åpne kvalitative intervjuer fra Italia, Norge, Sverige og USA,	12 individer. Alvorlig psykisk lidelse	Gjenopprettingsprosessen er påbegynt før folk blir brukere av psykiatriske tjenester. Denne studien bekrefter at utvinning foregår i personens hverdagskontekst og involverer samspillet mellom kontekstuelle faktorer, som familie, venner, gode steder, arbeid og andre meningsfulle aktiviteter. Rapporterte behandlingsstrategier kan utgjøre et viktig fokus for oppmerksomhet og klinisk inngrep.	Høy
Borg, M. og Kristiansen, K. (2004)	Hovedformålet er utforske hva som er nyttig i forhold til fagfolk og vise dette fra et brukerperspektiv.	Kvalitativ metode, intervju Fenomenologisk tilnærming til kunnskap.	15 med alvorlig psykisk lidelse.	Tjenestebrukere verdsatte fagfolk som formidlet håp, delt makt, var tilgjengelig, strekke grenser. Konklusjon; utvinningsorienterte fagfolk var de som hadde motet til å håndtere kompleksiteten og individualiteten i endringsprosessen, og kunne bruke profesjonell kompetanse i et samarbeidspartnerskap med brukeren. Regelmessig kontakt og samarbeid med støttende fagfolk.	Høy

Gee, L., Pearch, E. & Jackson, M. (2003)	Måle livskvaliteten ved schizofreni	Kvalitativ intervju	6 personer med schizofreni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Barrierer basert på relasjon</li> <li>2. Redusert kontroll over atferd og handlinger</li> <li>3. Tap av muligheter til å oppfylle yrkesrollen</li> <li>4. økonomiske begrensinger på aktivitet og planer</li> <li>5. subjektiv erfaring med psykotiske symptomer</li> <li>6. bivirkninger og holdninger til medisiner</li> <li>7. psykologisk respons på å leve med schizofreni</li> <li>8. merking og holdninger fra andre</li> <li>9. bekymringer for fremtiden</li> <li>10. positive resultater fra erfaringer</li> </ol>	Høy Beskriver selv at det er få personer som er intervjuet
Henderson, A.R. (2010) Australia	Skal undersøke vestlige australske forbrukerperspektiver for utvinning fra virkning av en alvorlig psykisk lidelse	Kvalitative intervju, alle ble intervjuet 3 ganger.	15 personer diagnostisert med schizofreni, bipolar lidelse, stor depresjon. Diagnostisert etter ICD-10	Den materielle teorien om gjenopprettingen inne bærer en prosess for å tilpasse seg trefoldige tapene av 1) mental helse; 2) kognisjon og påvirkning; og 3) sosial funksjon, inkludert tap av følelse av inkludering.	Høy Høy score på nesten alle punkter, samsvar mellom formål, resultat og konklusjon. Greit datamateriale. Forskerens ståsted ikke gjort rede for
Katie, C.P., Karanikola, M.N., Couzavali, F.J.D., Merkouris, A. & Papathanassoglou, E.D.E (2016)	Målet var å utforske deres oppfatninger og tolkninger om 1) deres sykdom 2) deres selvbylde gjennom sykdommen 3) de samfunnsmessige implikasjonene som følge av deres sykdom 4) kvaliteten på det terapeutiske forholdet til psykiske sykepleiere. Skal undersøke hvordan mennesker som lever med alvorlig psykisk sykdom fortolker hverdagen gjennom spekteret av sykdommen. Målet er å bruke fenomenologisk tilnærming, å undersøke den subjektive fortolkningen av individers livserfaring og avdekke deres betydninger og oppfatninger om det erfarne fenomenet gjennom deres livsverdens historie.	En kvalitativ metodologisk tilnærming basert på metamorfologien fra Van Manen ble ansatt gjennom en hensiktsmessig prøvetaking. En kvalitativ fenomenologisk tilnærming. Metoden er både skriftlig og tolkende (hermeneutisk)	10 personer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) betydningen av psykisk sykdom</li> <li>2) sykdommens ulike faser i tid</li> <li>3) oppfattelsen av selvet under sykdommen</li> <li>4) oppfattelsen om effektiviteten av farmakoterapi</li> <li>5) sosiale og personlige konsekvenser for deltakere etter diagnose av psykisk lidelse.</li> <li>6) deltakeres oppfatninger om psykiatriske fagfolk og tjenester</li> <li>7) terapeutisk effekt av forskningsintervjuet på deltakerne.</li> </ol> <p>= den foreliggende studien gir data for forbedring av den empiriske forståelsen av helsepersonell angående bekymringer og spesielle behov hos enkeltpersoner som lever med alvorlig psykisk lidelse samt dannelsen av målrettede psykososiale tiltak basert på disse behovene.</p>	Høy
Pejlert, A., Asplund, K., Nordberg, A. (1999)	Formålet er å undersøke opplevelsene idet daglige livet til personer med forlenget schizofreni og deres meninger om deres omsorg, 1 og 2 år etter at de har flyttet hjem	En fenomenologisk eksistensialistisk tilnærming 3 intervjuer. Før, 1 år 2 år	6 pasienter med schizofrenidiagnose	De fleste fikk et bedre liv og fikk mer troen på seg selv. Viktig med aktiv deltakelse i hverdagen. Mellommenneskelige relasjoner, deltakelse, ansvar og valgfrihet er sentralt for å forandre seg. Vansker med å forholde seg til andre (vanskelig med grupper?) En snakker om sin sykdom som en sårbarhet som du må lære å leve med. Jeg må ha folk rundt meg som heier på meg. Det er viktig å føle seg frisk. Sentrale trekk ved utviklingsprosessen er oppdagelsen og gjenoppbygging a følelse av selvtilitt, for å få seg selv igjen. Et viktig som for fremtiden vil være hvordan omsorgen skal formes for å støtte helseprosessen. Hver person «vet» veien et sted i seg selv. Ingen kan leve livet mitt for meg.	Høy

### 4.5.3 Forskningsetiske overveielser

Etikk er et viktig aspekt ved all vitenskapelig forskning, og det er krav om at alle studier skal gjøre en etisk overveielse (Johannessen et al. 2017; Malterud 2017). Når man gjør en metasyntese, er det naturlig å undersøke om primærartiklene har ivaretatt etiske problemstillinger. I kvalitative studier blir etiske aspekt blant annet ivaretatt ved at deltakerne har gitt sitt frivillige informerte samtykke til å delta i studien (Johannessen et al. 2017). Forfatterne i de inkluderte primærstudiene skriver at de har skaffet etisk godkjenning og informerte samtykke fra deltakerne. I tillegg er dataene anonymisert. Når studien bygger på primærforskning utført av andre, foreligger det ikke noe krav om søknad til formelle instanser (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, udatert). Det er ikke naturlig å innhente samtykke fra forfatteren av primærstudiene for å inkludere dem i metasyntesen (Malterud, 2017). Ved å publisere en artikkel har forfatteren samtykket til dens spredning og bruk. Det er allikevel den som utfører metasyntesen sitt ansvar, å bevare integriteten i den originale studien (Johannessen et al.; 2017; Malterud. 2017). Når man gjør en sekundærstudie basert på andres forskning, viser man respekt for andre forskeres arbeid ved å blant annet bruke primærkilder og henviser korrekt. Det er personer som har beskrevet sine refleksjoner og personlige erfaringer i primærartiklene, derfor er det mest etisk forsvarlig å gjengi resultatene fra primærartiklene konsist og korrekt, samtidig som de hele tiden knyttes opp mot selve problemstillingen i metasyntesen.

## 4.6 Begrunnelse for valg av metode

Det er en forventning om at vi som profesjonelle yrkesutøvere, i mitt tilfelle offentlig godkjent sykepleier, jobber kunnskapsbasert og slik bygger min praksis på erfaringer og forskning. Min nysgjerrighet rundt temaet i oppgaven har sin opprinnelse i egen praksis. Jeg er en del av den kommunale sektoren som yter hjelp til mennesker med psykiske helseutfordringer. I arbeidet med disse menneskene har det vært et nært samarbeid med pårørende og mange ganger er det slik man blir kjent med personene bak lidelsene. Dette har vært viktig kunnskap for å vite hvordan brukerne egentlig er og hvordan forandringene arter seg. Det er ikke alltid brukerne selv, når de er som sykest, klarer å formidle hva de trenger.

Da jeg begynte å søke på artikler fant jeg ut at det var mye å hente i litteraturen. Det overrasket meg at denne kunnskapen som det lå så mye av, ikke kommer «ned» til oss som jobber nærmest brukerne. Jeg ønsker å lære mer ved å gjennomføre systematiske litteratursøk, kritisk gjennomgå og vurdere litteraturen omkring hva personer med alvorlige psykiske lidelser opplever som viktige faktorer for egen bedringsprosess. En systematisk oversikt er en oversikt der forfatteren har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere primærstudier om samme problemstilling (Bettany-Saltikov & Mcsherry 2016).

I mitt søk av litteratur har jeg funnet flere litteraturrevjuer. Det var derimot ingen som hadde samme problemstilling som den jeg har valgt. Men mange har skrevet om bedringsprosessen og mennesker med psykiske lidelser av ulik art. Spesielt rus- og psykiatri (ROP) var det skrevet mye om. Og om spesifikke tiltak som for eksempel arbeid, søvn og aktivitet som virkemiddel i bedringsprosessen.

## 4.7 Styrker og svakheter ved metoden

Som metode har den både styrker og svakheter. Styrken er at den søker å identifisere hva som tidligere er funnet. Det er verdifullt å forene forskning og gjøre det mulig for andre å bygge videre på hva som tidligere er funnet. Dette gjør det mulig for andre å bygge videre på tidligere forskning. På denne måten kan en unngå duplisering og lettere identifisere mangler eller svakheter i tidligere forskning. En svakhet er at det av ulike årsaker, uten mening fra forskerens side, kan være utelatt viktige artikler omkring temaet slik at den eventuell konklusjon som fremkommer kan bli uriktig, eller at det ikke er stilt spørsmåltegn ved gyldigheten av materialet som ligger til grunn for studien. Det kan heller ikke ses bort fra at forfatteren bare velger litteratur som støtter hans/hennes verdensoppfatning og slik gi hyllest til en foretrukket hypotese (Bettany-Saltikov & Mcherry, 2016). For å redusere faren for bias i forskningen utføres ofte en systematisk litteraturstudie av flere personer som et team. Denne oppgaven er bare gjort av en person og dermed kan det være en svakhet

Det er av stor betydning at forskeren er bevisst metodens styrker og svakheter i sitt arbeid, et systematisk litteratursøk skal være basert på søk som er planmessig, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart (Bettany-Saltikov & Mcherry, 2016).

## 4.8 Forforståelse

Jeg har skrevet ned min forforståelse av temaet for å bli bevisst mine egne forutinntatte tanker og fordommer rundt temaet. Ved å skrive ned min forforståelse kan det hjelpe meg å skille mellom egne oppfatninger og innholdet i budskapet i teksten (Nåde og Braute, 1992). Jeg er en psykiatrisk sykepleier som har lang erfaring med å jobbe med alvorlig psykisk syke i kommunen. Psykiatrisk sykepleie utgjør teoretisk sett utdypning av sykepleiernes psykiske dimensjon. Den studerer den psykiske dimensjon i samspill med menneskets fysiske, sosiale og åndelige sider. Sykepleievitenskapen utgjør derfor basiskunnskapene i faget. Denne innsikten i forskningens verden er helt ny for meg, så her var det mye å sette seg inn i. Dette har gjort at jeg har hatt mange refleksjoner over situasjoner som jeg har vært involvert i. En svakhet er at jeg kan ha sterke emosjonelle følelser til temaet, men jeg har undervis fått veiledning fra både veileder fra skolen og kollegaer fra jobben. Jeg håper at jeg skal klare å være nøytral i min tolkning.

## 5. Resultat

I de 8 utvalgte studiene ble ulike kvalitative design anvendt; biografisk intervju; Basson et al. 2016). Fenomenolog design; Pejler et al. 1999; Borg & Kristiansen 2004; Borg & Davidson 2008; Katie et al. 2016. Gee et al. 2003, brukte grounded theory design.

I det følgende vil resultatene fra metaetnografien gi en beskrivelse av hvilke opplevelser personer med psykose lidelse opplever som viktige faktorer for egen bedringsprosess. Ut fra analyse av 8 artikler som omhandler hva personer med psykoselidelser opplever som viktige faktorer for egen bedringsprosess var det tre temaer som gikk igjen: Mening i hverdagen, Sosiale forhold og medisiner.

### 5.1 Mening I hverdagen

I mening i hverdagen, inngår også innhold i hverdagen, alt fra hva psykosepasienter opplever som viktig for hverdagen. Dette kan være så enkelt som å bry seg om egen hygiene, rengjøring av leiligheten og matlaging (Pejler et al. 1999, Gee et al. 2003) og det kan være å tilhøre en gruppe som i jobbsammenheng (Basson et al. 2016; Borg & Davidson, 2008; Davidson et al. 2005; Henderson, 2010 og Kaite et al. 2016).

Studien viser at brukerne er opptatt av hverdagslivet. Funnene viser at hverdagslivet handler om det enkle ved hverdagslivet, og alle studiene hadde dette med som et sentralt tema. Hverdagslivet har mye å si for bedringsprosessen. En bruker beskriver sin hverdag som å jobbe med egeninteresser som datamaskin, male, skrive, bry seg om personlig hygiene, rengjøring og kunne lage mat (Pejler et al. 1999). I en studie fra England beskrev brukeren hverdagen som å klare å stå opp, ta et bad eller vaske håret (Gee et al. 2003) som viktig for bedringsprosessen. I Borg & Davidson (2008) er hverdagen mer beskrevet som noe som man lett tar for gitt som jobb, betale regninger og være med venner. En bruker sa «... jeg jobber og det tar en stor, stor del av min tid og energi, sannsynligvis for mye...» (Borg & Davidson, 2008). En annen beskriver at det å være et sted, (som i en klubb eller på jobb) å føle seg akseptert er viktig (Basson et al. 2016) og da har det ikke noe å si om man har en diagnose, for det er ingen som bryr seg om det (Davidson et al. 2005). Men det er allikevel vanskelig å gjøre langsiktige forpliktelser og det gjør at det blir vanskelig å stå i en vanlig jobb (Henderson 2010; Basson et al. 2016). Personer med psykose som er intervjuet av Katie et al. (2016), formidler at det å ha en tittel i jobben sin som for eksempel skjønnhetspleie eller



---

frisør, er med å bidra til at en føler seg som en integrert del av samfunnet. Men det å skjønne selv at en ikke strekker til på jobb eller ikke klarer å gjøre det som forventes av en, er ingen god følelse (Henderson 2010). Noen brukere opplevde det å være i jobb som noen som var med å bekjempe isolasjon, ensomhet og tom tid (Davidson et al. 2005). Det føles også meningsfylt å ha noe å gjøre slik at en ikke ble syk (Henderson, 2010). Da er yrkesrettet rehabilitering noe som gir mening for mange brukere (Kaite et al. 2016).

Allerede I 1999 intervjuet Pejler personer med psykoselidelse som hadde flyttet fra sykehus. Noe av funnene bærer preg av at de intervjuede har bodd lenge på sykehuset. Men de ting som de tar opp som vesentlige i hverdagen og som har konsekvenser for å «komme seg» er det å «få lov til å bestemme selv», som for eksempel det å «jobbe med datamaskinen, male, skrive og gå tur» (Pejlert, 1999). De som ble intervjuet snakket om «gruppeplikt» som noe alle måtte delta i, som for eksempel matlaging og rengjøring (Pejlert, 1999). Dette gir mening i hverdagen når man ser at det man gjør, gjør en forskjell. Andre hverdagslige problemer som kan oppstå når man har en psykoseproblematikk er problemene som Gee et al. (2003) beskriver som når man ikke klarer å stå opp eller vil ikke dusje seg. Dette vil kunne få konsekvenser for opplevelsen av velvære.

Flere artikler skriver om viktigheten for brukerne av å ha støtte i hverdagen. Dette kan være fra familie (Borg & Davidson, 2008) og fra fagfeltet (Borg & Kristiansen 2004) og det er viktig å ha noe å fylle dagene med (Borg & Davidson 2008).

## 5.2 Sosiale forhold

Sosiale forhold, belyser hvordan psykosepasienter ser på familie og hjelperene rundt seg (Borg & Kristiansen, 2004). Flere psykosepasienter beskriver at det er vanskelig å opprettholde kontakt med omgivelsene på grunn av psykoseproblematikken (Pejlert et al. 1999; Davidson et al. 2005; Gee et al. 2003; Henderson, 2010 og Kaite et al. 2016). Familie og fagpersoner er ofte de som står nærmest og skal være et bindeledd til samfunnet (Basson et al. 2016; Borg & Davidson, 2008 og Borg og Kristiansen, 2004);

I den første artikkelen (Pejlert et al. 1999) kom det fram at noen psykosepasienter synes at det er vanskelig å opprettholde kontakt med andre. Andre kan ha problemer med å akseptere at brukeren hører stemmer og det kan være et problem (Pejlert et al. 1999). Flere brukere kunne fortelle at dette førte til en følelse av ensomhet. Personer med psykose opplevde at de trengte

tid alene på grunn av sykdommen, fordi man ble fort slitne (Gee et al. 2003; Davidson et al. 2005). Det som tok mye energi var noen ganger, at noen følte at de måtte skjule sykdommen (Henderson 2010). Brukere brukte ord som å «lade batteriene» (Davidson et al. 2005). Dette fører til at brukere stort sett har mest kontakt med familie og fagpersoner. Disse har derfor en viktig rolle i brukerens liv og for bedringsprosessen (Borg & Davidson 2008).

Andre ting som gjør sosiale forhold viktig og vanskelig er barrierene som brukeren lager selv. I artikkelen til Gee et al. (2003) beskriver brukerne barrierer plassert på mellommenneskelige forhold. Brukerne følte seg isolert på grunn av sin sykdom og sine psykiske problemer. Noen beskrev at de valgte å isolere seg på grunn av bekymringer angående hvordan de oppfører seg når de prøver å være normal (Gee et al. 2003). Som for eksempel en som sa «Det var sykdommen min som påvirket min relasjon med mennesker. Jeg følte meg helt alene og at jeg ikke ville snakke med noen.... jeg var bekymret for hva de ville tenke om meg» egen oversettelse (Gee et al. 2003). Det kan fort bli vanskelig og unaturlig når man skal prøve å skjule hvem man er. Noen brukere beskrev dette som at de ikke ville avsløre hvem de egentlig var (Henderson, 2010). Ut fra dette er det fremdeles mange som opplever stigma fra samfunnet rundt seg. Brukere har beskrevet seg som «dårlige og plagede personer» (Kaite et al. 2016). En bruker prøvde å beskrive det som «vel, jeg prøver alltid å se normal ut, men noen dager alt som....og jeg er redd for at jeg skiller meg ut, mens jeg går nedover gaten og snakker med meg selv....» egen oversettelse (Gee et al. 2003).

Psykiske symptomer kan gjøre det vanskeligere for personer med alvorlig psykose å delta i sosiale interaksjoner. Derfor blir familien noe som representerer kontinuitet (Borg & Davidson, 2008). Flere bruker beskriver det som å være «normal» når man var lokalisert i sosiale omgivelser og miljøer, og var i rollen som foreldre, søsken, ektefelle eller barn (Borg & Davidson, 2008). Men familien kan også være en byrde, som en bruker i den Italienske artikkelen beskrev «at profesjonelle og familiemedlemmer kan oppfattes som hindrende faktorer spesielt når de er hyperkritiske og overbeskyttende» egen oversettelse (Basson et al. 2016).

Borg & Kristiansen (2004) spurte hva som var nyttig i forhold til fagfolk. Her beskriver brukerne viktigheten av å «bli sett». Eksempler på dette var fagpersoner som gikk «litt lengre enn forventet» som for eksempel var det en som sa at fagpersonen hadde spurt «hvordan det gikk med moren», eller en annen som fikk en rose fordi hun hadde holdt ut i jobben (Borg & Kristiansen, 2004). Dette viser at det kan finnes ildsjeler i tjenesten som klarer å se menneske

---

bak sykdommen. Det viser også at brukerne setter pris på at fokuset ikke bare er på sykdom og symptomer (Borg & Kristiansen, 2004). Om fagpersonen klarer å spørre om andre ting som dette over, så kan et erfarent blikk kunne fange opp om personen har det bra eller ikke. Det at fagpersoner er tilgjengelig og kan komme på kort varsel er noe flere brukere tar opp som hjelp i bedringsprosessen (Borg & Kristiansen, 2004). De trenger hjelp «her og nå» og da bør noen komme.

Noen tok også opp at det ikke alltid at hjelperen er den viktigste for brukeren, det kan også være forhold som troen på Gud, ha en jobb, ha nok penger eller ha et kjæledyr (Borg & Kristiansen 2004).

Spesielt viktig for bedringsprosessen var der brukerne opplevde å få sine rettigheter, ble lyttet til og tatt seriøst, som ved for eksempel medisiner og få støtte om man ikke ønsket å ta medisiner (Davidson et al. 2005).

### 5.3 Medisiner

Medisiner, dette utgjør fremdeles en stor del av behandlingen og mange av psykosepasientene har sterke meninger om dette. Psykosepasienter er like opptatt av virkningen (Pejlert et al. 1999; Davidson et al. 2005; Basson et al. 2016) som bivirkning (Gee et al. 2003; Borg & Davidson, 2008; Henderson, 2010) som noe man bare må akseptere (Katie et al. 2016).

De fleste pasientene med psykoselidelse aksepterer at de må bruke medisiner (Gee et al. 2003; Borg & Kristiansen, 2004; Davidson et al. 2005; Henderson, 2010; Basson et al. 2016; Kaite et al. 2016). Medisiner sees på som et verktøy for å oppnå velvære, men er også et stigma på grunn av bivirkninger (Basson et al. 2016). En bruker beskriver stigma som «Føl deg som en svakling du vet som om du ikke kan ta ansvar for livet ditt. Også stigma går sammen med det, og du skjønner at du, det er litt av et slag når du har prøvd å late som å være normal...», egen oversettelse (Gee et al. 2003). Flere bruker oppgir at spesielt bivirkninger som trøtthet var med å senke livskvaliteten (Pejlert et al. 1999; Basson et al. 2016; Borg & Davidson, 2008 og Davidson et al. 2005). Dette førte igjen til sosial isolasjon fordi en hadde et kontinuerlig behov for å kvile. En annen beskrev det «... som når folk er forskrevet du føles som en potet sekk... du kan se det» egen oversettelse (Gee et al. 2003). Det at en føler at andre kan se på en, at en bruker medisiner, er ikke noen god følelse og dette var noe flere brukere tok opp (Pejlert et al. 1999; Gee et al. 2003; Borg & Kristiansen 2004; Davidson et al. 2005; Borg & Davidson,

2008; Henderson, 2010; Basson et al. 2016 og Kaite et al. 2016). På denne måten klarte man å gjenvinne en følelse av balanse og trygghet og man fikk en følelse av inkludering i samfunnet (Henderson, 2010).

Noe som flere brukere sier er med på å beherske sykdommen, er å lære om symptomene og lære seg å leve med bivirkningene (Borg & Davidson 2008). Ved å lære om symptomene trenger man ikke være redd for tilbakefall (Henderson, 2010). Ved å gjøre dette kan man lettere ta reelle valg i forhold til om man vil ta medisiner eller ikke (Borg & Kristiansen, 2004 og Davidson et al. 2005). Mens andre bruker beskrev at man tok medisiner i redsel for hva som kunne skje om man ikke gjorde det (Gee et al. 2003). Flere opplyste at de valgte å ta medisiner for å hindre eller redusere tilbakefall (Henderson, 2010).

---

## 6. Diskusjon

For å oppsummere disse tre punktene så kan en si at det er selvhjelpsstrategier og ulike kontekstuelle faktorer som støtter gjenoppretting. Det er personen selv som setter standarden for sin gjenoppretingsprosess til en viss grad. Ved å ha nok kunnskap kan brukeren ta reelle valg. Innhold i hverdagen, familie og venner og egen innsikt i sykdommen og medisinene, er elementer som må være tilstede (Davidson et al. 2016).

### 6.1 Hva opplever personer med psykoselidelse som viktig i egen bedringsprosess?

Det å ha en forventning om å bli frisk og kunne ha muligheter i fremtiden (Borg & Davidson, 2008; Henderson, 2010) er viktig for bedringsprosessen. Men det å oppnå en personlig tro som en «vilje» til å bli bedre kan være vanskelig for en med psykose lidelser. De kan ha problemer med å etablere grad av selvkontroll og sliter med å oppnå et normalt liv (Davidson et al 2005). Det å oppleve håpløshet kan utgjøre en lidelse i seg selv, og evnen til å fungerer som den som skal holde håpet oppe for den som ikke klarer det selv, samt å gi dette tilbake er avgjørende for god praksis (Borg & Kristiansen, 2004). Men det er ikke sikkert at målet skal være å bli «frisk». Det å få aksept for at en er annerledes og klare å leve med det, kan være nok for å føle bedring sier flere brukere. Borg (2009) skriver at bedringsprosessen kan være alt en person selv gjør for å hjelpe seg selv. Hjelperen kan ha mange metoder, men det er det som en får brukeren med på, og som brukeren klare å gjøre og som han har tro på selv, som er avgjørende i bedringsprosessen (Davidson et al. 2005). Som Karlson & Borg (2017) definerer recovery, er det det brukeren gjør alene eller sammen med andre, som skaper mening. Mange bruker sier at det å ha noe meningsfullt å gjøre i hverdagen, som arbeid, fysiske aktivitet eller bare en plan for dagen, er ofte mer til hjelp i recovery enn samtaler og terapi (Landheim et al. 2016; Biringer et al. 2016). Behandlingsapparatet kan ofte være opptatt av å måle resultater. Klinisk recovery er et slikt eksempel. Her vil man måle for eksempel symptomremisjon, se på antall tilbakefall av sykdom og lignende, se på hvor mange som fullfører behandling, hvor mange man ferdigbehandler, hvor mange inneliggende døgn brukeren har og lignende.

Peilert et al. (1999) er den første artikkelen jeg fant som omhandlet de som har flyttet fra sykehus. Den sier allerede da at de personene som hadde bodd vekk fra sykehus i 1-2 år klarte seg fint. Slik har det fortsatt. Brukerne er ikke så opptatt av symptomutredning, de vil heller

ha et liv verdt å leve fylt med håp, innhold, sosiale forbindelser og en positiv følelse av selvtillit (Psykoseretningslinjene, 2013; Petros et al., 2016). Dette beskriver Anthony (1993) i sin definisjon på recovery, den personlige, unike prosessen. Det er viktig å ha som fokus at det er forskjellige veier til bedringsprosessen. Det som passer godt for en trenger ikke passe like godt for en annen. Det er de personlige elementene, det som brukeren mener selv som er viktig, som må komme fram. Bedringsprosessen er vanskelig å planlegge (Borg & Davidson, 2008). Brukerne vil være med å bestemme sin egen behandling og til en viss grad er det åpnet opp for mer selvbestemmelse i behandling av psykiske lidelser (Borg 2009, Mestre hele livet, 2017-2022). Flere personer med psykoselidelse beskriver sin hverdag som noe som mange har. Det er viktig å få kunnskap om hverdagen og daglige rutiner hos personer med alvorlig psykoselidelse. Ved å hjelpe brukeren med å få kontroll over livene sine vil man hjelpe dem med å få mening (Borg 2007). Noen brukere snakker om sin sykdom som en sårbarhet som en må lære seg å leve med (Pejlert et al. 1999). Så kunnskap er viktig for utviklingsprosesser og gjenoppbygging av følelsen av selvtillit for å se seg selv igjen (Pejlert et al 1999). De skriver også at hver person «vet» veien et sted i seg selv og at bare når de har bestemt seg for å klare det, så klarer de det. Men da må de ha kunnskap om selvhjelpsstrategier og støttende miljøer.

Når man ser på resultatene av hva brukerne sier de trenger for å komme seg og ser på definisjonen på hva god psykisk helse er (WHO definisjon) så sier den mye det sammen. Brukerne etterspør muligheten til å realisere seg selv i hverdagen, bidra overfor andre i form av jobb, innhold i hverdagen eller bare tilstedeværelse av et annet sted, det å gjøre det samme som «oss». Få et «normalt» liv. De ønsker å klare å stå opp, spise frokost, komme seg på jobb/ha en meningsfull dag av noe slag, komme hjem igjen til en bolig, gjerne til noen. Dette er eksempler på personlig recovery, som i litteraturen.

Jeg ser at det å bruke recovery sammen med psykiatri, gjorde at en del gode artikler om recovery ikke kom fram. Men for at det igjen ikke skulle bli for mange artikler å gå gjennom så var dette en grei avgrensning i denne oppgaven.

## **6.2 Delproblemstilling 2. Hvordan står det brukeren sier i samsvar med det som anbefales i statlige dokumenter?**

Dette er en utfordrende gruppe som trenger langvarig behandling og oppfølging. Denne kan være stor i perioder og mindre i andre. Oppfølgingen vil variere fra bruker til bruker og har

---

lite å gjøre med hvilken diagnose man har. De med alvorlig psykose lidelse trenger at det er noen der over mange år. Derfor er samarbeid, systemene i mellom, som spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og til pårørende viktig (Mestre hele livet, 2017-2022; Solomon et al. 2014). Veilederen, Sammen om mestring, 2014, skriver mye om hvordan man kan legge til rette for dette i praksis.

Det å delta i samfunnet, er også å ha daglige rutiner som tilrettelegger for sosiale relasjoner. For en med psykose lidelse må dette gjerne planlegges i detalj og en trenger hjelp for å følge dette opp (Saavedra et al. 2012, Ulfseth et al. 2015). Den som er med på veien, som fagpersoner, er også med på å bidra til bedringsprosessen for mange brukere (Borg, 2009). Det at brukerne nå har inntatt samfunnet og er etablert der, gjør at et bedre og mer åpent samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal føre til mindre innleggelse i sykehus (Sammen om mestring, 2014 Solomon et al., 2014). Familien kan være viktig bidrag for å forstå den syke og for å kunne gi den informasjonen som trengs for å gi rett behandling, derfor er det viktig å ta de med på råd for hvilken oppfølging/behandling den syke skal få (Sammen om mestring, 2014; Quah, 2017). Min & Wong (2015) undersøkelse viste at profesjonell støtte var positiv knyttet til oppfattet tilgjengelighet til samfunnsressurser. Helsedirektoratet har med Psykoseretningslinjene, 2013, kom med en bred omtale av psykososiale tiltak, fysisk helse og betydning av utdanning og arbeid. Denne viser at helsevesenet har tatt på alvor, det brukerne sier at de trenger, i forhold til mening i hverdagen. Så spørsmålet blir da om denne er kjent nok i systemet slik at disse tiltakene blir fulgt opp.

Flere brukere sier at de ønsker å være med å bestemme behandling selv. Brukermedvirkning åpner opp for dette og Psykoseretningslinjene, 2013 og nå Pakkeforløpet, 2018 legger til rette for at det skal være naturlig å la brukeren ta del i sin behandlingsplan. I praksis betyr dette at den som er med fra hjelpeapparatet, må klare å stå ved brukerens side når han ta sine valg. Kommunene har sine retningslinjer og spesialisthelsetjenesten har sine, Sammen om mestring, 2014, skal være en hjelp for hjelpeapparatet å se at man må samarbeide til det beste for brukeren. Det å klare å se hvor denne grensen går, kan være vanskelig. Veilederen, Sammen om mestring, 2014, tar også opp at det er viktig å ha godt samarbeid med bruker- og pårørendeorganisasjoner. Disse kan være gode samarbeidspartnere underveis og der man ikke strekker til med tiltak fra hjelpeapparatet.

De som jobber med denne brukergruppen må ha kompetanse på hvordan lidelsen arter seg og hvordan medisinene virker. Ved å ha det vil de lettere kunne legge til rette for inkludering i

samfunnet (Mestre hele livet, 2017-2022). Formålet med fagerpersonene er å gi enkeltpersoner ressurser (informasjon, ferdigheter, sosial tilknytning og støtte) for å gjøre dem i stand til å håndtere sin tilstand og for å hjelpe dem til å få tilgang til ressursene de tror de trenger for å leve sine liv. Fagpersoner kan legge til rette for et best mulig tilpasset og individuelt opplegg for brukergruppen. Men det er brukeren som skal leve livet og som må bestemme veien. Det er viktig å ta brukeren på alvor og ta tingene etterhvert. Dette er avgjørende for at brukeren skal føle seg sett og bli tatt på alvor. Det er forskjellige veier til bedringsprosess og denne er individuell (Borg & Davidson, 2008). Mye forskning er gjort på personer med alvorlig psykisk lidelse og flere selvbiografiske bøker er skrevet og her kommer det fram at personer med alvorlig psykose lidelse kommer seg og fungerer godt i samfunnet i dag (Pejlert et al. 1999; Kristiansen et al. 2013). Dette har veilederen fra regjeringen, Sammen om mestring (2014), tatt høyde for, og lagt til rette for veiledende føringer som skal hjelpe hjelpeapparatet til å gjøre tiltak i forhold til de som trenger det. «Mestre hele livet» (2017-2022), har et overordnet mål som sier at det skal stimuleres til friskhet, styrke sosial støtte og redusere ensomhet. Men dette er ikke nytt for fagområdet. Siden 2013 har det forelagt Nasjonale faglige retningslinjer, som «Psykoseretningslinjene» og den heter «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» (2013). Her er det ganske klart beskrevet hvordan det offentlige hjelpeapparatet kan gå fram for å hjelpe denne brukergruppen. Men som artikkelsamlingen viser så fungerer det ikke slik i praksis. Spesialisthelsetjenesten er i stor grad opptatt av symptomer og forebygging av tilbakefall av psykoselidelsen. Disse tiltakene er veldig viktig men en må ikke glemme brukeren her, de sier at de ønsker mer innhold i hverdagen. Flere bruker har også gått ut og sagt at de ønsker å leve livene sine uten medisiner og (lære seg å) leve med de symptomene de har.

Mange psykosepasienter klarer seg mye aleine i perioder, men de trenger allikevel langvarig oppfølging og noen som ser dem over tid. Teorien om psykoselidelse bekrefter at sykdommen går i perioder og man kan ha lange perioder med «friskhet» (Møller, 2018), dette bekrefter brukerne i artiklene som jeg har lest. Men brukere trenger at noen kan ta kontroll når man ikke ser dette selv, som når man ikke klare det daglige som å gjøre seg forstått eller gå i butikken (Borg & Kristiansen, 2004). Brukeren sa her at «sykepleieren ringte meg... og jeg kunne ikke svare på et enkelt spørsmål.... følte meg elendig... og da kom hun hit» (Borg & Kristiansen). Om man har en god relasjon til brukerne, klare man å høre dette for eksempel på telefon og man kan gjøre tiltak. Dette er i tråd med Psykoseretningslinjene (2013) som sier at tiltakene skal være individuelt tilpasset, men for å få dette til, må det være en relasjon i bunn. Det at



---

tjenestene er tilgjengelige er også viktig for brukerne. ACT-team er et eksempel på dette. Men det fordrer ulikheter i praksis fra kommune til kommune om hvordan dette fungerer. Også ambulante akutt team har forskjellige modeller. Et viktig moment her er at disse tjenestene er frivillige, så om brukeren «ikke klarer» å møte til avtale, så er det ikke sikkert at han kan få dette tilbudet. Men tjenestene kan si at brukeren har fått tilbud, men møtte ikke. Siden den er frivillig så er det ikke så mye hjelpeapparatet kan gjøre om brukeren ikke «ønsker» eller klarer å ta imot hjelp.

Når brukeren blir utskrevet fra spesialisthelsetjenesten er det veldig ofte pårørende som er den som har mest kontakt med han. Den kommunale helsehjelpen er stort sett på dagtid, men noen tiltak på kveld og helg som ACT team og ambulante team. Ellers er det legevakten som er alternativet. Psykoseretningslinjene (2013) beskriver hvordan tiltak kan settes i verk for å imøtekomme den enkelte og mange flotte behandlingstiltak er beskrevet som blant annet psykoterapi, kognitiv adferdsterapi og psykodynamisk psykoterapi. Ut fra min litteratur samling er det ikke dette brukerne etterspør. De etterspør mer det som nå er kommet ved Pakkeforløpe (2019). Den er mer rettet mot å lage en behandlingsplan der brukeren skal være den sentrale aktør. Psykoseretningslinjene (2013) er også inne på behandlingsplan, (som de kalte individuell plan) men det kan virke som om den «oppskriften» ble for komplisert å få ut i praksis.

Bruk av medikamenter ble fra 2016 satt høyt på dagsorden. To tiltak er viktig: 1) riktig og redusert bruk av psykofarmaka og 2) etablering av medisinfrie døgntilbud (Møller, 2018 s 133). Dette er noe pasientene er veldig opptatt av og de har ofte veldig sterke meninger om medikamenter (Kristiansen et al. 2013). Fagpersonene må anerkjenne virkningen av de små tingene i personens liv. Når symptomene ikke sees i sammenheng med personens hverdag, blir de bare representasjoner av en sykdomsenhet (Borg & Davidson, 2008). De mange selvbiografiske fortellingene skriver også en del om hvor viktig det er at man blir «sett» og hørt (Kristiansen et al. 2013; Plyhn, E. 2019). Når man jobber med bedringsprosessen er det viktig at det er brukeren som leder an. Brukeren skal være i førersetet og skal lede fram til full deltakelse i samfunnslivet og forbedre livets generelle livskvalitet (Petros et al. 2016).

### 6.3 Delproblemstilling 3. Hvilke implikasjoner gir resultatene for det kommunale psykiske helsearbeidet?

Mange terapeuter tar videreutdanning og ønsker å praktisere det de har lært. Men som Basson (2016) skrev, «Enhver tjeneste, behandling eller inngrep eller støtte bør vurderes på følgende måte: i hvilken grad hjelper dette pasienten med å nå sine mål om helbredelse?» (egen oversettelse). For brukeren, viser forskning, at det å få orden på livet sitt, økonomien, et trygt sted å bo, mestre hverdagen og få innhold i hverdagen, som det viktigste for egen bedringsprosess. De grunnleggende behovene må være i boks først. Det er interessant lesning at det i artikkelen fra 1999 og de som er gjort nylig, mye handler om det samme. Hvorfor klare man ikke å imøte komme brukerne? Tenker man for avansert/spesialisert?

Arbeidsformer og arenaer i behandling for psykose; «1) individualterapi, 2) psykoedukativt familiesamarbeid, 3) nettverksarbeid, 4) miljøterapi og psykososialt støtte, 5) medikamentell behandling» (Møller, 2018 s 170). Dette var ganske likt det som jeg har oppsummert i litteratursamlingen min. Kan det være et poeng? At brukerne etterspør det som fagfolk sier? Klarer man å tenke individualterapi og samtidig være individuell, helhetlig og fleksibel? Ved å drive psykoedukativ familiesamarbeid – våger man å høre på pårørende? Og tenker at de har masse ressurser å komme med? Ved medikamentell behandling, våger man å fortelle brukeren alle virkninger, bivirkning og støtte han i de valg han tar (også om han velge å ikke ta medisiner)?

En stor utfordring for psykosepasienter er mestring av relasjoner. Dette viser seg først blant nærmeste som familie. Det er særdeles vanskelig for hovedpersonene selv å forstå sin sykdom og klare å formidle dette til andre, da oppstår det ofte kommunikasjonsbarrierer (Kritiansen et al. 2015; Møller, 2018). Det som hjelper er; psykoedukative behandlingstiltak ved psykose og schizofreni, mener Møller (2018). Han oppsummerer det slik; «Relasjonsvikt kommer av mestringssvikt som kommer av meningssvikt som kommer av forståelsessvikt». (Møller, 2018. s 43). Dette er et viktig satsningsområde fra regjeringen. Mestre hele livet, 2017-2022, understreker at pårørende skal være med på laget. Sammen om mestring (2014), legger føringer for at det er kommunen sitt ansvar å legge til rette for grunnleggende behov, som bolig og sosial tilknytning til omgivelsene. Psykoseretningslinjene (2013) skal også se til at oppfølgingen av psykose pasienter blir fulgt. Dette er en oppskrift på hvordan det kan gjøres, men det er store individuelle forskjeller på hvordan kommunene gjør dette i praksis.

---

Man kan si at mange har tenkt gode tanker når de har laget veiledere og lagt føringer for hvordan man skal jobbe for å nå ut til denne gruppen, men har man egentlig hørt etter hva brukerne egentlig trenger? Det er greit med veiledere og føringer, som kan være en hjelp på veien, det problematiske blir når det blir lover og rettigheter, da kommer man fort til kort. Da kan helsetjenesten bli for opptatt av å holde ryggen fri, på en slik måte at de tilbyr en tjeneste og brukeren ikke møter eller klarer å nyttiggjøre seg tilbudet, så kan de avslutte med å si at vi har prøvd. Slik det er i dag, fordrer det store forskjeller kommune til kommune.

Delproblemstilling 3. Hvilke implikasjoner gir resultatene for kommunalt psykisk helsearbeid?

I Sammen om mestring, (2014). s. 103 står det om arbeidsfordeling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Her står det at fordeling av oppgaver og ansvar mellom tjenestene må tilpasses lokalt. Uenigheter må løses på lavest mulig nivå. Men hva med når det følger penger med oppgaver og ansvar? Alle tjenester «koster» penger og ingen vil gi noe «gratis». Det er folk som skal lønnes og personell som vil gå på kurs og etterutdanning. Hvem skal styre hvem som skal få gjøre hva? Alle tjenester koster penger å organisere. Når det er pengestrømmen som avgjør hvor mye tid man tilbringer med pasientene og hvor mange man får gjennom diverse tiltak, da blir det mere registrering og loggføring, og hvem er tjent med mer kontortid og ikke pasient tid?

Spesialisthelsetjenesten og kommunen har en felles forståelse av at ingen skal bo varig i spesialisthelsetjenesten. Men innen psykisk helsevern er definisjonen av en utskrivningsklar pasient ikke så entydig som i somatikken. De kommunale tjenestene er alltid frivillige og kan avvises av brukerne. Selv om det er gjort vedtak om tvunget psykisk helsevern, kan denne tvangen bare gjennomføres av spesialisthelsetjenesten selv, aldri av kommunen. Derfor er det kontinuerlig utfordringer knyttet til vurderinger omkring hvor syk en person kan være og samtidig bo i egen bolig (jamfør samtykkekompetansen) (Plan for psykisk helse 2016-2020).

Staten har siden 2018 innført betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter som ikke får bo- og oppfølgingstilbud i kommunen. Hvem skal definere når en person er utskrivningsklar og hva som er tilstrekkelig av bo- og oppfølgingstilbud? Selv om det er etablert avtaler om dette, fordrer det i praksis mye skjønn.

Forskning viser at noen grupper i befolkningen som har høy forekomst av psykisk uhelse, i mindre grad oppsøker psykiske helsetjenester ... Andre grupper klarer ikke å nyttiggjøre seg

tilbudet fra tjenestene slik de tradisjonelt har vært organisert. Fellers for alle disse utsatte gruppene er at de ordinære tjenestene må utvikles og tilpasses slik at de møter de særskilte behovene til enkeltmennesker bedre enn i dag (Mestre hele livet. 2017-2022).

Behandlings- og utredningstiltak skal i størst mulig grad bygge opp under og utvikle pasientens opplevelse av mestring. Det betyr at tjenestene må legge til rette for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne ta i bruk egne ressurser for å mestre tilværelsen.

Fagfolk må ikke være så opptatt av hva som er de riktige «metodene» at vi glemmer at det er de daglige relasjonelle erfaringene som er fundamentet for utvikling. Det er også dette brukerne etterspør i min artikkelsamling. Forskning tilsier at vi bør ha mindre fokus på «behandling» i tradisjonell forstand og heller investere i menneskers tilhørighet og sosiale miljøer. Personer med alvorlig psykoseproblematikk må få nødvendige tjenester, når de trenger det, der de trenger det. God tilgjengelighet forutsetter at brukerne har kunnskap om hvilke tjenester de kan få, når og hvordan. Tjenestene må følgelig være kjent, riktig dimensjonert og organisert for å møte brukernes behov. Før man kan begynne med behandling må visse ting være på plass, som bolig, innhold i hverdagen (arbeid, aktivitet) og økonomi. Grunnleggende behov som i Maslows behovspyramide er i grunnsteinen, behov for luft, vann, mat, hvile og bevegelse. Om dette er på plass kan en gå videre til at trygghet etableres. Så kan jobben starte med «samtalebehandling» om det er det som er fokuset.

Rammene for systemarbeid er ikke optimal på alle arbeidsplasser. Og mange er uenige i at spesialisthelsetjenesten skal forholde seg aktivt til levekårsutfordringer. Men man oppnår ikke noe med behandling om ikke disse tingene er på plass og om det er kommunehelsetjenesten som skal utføre dette, så er det viktig med samhandling som Psykoseretningslinjene (2013); Sammen om mestring, 2014 og Mestre hele livet (2017-2022) viser til. Om man ikke tar høyde for dette legger man opp til systemsvikt og brukeren blir taperen. Dette skal nå Pakkeforløpet (2018) være med å få satt i system, hovedsakelig ved samarbeidd og kunnskapsdeling. Samhandling systemene i mellom blir en investering i et bedre behandlingsutfall.

Det hender både arbeidsgiver, forvaltning og spesialisthelsetjenesten er mer opptatt av å verne sin rett enn å klare å gjøre en skjønnsmessig vurdering for å hjelpe akkurat denne personen med noe utradisjonelt. Det kan være en uvant tanke å bistå noen ekstraordinært. Men i blant treffer man på ildsjelene. Eller bare folk som vil samarbeide. Også NAV består av mennesker som ønsker å gjøre en god jobb, og lovverket er i overraskende grad åpen for individuelle

---

løsninger, selv når det koster litt ekstra. Det kommer ofte ann på hvem som leser dette. «Å tørre å være nær er også profesjonelt» sier Astrid Weber, erfaringskonsulent, som fikk akuttprisen 2019. Pejler (2003) beskrev tilbudene som «tiltak som blir tilbudt schizofrenipasienter, i stor grad ikke er bestemt av mennesker med schizofreni» (egen oversettelse). Man må ikke bli fanget inn i alle de behandlingsmetodene som finnes slik at en glemmer menneskene en jobber med. Så hva med å høre på forskning, slik som Davidson et al. (2005) sier, at det er viktig å høre på hva brukeren sier om hva som skal til for å klare å leve med en alvorlig psykotisk lidelse. Retningslinjene og veilederne sier det samme, at man skal høre på brukeren og jobbe ut fra det, men det blir ikke slik i praksis.

Høy faglig kvalitet på tjenestene forutsetter kompetente medarbeidere og at tilgjengelig fagkunnskap benyttes av tjenestene. Dette gjelder også kunnskap om hverdagslivet og viktigheten av hva som er grunnelementene i å leve. Det hjelper ikke med flotte videreutdanninger og flotte titler om den vi skal bruke det på ikke evner å ta imot tilbudet.

God samhandling og samordning av tjenestetilbudet innad i spesialisthelsetjenesten og mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester er viktig. Dette forutsetter at ansvars- og oppgavefordeling er tydelig og kjent. Men ikke så kjent at man ikke kan «hjelp» hverandre og «gå over grensen». Målet skal være brukeren og at denne skal etableres i samfunnet, ikke hvem skal gjøre hva og hvem skal ikke gjøre hva...

Mennesker med psykose lidelser har ulike behov og ulike forløp. For noen mennesker vil problemene oppstå akutt i voksen alder og medfører behov for akutt hjelp, mens for andre kjennetegner forløpet av vedvarende større eller mindre problemer som enten går over uten noen form for behandling i helsetjenesten, eller som trenger behandling i kortere eller lengre tid. For mange kan en kort intervensjon fra primærhelsetjenesten være tilfredsstillende. Det finnes ingen standardløsning som passer for alle – hver person har individuelle behov.

Psykose lidelser er en diagnose som kan reduserer livskvaliteten. Personer med disse diagnosene er utsatt for plager som påvirker helsen. Tiltak fungerer, men ikke uten hindringer. En god relasjon mellom fagperson og bruker kan være avgjørende for helsefremmende arbeid. Denne sykdommen kan påvirke brukerens grunnleggende behov. Derfor jobber psykisk helsearbeidere med å forebygge og sette inn tiltak for å fremme helsen til den enkelte. For at brukeren skal få høyere livskvalitet, trenger psykisk helsearbeidere kunnskap om hva som påvirker helsen deres. Helsefremming innebærer å ivareta fysisk og psykisk helse samt å

fremme velvære og livskvalitet. Hvordan kan en psykisk helsearbeider klare å jobbe motiverende, engasjerende og pågående opp mot en alvorlig psykose pasient? Oppfølgingen må gå i brukers tempo ellers vil en ikke klare å komme noe sted som helst. Spesielt vanskelig er det når brukeren «ikke vil» eller ikke klarer å forholde seg til sykdommen.

Regjeringen vil fra 2019 innføre betalingsplikt, for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern (Helsedirektoratet, utskrivningsklare pasienter). Fremdeles fordrere det forskjeller i praksis på når man opplever en pasient klar nok for å takle utfordringene i samfunnet. Man må bli enige om når en pasient er utskrivningsklar og man må forberede de som skal overta på en god måte. Artikkelsamlingen viser at dette klare man ikke i praksis, selv om det ligger føringer, (som Psykoseretningslinjene, 2013 og Sammen om mestring, 2014) og lover på at dette skal gjøres.

Willumsen & Halberg (2003) oppsummerte med at det generelt er det press på offentlig sektor om effektiv bruk av ressurser og krav om kvalitetssikring. De mener at press kan føre til bedre og mer effektive tjenester, men også motsatt at brukerne ikke får det de har krav på med hensyn til medvirkning. For eksempel kan press på utvikling av standardiserte løsninger bidra til mer effektiv bruk av ressurser. Samtidig kan det være en motsetning mellom standardiserte løsninger og behovet for fleksibilitet for å møte individuelle behov hos brukerne (Willumsen & Halberg 2003).

### *Avslutning*

Mitt bidrag gjennom denne studien, er økt kunnskap om bedringsprosessen til mennesker med alvorlig psykoselidelse sett opp mot statlige føringer. Videre så jeg på hvilke implikasjoner dette hadde for psykisk helsearbeid. For videre forskning tenker jeg at det er viktig å fortsette å gå ut og spørre brukerne hvordan de opplever tjenestene som blir levert fra hjelpeapparatet. Det fordrer store forskjeller i utøvelsen av tjenestene, kommune til kommune, så det å sammenligne for å lære av hverandre kunne vært interessant. Det kunne vært interessant og forsket videre på denne brukergruppen og spurt om de tiltak som blir tilbudt, er nyttige. Ang Pakkeforløpet (2019) tror jeg at det er en prosess som må modnes og brukes en stund før den kan evalueres. Enda er det endel som ikke har komnt skikkelig i gang med prosessen, dette vil nok ta litt tid. Men intensjonen har absolutt potensialer for å bli noe bra.

Med denne oppgaven håper jeg å kunne nå ut til alle de som jobber «tettest» på brukeren, og som synes at bedringsprosessen (recovery) tar tid. Det er viktig å ha fokus på at man jobber

med mennesker med store utfordringer og at man må ta en ting av gangen, i brukerens tempo. En kan kanskje vite hva som hjelper, men en skal ikke underkjenne at kanskje brukeren har en annen måte å tolke dette på. Det er ofte ikke bare ét svar eller løsning. Det viktigste er at brukeren har troen, bare da vil han klare å gjennomføre det.

Min forforståelse var at det ikke gikk så bra med de dårligste av de dårlige i kommunen. Slik jeg så det, så bodde de aleine og hadde lite innhold i hverdagen og fagpersoner har det ofte travel. Man ser brukerne gjerne langs gatene, og man tenkte at dette er uten mål og mening. Studien har gitt meg en forståelse av flere mekanismer som spiller inn i behandlingen til denne brukergruppen. Føringerne ligger der og viser vei for hvordan hjelpeapparatet kan jobbe, men jeg tror at dette må bli mer kjent hos de som jobber tettes på brukeren. Flere «tidligere» bruker står også fram og sier at de klarer seg og at de blir «friske». Så noen gjør noe riktig.

Nå har jeg tatt for meg artikler fra andre land enn Norge, for å belyse min problemstilling.. Forskning på dette nivå, gjør at forskere kan se på hverandres studier og lære mer, og sammenlikne med sin egen. Jeg har også sett at forskere på tvers av landegrenser samarbeider og dermed får man flere tolkninger.

## Litteraturliste

- Austgard, K., (2012). Hvorfor trenger vi humanistisk kunnskap i sykepleien? *Vård i Norden* 3/2012. PUBL. No. 105 Vol. 32 No. 1 PP 9-12
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3rd ed.) Maidenhead: *McGraw-Hill/Open University Press*
- Basso, L., Boggian, I., Carozza, P., Lamonaca, D. & Svettoni, A. (2016). Recovery in Italy: an update. *International Journal of Mental Health*, 45:1, 71-88, DOI: 10.1080/00207411.2016.1159891
- Berg, R. C., & Munthe-Kaas, H. (2013). Systematisk oversikter og kvalitativ forskning. *Norsk epidemiologi*.
- Bettany-Saltikov, J. og Mcsherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing*. Second edition. Open University Press.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske problemer. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 46, 452-459.
- Borg, M., Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner. Om bedringsprosessen ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Borg, M. og Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, 17(2): 129-140
- Borg, M., Karlsson, B. og Stenhammer A. (2013). Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. NAPHA Nasjonalt kompetansesenter for Psykisk helsearbeid. Rapport nr 4/2013.
- Borg, M. og Kristiansen, K. (2009). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13:5, 493-505. DOI 10.1080/09638230400006809



- 
- Davidson, L., Borg, M., Martin, I., Topor, A., Mezzina, R., and Sells, D. (2005). Processes of Recovery in Serious Mental Illness: Findings from a Multinational Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8: 177-201. DOI: 10.1080/15487760500339360.
- Davidson, L., Harding, C. & Spaniol, LeRoy (eds), (2005). Recovery from Severe Mental Illness. Research evidence and implications for Practice. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- De Ruyscher, C., Vandeveld, S., Vanderplassen, J., De Maeyer, J. & Vanheule, S. (2017). The concept of recovery as experienced by persons with dual diagnosis: a systematic review of qualitative research from first-person perspective. *Journal of dual diagnosis*, 13:4, 264-279, DOI: 10.1080/15504263.2017.1349977
- Direktoratet for e-helse (2019). Kodeverket ICD-10 (og ICD-11). <https://ehelse.no/standarder-kodeverk-og-referansekatalog/helsefaglige-kodeverk/kodeverket-icd-10-og-icd-11>
- Fause, Å. (2017). *Glimt fra sykepleiefagets historie*. Bergen. Fagbokforlaget. ISBN:978-82-450-1537-9
- Gee, L., Pearce, E. & Jackson, M. (2003) Quality of life in schizophrenia: a grounded theory approach. *Health and quality of life outcome*, Vol. 1, PP.31 DOI 10.1186/1477-7525-1-31
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Trondheim. Cappelen Damm AS. 1. utgave, 3. opplag 2017
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endring i statsbudsjettet for 1998. (St.prp. nr. 63 (1997-98).
- Helse- og omsorgsdepartementet (1998-2008). Psykisk helse – opptrappingsplan for psykisk helse
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2022). Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helsedirektoratet (2012) Samhandlingreformen. sist oppdatert 3 august 2018.

<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsedirektoratet (2014) Sammen om mestring

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/410/Sammen-om-mestring-Veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne-IS-2076.pdf.pdf>

Helsedirektoratet (2018). Pakkeforløp for psykisk helse og rus.

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Omsorgsbiblioteket (2001-2009) Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse: sluttrapport <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2500374>

Helsedirektoratet. Utskrivningsklare pasienter.

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>

Henderson, AR. (2010). A substantive theory of recovery from the effects of severe personsmental illness. *Int J Soc Psychiatry* 57:564-73.

Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L (2017). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag.

Kaite, C.P., Karanikola, M.N., Vouzavali, F.J.D., Merkouris, A. & Papatthanassoglou, E.D.E. (2016). The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC Psychiatry* 16:343

DOI 10.1186/s12888-016-1051-y

Karlsson, B., Borg, M., Revheim, T. Og Jonassen, R. (2013). To see each other more like human beings...from both sides. Patients and therapists going to a study course together. *International Practice Development Journal*, 3 (1).

Karlsson, B. og Borg, M. (2017). *RECOVERY Tradisjoner, fornyelser og praksiser*. Oslo. Gyldendal.

Karlsson, B. Og Borg, M. (2018). *Perspektiver på psykisk helse- og rusarbeid. Recovery, erfaringsbasert kunnskap og samarbeidsbasert kunnskapsutvikling*. Bergen. Fagbokforlaget.

- 
- Kogstad, RE; Ekeland T. -J; Hummelvoll, JK (2011). In defence of a humanistic approach to mental health care – recovery processes investigated with the help of clients' narratives on turning point and processes of gradual change. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, Vol.18(6),pp.479-86 DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01695.x
- Kommunal helse- og omsorgstjenesten. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2018-12-20-113 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>)
- Kringlen, E. (2012). *Psykiatri*. Oslo. Gyldendal Akademisk. 10. utgave, 2. opplag 2012.
- Kristiansen, G.H., Rydheim, S.H., Thyness E.M. (2013). *Drøm i våken tilstand*. Oslo. Abstrakt forlag AS.
- Landheim, A; Wiig, FL; Brendbekken, M; Brodahl, M. og Biong, S. (2016). *Et bedre liv. Historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmissbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo. Gyldendal Akademiske.
- Psykisk helsevernforordningen. (2011). Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (FOR-2017-05-11-562). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode. I Medisin og helsefag*. Oslo. Universitetsforlaget.
- Min, So-Young and Wong, Yin-Ling Irene (2015). Sources of social support and community integration among persons with serious mental illness in Korea. *Journal of mental health* 24(4):183-188. DOI: 10.3109/09638237.2015.1019045.
- Møller, P. (2018). *Schizofreni – en forstyrrelse av selvet. Forståelsens betydning for klinisk virksomhet*. Oslo. Universitetsforlaget
- Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet; 2013.IS-1957  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonalt-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>

Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016-2019)

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/nasjonalt-helse-og-sykehusplan2/id2461509/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Metodebok. Slik oppsummerer vi forskning (2014). Sjekkliste for kvalitative studier.

[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/k-handbok\\_11\\_vedlegg2\\_sjekklister.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/pasopp/brukererfaring/k-handbok_11_vedlegg2_sjekklister.pdf)

NAPA - 100 råd som fremmer recovery. <https://samforsk.no/Sider/Publikasjoner/100-råd-som-fremmer-recovery--En-veiledning-for-psykisk-helsepersonell-2--utgave.aspx>

Ness, O., Borg, M., Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*; 7:3, 107-11. DOI:10.1108/ADD-02-2014-0007

Noblit, G., og Hare, R. D. (1988). Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies. (Vol. 11). Newbury Park, Calif: *Sage Publications*.

Nåden, D., og Braute, E. (1992). *Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming i sykepleieforskning*. Oslo: Universitetsforlag

Towards recovery: living in a home-like setting after the move from a hospital ward. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.8(6),pp.663-674 <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1046/j.1365-2702.1999.00292.x>

Pejlert, A., Asplund, K. & Nordberg, A. (1999). Towards recovery: living in a home-like setting after the move from a hospital ward. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.8(6),pp.663-674. DOI: 10.1046/j.1365-2702.1999.00292.x

Petros, R., Solomin, P., Linz, S.J., DeCesaris, M. og Hanrahan, N. P. (2016) Capabilities approach: contextualizing participants' perspectives on systems barriers to recovery. *International Journal of Mental Health*, 45: 262-278. DOI: 10.1080/00207411.2016.1238742

- 
- Plan for psykisk helse (2016-2020) Gode liv i et inkluderende samfunn. <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/byradsavd-for-sosial-bolig-og-inkludering/9130/9183/article-141411>
- Plyhn, Einar (2019). Er det sykdom som dreper? *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Publisert 02.01.2019. Vol 56,1, 2019, s. 36-41. Einar Plyhn, etterlatt ved selvmord, forlagssjef og leder for Stiftelsen Humania
- Quah, SR. (2017). Partnership: The Missing link in the process of de-institutionalization of mental health care. *International Journal of Health*. Vol. 47(3) 532-549. DOI: 10.1177/0020731415615412
- Reinar, L.M. & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt. *Forskning* 03/10 <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/681694.pdf>
- Saavedra, J., Cubero, M. & Crawford, P. (2012). Everyday life, culture and recovery: care experiences in care homes for individuals with severe mental illness. *Cult Med Psychiatry* 36:422-441 DOI 10.1007/s11013-012-9263-1
- Solomon, P., Hanrahan, N.P., Hurford, M., DeCesaris, M. and Josey, LaKeetra. (2014). Lesson learned from implementing a pilot RCT of transitional care model for individuals with serious mental illness. *Archives of psychiatric nursing* 28 (2014) 250-255
- Slade, M. (2012). Everyday solutions for everyday problems: How mental health systems can support recovery. *Psychiatric services*, 63(7), 702-704. Doi:10.1176/appi.ps.201100521
- Slade M (2017) 100 råd som fremmer recovery - en veiledning for psykisk helsepersonell, oversatt av I. Wormdahl, L. B. Ødegaard og Ragnhild Krogvig Karlsen, Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- St.meld.nr.47 (2008-2009). Samhandlingreformen. Behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo, Gyldendal akademisk.

- Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S. & Davidson L. (2011). Not just an individual Journey: Social aspects of recovery. *International journal of social psychiatry*. VOL 57(1):90-99  
DOI 10.1177/0020764010345062
- Ulfseth, L.A., Josephsson, S. Og Alsaker, S. (2015). Social relations in everyday activities among patients with persient mental illness at a psychiatric centre. *Scandinavian Journal of Disability, Resarch*. Vol. 17. No 2, 99-114  
[Http://dx.doi.org/10.1080/15017419.2013.781959](http://dx.doi.org/10.1080/15017419.2013.781959)
- Willumsen, E. og Halberg, L. (2003). Interprofessional work with young people in residential care: som professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17, 4, s. 389-400.
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Youtube.com <https://www.youtube.com/watch?v=7wGD6hsjA4w&t=851s>).
- Aase, T. H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: Kvalitativt orientert metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

## Vedlegg 1 – Søkehistorikk for MEDLINE og PsykInfo

Search for; Abstracts, English language, Publication Year 1946-2018

1. Results: 81

Database: Ovid MEDLINE

Search Strategy:

2. psychotic\* or psychosis\* or schizoaffective\* or schizophren

(psychotic\* or psychosis\* or schizoaffective\* or schizophren).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]

Resultat 74669

3. (recovery\* or barrier\* or facilitator\*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]

Resultat 231875

4. ("first person perspective" or narrative or qualitative or intervju).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]

Resultat 199517

1 AND 2 AND 3 = 81

Search for: limit, all years, abstracts, test DOI, English language

Results: 331

Database: PsykInfo

Search strategy:

1. (psychotic\* or psychosis\* or schizoaffective\* or schizophren).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

Resultat: 80379

2. (recovery\* or barrier\* or facilitator\*).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

Resultat: 140230

3. ("first person perspective" or narrative or qualitative or intervju).mp. [mp=title, abstract, heading word, table of contents, key concepts, original title, tests & measures]

Resultat: 190968

1 AND 2 AND 3= resultat 331

limit 4 to (full text and english language and abstracts and test doi) Resultat: 21

## Vedlegg 2 – Ekskluderte artikler som ble lest i fulltekst

Ekskludert etter å ha lest i fulltekst	Årsak
Iredale, C., Fornells-Ambrojo, M., & Jolley, S. (2016) Psychological interventions for housebound people with psychosis: service user and therapist perspectives in South East	Fenomen (fra Cinahl og Medline) Undersøkte terapeutenes vurdering for psykologiske hjemmebesøk hos brukerne.
Stella R. Quah (2017)  Partnership: The Missing link in the process of de-institutionalization of mental health care	Fenomen (fra hånd søk)  Handler om familiens omsorgspersoner og deres byrde av omsorg.
CJhoe, K. (2014) Development and preliminary testing of the Schizophrenia Hope Scale, a brief scale to measure hope in people with schizophrenia	Design (Strategisk søk, Medline)  Undersøker egenskapene til en nyutviklet 9-punkts skale for måling av håp.
Hultsjø, S., Bertero, C. & Hjelm, K. (2009) Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care	Populasjon (Cinahl)  Her var det pårørende som var intervjuet.
de Jong et al  Jong, M. H., Oorschot, M., Kamperman, A.M., Brussard, P., Knijff, E.M., van de Sande, R., Van Gool, A.R. and Mulder, C.L. (2017). Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. Nederland.	Populasjon (fra PsykInfo)  Mangler brukerens perspektiv.
Javier Saavedra, Mercedes Cubero, Paul Crawford (2012)  EVERYDAY LIFE, culture and recovery: carer experiences in care home for individuals with severe mental illness	Fenomen (fra Medline, Cinahl, Web of science)  Mangler brukerens perspektiv.
Hossein Ebrahimi, Naeimeh, Seyedfatemi, og flere (2018)  Barriers of family caregivers coping with patients with severe mental illness in Iran	Populasjon (fra Cinahl)  Handler om pårørende.
Tindall, R. M., Simmons, M.B., Allott, K., Hamilton, B.E. (2017) Australia  Essential ingredient of engagement when working alongside people after their first episode of psychosis: A qualitative meta-synthesis	Design og fenomen (fra hånd søk)  En litteraturstudie som omhandler engasjement når man arbeider med folk etter deres første episode med psykose.



### Vedlegg 3 – kilde om databasene

Database	Kjennetegn ved databasen	Antall treff	Aktuelle artikler
Cinahl Utgiver: EBSCO Publishing	Indekserer i underkant av 3000 tidsskrifter innen sykepleie, helsefag og tilgrensende fagområder, fra 1981 til i dag. Mange artikler ligger i fulltekst. Den kumulative indeksen for sykepleiere og allierte helselitteratur er en omfattende og autoriserende ressurs for faglig litteratur om sykepleie, alliert helse, biomedisin og helsetjenester (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Den inkluderer mest tidsskriftartikler, noen bøker og bokkapitler, avhandlinger, konferanserapporter og standarder for praksis. Inneholder en del kvalitativ forskning og pasienterfaringer.	32	Petros et al (2016)  Min & Wong (2015)  Solomon, Hanrahan, Hurford, DeCesaris, & LaKeetra. (2014). Saavedra (2009)  Borg & Kristiansen, (2004) Borg & Davidson (2008) Borg. & Davidson (2007) Topor, Borg, Mezzina, Sells, Marin & Davidson (2006) Mezzina, Davidson, Borg, Marin, Topor, & Sells, (2006).
PsychInfo. Utgiver: American Psychological Association. Ovid-baser- søkeveiledning.	Referansedatabase (ikke fulltekst) for litteratur innen psykologi. De amerikanske psykologiske foreninger PsychInfo databasen registrerer faglig litteratur i psykologi og relatert fagområder, inkludert medisin, psykiatri, sykepleie, sosiologi, farmakologi, sosiologi og lingvistikk (Bettany-Saltikov & Mcsherry, 2016). Dekker faget fra 1800-tallet til i dag. Oppdateres ukentlig. (Helsebiblioteket).	32	Pejlert, Asplund & Nordberg (1999) Basson, Boggian, Garozza, Lamonaca. & Sveltini, (2016) Davidson, Borg, Marin, Topor, Mezzina & Sells (2005) Henderson, (2010) Mezzina, Davidson, Borg, Marin, Topor, & Sells, (2006).
Medline Utgiver: OVID Technologies	Verdens største referansedatabase innen medisin, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, helsestell og preklinisk vitenskap. Mange referanser har engelsk sammendrag.	535	Petros, Solomon, Kubz, DeCesaris, & Hanrahan, (2016) Kogstad, Ekeland, Hummelvoll, (2011) Borg. & Kristiansen, (2004) Biringer, Davidson, Sundøfr, Haldis, & Borg,(2016) Ness, Borg & Larry Davidson (2014)  C. De Ruysscher, Vandevælde, Vanderplassch, De Maeyer & Vanheule (2017) Henderson, (2010)  Gee, Pearch, & Jackson, (2003)
SveMed+ Karolinska Institutet.	Referanser til nordiske artikler fra ca. 170 tidsskrifter fra 1977 og framover, hvorav 27 er norske, innen medisin og helsefag. Noen fulltekst. Et nytteverktøy for medisinsk og helsefaglig litteratur på skandinaviske språk og om skandinaviske forhold (inn.no – bibliotek)	3	Ulfseth, Josephsson & Alsaker (2015)
Web of sciens	Internasjonale siteringsdatabase innen mange fagområder (inn.no – bibliotek).	15	Biringer, Davidson, Sundfør, Rudd, & Borg, (2016) Gee, Pearch, & Jackson, (2003)
Gjennomgang av referanselister fra andre artikler, lest i fulltekst		5	Gandhi, S., Gurusamy, J., Damodharan, D., Ganesan, V. & Palaniappan, M. (2018); Tindall, RM., Simmons, MB., jAllott, K. & Hamilton, BE (2017)

## Vedlegg 4 Sjekkliste for kvalitative studier

### SJEKKLISTE FOR KVALITATIVE STUDIER

Sjekkliste for kvalitative studier*		Ja	Uklart	Nei
1	Var spørsmålet/formålet godt beskrevet?			
Kommentar:				
2	Var det et tydelig og korrekt valgt studiedesign?			
Kommentar:				
3	Var studiens kontekst (miljø, bakgrunn, sammenheng) klar?			
Kommentar:				
4	Var studien knyttet opp mot et teoretisk rammeverk/større kunnskapsgrunnlag?			
Kommentar:				
5	Er valg av populasjon beskrevet, relevant og begrunnet?			
Kommentar:				
6	Er datainnsamlingen klart beskrevet og systematisk?			
Kommentar:				
7	Er dataanalysen klart beskrevet og systematisk?			
Kommentar:				
8	Er det gjort forsøk på å underbygge resultatene med andre informasjonskilder/ metoder?			
Kommentar:				
9	Er det samsvar mellom konklusjoner og resultater?			
Kommentar:				
10	Er relasjonen/rollen mellom forskers ståsted og studiens design og resultater diskutert?			
Kommentar:				

\*Basert på User's Guides for an article reporting the results of qualitative research in health care. Guyatt G, Rennie D, Mead MO, Cook DJ. User's guides to the medical literature, a manual for evidence-based clinical practice. Sec ed. 2008 American Medical Association. The McGraw-Hill Companies, Inc.

\* Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. HTA Initiative#13 – February 2004. <http://www.ahfmr.ab.ca/creba/forms/submission.pdf>

## Samlet kvalitetsvurdering av studiene (intern validitet) – kan anvendes for alle sjekklisterne

Kriterier møtt	Studiens kvalitet
Alle/ nesten alle kriterier møtt. Eventuelle svakheter kan ikke endre studiens konklusjon.	Høy kvalitet
Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt eller hvis kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Det antas likevel at det er liten sjanse for at svakheterne faktisk kunne ha endret studiens konklusjon.	Middels kvalitet
Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Svakheterne kan innebære at studiens konklusjon er gal.	Mangelfull/lav
Ingen kriterier møtt	Ekskluderes

Den samlede vurderingen omfatter også skjønn. Hva som er «nesten alle», «noen» og «få» kan variere noe fra oppsummering til oppsummering, men skal dokumenteres i rapporten.