

Karina Lunde

Momenter i personlig recovery ved psykoselidelse

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Kari Bøhle

Mai 2023

Karina Lunde

Momenter i personlig recovery ved psykoselidelse

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Kari Bøhle
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: Momenter i personlig recovery ved psykoselidelse

Introduksjon: Oppgaven baserer seg på tematikken psykoselidelse og personlig recovery. Personlig recovery er relativt nytt innenfor psykiatrien. Det blir sett på som et perspektiv som bør prege disse tjenestene, for å kunne nå målet om at brukeren skal være den viktigste aktøren.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hva personer med psykoselidelse selv trekker frem som momenter i deres personlige recoveryprosesser.

Metode: Denne oppgaven tar i bruk metoden litteraturstudie. Det blir benyttet fem forskningsartikler for å svare på problemstillingen.

Resultat: De fem inkluderte artiklene viste til resultater knyttet til flere ulike momenter i personlig recovery, som mennesker med psykoselidelser trakk frem i deres recoveryprosess. Resultatene ble kategorisert inn i hovedtemaer som dannet grunnlaget for diskusjonsdelen: 1. Psykologiske og relasjonelle aspekter ved recovery, 2. Kliniske recovery momenter, 3. Støtte og tiltak fra helsepersonell, 4. Sammenheng mellom personlige og kliniske recoveryprosesser.

Konklusjon: Personlig recovery ble trukket frem av deltakerne i studiene som en individuell og flerdimensjonal prosess. ICF-modellen ble benyttet for å se resultatene og presentert teori i et helhetsperspektiv, samt hvordan de ulike momentene i recovery da kunne påvirke hverandre. Momentene baserte seg på både personlige, kliniske og miljømessige faktorer. Økt opplevelse av personlig recovery ble tydelig assosiert med høyere klinisk fungering og livskvalitet, noe som viser til viktigheten av recoveryperspektivet i tjenestene til mennesker med psykoselidelser.

Nøkkelord: Personlig recovery, psykoselidelse, recoveryprosess, ICF-modellen

Antall ord: 7575

Abstract

Title: Areas in personal recovery with psychotic disorder

Introduction: The assignment is based on the subjects psychotic disorder and personal recovery. Personal recovery is relatively new within psychiatry. It is seen as a perspective that should characterize these services, in order to achieve the goal where the service users are the most important participants.

Purpose: The purpose of the assignment is to investigate what people with psychotic disorder themselves highlight as elements in their personal recovery process.

Method: This thesis uses literature study as method. Five research articles are used to answer the question addressed in this thesis.

Result: The five included articles referred to results related to several different aspects of personal recovery, which people with psychotic disorders highlighted in their recovery process. The results were categorized into main themes that formed the basis for the discussion section: 1. Psychological and relational aspects of recovery, 2. Clinical recovery aspects, 3. Support and intervention from healthcare professionals, 4. Connection between personal and clinical recovery processes.

Conclusion: Personal recovery was highlighted by the participants in the studies as an individual and multidimensional process. The ICF-model was used to see the results and presented theory in an overall perspective, as well as how the various areas in recovery could influence each other. The areas were based on both personal, clinical and environmental factors. Increased experience of personal recovery was clearly associated with higher clinical functioning and quality of life, which shows the importance of the recovery perspective in services for people with psychotic disorders.

Keywords: Personal recovery, psychotic disorders, recovery process, ICF-model

Number of words: 7575

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	4
1.1	<i>Begrunnelse for valg av tema</i>	4
1.2	<i>Avgrensning</i>	4
1.3	<i>Forforståelse</i>	5
1.4	<i>Oppgavens hensikt</i>	5
1.5	<i>Begrepsavklaring</i>	5
1.5.1	Personlig recovery	5
1.5.2	Recoveryprosesser	5
1.5.3	Psykoselidelse	6
1.6	<i>Oppgavens disposisjon</i>	6
2.0	Teori	7
2.1	<i>ICF-modellen</i>	7
2.2	<i>Psykoselidelser</i>	8
2.2.1	Antipsykotika	8
2.3	<i>Recovery</i>	8
2.3.1	Klinisk recovery	8
2.3.2	Personlig recovery	9
2.4	<i>Relasjonskompetanse</i>	10
3.0	Metode	11
3.1	<i>Fremgangsmåte</i>	11
3.2	<i>Søkehistorikk</i>	13
3.3	<i>Litteraturliste</i>	15
3.4	<i>Analyse av artiklene</i>	20
4.0	Resultat	22
4.1	<i>Psykologiske og relasjonelle aspekter ved recovery</i>	22
4.2	<i>Kliniske recovery momenter</i>	23
4.3	<i>Støtte og tiltak fra helsepersonell</i>	23
4.4	<i>Sammenheng mellom personlige og kliniske recoveryprosesser</i>	24
5.0	Diskusjon	25
5.1	<i>Personlig recovery: en flerdimensjonal prosess</i>	25
5.1.1	Personlig utvikling som en del av recoveryprosessen	26
5.1.2	Klinisk recovery som moment i personlige recoveryprosesser	28
5.2	<i>Metodediskusjon</i>	29
6.0	Konklusjon	31
7.0	Litteraturliste	32

1.0 Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Denne oppgaven baserer seg på tematikken psykoselidelse og personlig recovery. Helsedirektoratet viser i den nasjonale veilederen for psykisk helsearbeid «Sammen om mestring» til at perspektivet recovery bør prege tjenestene samtidig som at brukeren blir sett på som den viktigste aktøren (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Dette er i tråd med sykehusplanen for 2020-2023, der målet er å etablere pasientrettede helsetjenester, og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal være utgangspunkt (Meld. St. 7, (2019–2020), s. 7, 9). Brukermedvirkningen kan sees i sammenheng med lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) §3-1 (Helsedirektoratet, 2013, s. 23), og som en hovedregel gir dette brukerne en lovfestet rett til å medvirke i tjenestene de mottar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Denne rettigheten viser også til helsepersonellens plikt til å inkludere dem i tjenesteutformingen jf. helsepersonelloven (hpl.) §10 (Helsepersonelloven, 1999), og for at tjenestemottakerne skal kunne ta gode beslutninger trenger de nødvendig informasjon de kan basere valgene sine på jf. pbrl. §3-2 og §3-5 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Temaet for oppgaven er relevant for vernepleierkompetansen på bakgrunn av at vi kan arbeide i tjenester til personer med psykoselidelser der recoveryperspektivet blir benyttet. I tillegg har vernepleiere en helse- og sosialfaglig kompetanse som kan bidra i etableringen av et helhetlig perspektiv der ressurser, behov og rettssikkerhet hos tjenestemottakerne blir ivaretatt (Fellesorganisasjonen, 2017, s. 3, 7).

Recovery er et relativt nytt perspektiv innen de psykiske helsetjenestene (Helsedirektoratet, 2013, s. 29). På bakgrunn av dette ønsker jeg å utforske hva tjenestemottakere opplever og trekker frem i recoveryprosessene. Dermed vil denne litteraturstudien ha som mål å svare på problemstillingen: *Hvilke momenter i personlig recovery blir trukket frem av mennesker med psykoselidelse i deres recoveryprosesser?*

1.2 Avgrensning

Oppgaven fokuserer på den personlige forståelsen av recovery. Det blir ikke stilt noen kriterier for om personene med psykoselidelse skal være tilknyttet døgntilrettelagt behandling i institusjon, men er avgrenset til at de mottar en form for helsetjeneste og er over 16 år. I diskusjonsdelen kommer teori og resultater til å bli drøftet med utgangspunkt i ICF-modellen, for å synliggjøre helheten i besvarelsen av problemstillingen.

1.3 Forforståelse

Forforståelsen min baserer seg på oppfattelsen av at positive symptomer påvirker mennesker med psykoselidelse mest i det daglige. Der sen progresjon i behandlingssammenheng og minimalt energinivå er sammenfallende med å ha en annen virkelighetsoppfatning som tar mye krefter. Ved å være bevisst forforståelsen kan dette bidra til at oppgaven ikke blir like mye påvirket, eksempelvis i forbindelse med innhenting av datamateriale.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva personer med psykoselidelse selv trekker frem som områder i deres personlige recoveryprosess. På bakgrunn av dette kan det etableres en bredere forståelse for hva som oppfattes viktig for personene i deres bedringsprosesser. Basert på funnene kan helsepersonell i samarbeidssituasjoner tilegne seg kunnskap om hvilke momenter som er gjengående i personlig recovery, og dermed kunne bidra til å støtte oppunder disse i tjenestemottakernes recoveryprosesser.

1.5 Begrepsavklaring

Det vil gjennom oppgaven bli brukt ulike ord som refererer til det samme, for å få språklig variasjon som gir bedre leseflyt. Mennesker med psykoselidelser vil blant annet bli omtalt som personer med psykoselidelse, tjenestemottakere, pasienter og brukere. Personlig recovery vil også bli omtalt som recovery, da er det den personlige forståelsen oppgaven tar utgangspunkt i. Tjenesteytere vil i tillegg bli benyttet som benevnelse for helsepersonell.

1.5.1 Personlig recovery

Denne oppgaven vil basere seg på W. Anthony (1993) sin definisjon av personlig recovery. «Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. Recovery from mental illness involves much more than recovery from illness itself" (Anthony, 1993, s. 527).

1.5.2 Recoveryprosesser

Recoveryprosesser refererer til de prosessene som foregår i personlig recovery, og som personen selv tar en del i for å oppnå bedring og endring (Leamy et al., 2011, s. 449).

1.5.3 Psykoselidelse

Psykoselidelse er en overordnet betegnelse som viser til diagnoser som faller innunder diagnosemanualen ICD-10 sin kategorisering fra F20-F29. Her finner vi deriblant diagnosene schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser (World Health Organization, 2019), felles for disse er at det psykotiske symptomtrykket påvirker den daglige fungeringen (Helsedirektoratet, 2013, s. 129).

1.6 Oppgavens disposisjon

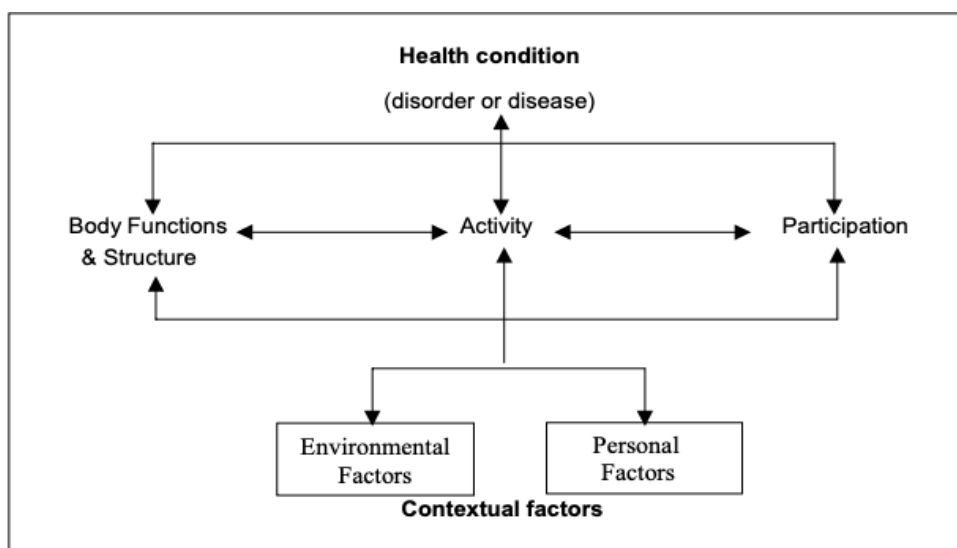
I kapittel 2.0 blir det presentert teori som er relevant for problemstillingen, både begrepet psykoselidelse og personlig recovery fra begrepsavklaringen blir her grundigere gjennomgått. Deretter i kapittel 3.0 vises det til den systematiske metoden som har blitt benyttet i litteraturstudien for å finne relevant litteratur tilknyttet problemstillingen. I kapittel 4.0 vil resultatene fra artiklene bli gjennomgått med bakgrunn i analysen som ble gjort i metodekapittelet. Diskusjonskapittelet (5.0) drøfter resultatene og presentert teori i lys av problemstillingen i et forsøk på å besvare den. I kapittel 6.0 vil sentrale funn og betydningen av disse bli presentert som konklusjon for oppgaven. Til slutt fremstilles litteraturlisten (7.0), som viser til anvendt litteratur i oppgaven.

2.0 Teori

Her presenteres teori som er relevant for problemstillingen, samt informasjon som bidrar til å etablere en forståelse for oppgaven.

2.1 ICF-modellen

ICF er forkortelse for internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, og fungerer komplementerende til diagnosevernet ICD-10 (World Health Organization, 2002, s. 2, 4). ICF-modellen presentert i figur 1 har en biopsykososial tilnærming, og integrerer både medisinsk og sosial forståelse av funksjonshemming. Verdens helseorganisasjon (WHO) viser til at disse forståelsesmodellene komplementerer hverandre når det er snakk om helse og funksjonsbegrensninger. Medisinsk forståelsesmodell trekker frem at funksjonsnedsettelse kommer som et resultat av sykdom, mens den sosiale forståelsen mener at funksjonsnedsettelsen er samfunnskapt og ikke er forårsaket av individet selv (World Health Organization, 2002, s. 8). ICF-modellen kan bidra til å vise helse og funksjonshemming i nytt lys (World Health Organization, 2002, s. 4). Vik (2004, s. 57) trekker frem at ICF-modellen kan være et utgangspunkt for samarbeid og forståelse, som kan bidra med å etablere et helhetlig syn på momenter som påvirker hverandre gjensidig. Dette i forbindelse med at modellen er dynamisk og viser til det komplekse samspillet mellom helsetilstand, omgivelser og personlige faktorer. Forståelse av helheten kan bidra til å synliggjøre områder som personer selv opplever som svekket. Helsepersonell kan i samspill med vedkommende etablere intervensjoner som kan støtte oppunder erfarne begrensninger og dermed bidra til å redusere funksjonsnedsettelsen (Vik, 2004, s. 59-60).



Figur 1: ICF-modellen. Hentet fra WHO "ICF-beginner's guide" (World Health Organization, 2002, s. 9)

2.2 Psykoselidelser

Psykoselidelser inkluderer som nevnt mangfoldige diagnoser, blant disse blir schizofreni sett på som den mest alvorlige psykoselidelsen da den ofte innebærer et langvarig og omfattende forløp (Helsedirektoratet, 2013, s. 133). De psykotiske symptomene ved psykoselidelser som påvirker den daglige funksjonen kan både være positive og negative. Positive symptomer viser til en realitetsbrist som representerer noe som vanligvis ikke er tilstede, det kan eksempelvis være sanseforstyrrelser slik som hallusinasjoner eller tankeforstyrrelser i form av vrangforestillinger. Negative symptomer viser på den andre siden til bortfall av normale funksjoner (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Det kan for eksempel være snakk om sosial tilbaketrekning, apati (manglende engasjement) og affektavflatning (manglende kommunikasjon av følelser gjennom kroppsspråket) (Helsedirektoratet, 2013, s. 130). «Negative symptomer har stor klinisk betydning fordi de vanligvis medfører sterkere reduksjon av funksjonsnivå enn positive symptomer» (Helsedirektoratet, 2013, s. 130). Affektive forstyrrelser altså symptomer på angst og depresjon kan også være symptom på psykoselidelse (Helsedirektoratet, 2013, s. 129). Helsedirektoratet (2013, s. 130) viser til at det kan være vanskelig å skille affektive symptomer fra negative symptomer da begge reduserer normale mentale funksjoner.

2.2.1 Antipsykotika

Antipsykotika er det legemiddelet som oftest blir benyttet i behandlingen av psykoselidelser. Hovedsakelig er den antipsykotiske effekten knyttet til reduksjon av positive symptomer, men det kan også observeres noe effekt på negative symptomer. Antipsykotika kan ha varierende effekt og brukes på ulike områder, dette basert på hvilken type legemiddel og dose som blir gitt. Den vanligste bivirkningen med antipsykotika er sedasjon, som vil si at en blir mer avslappet og trøtt (Norsk legemiddelhåndbok, 2015).

2.3 Recovery

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) viser til at det finnes flere former for recovery (Borg et al., 2013, s. 11). Det vil her bli gitt en kort beskrivelse av klinisk recovery, før det blir lagt hovedvekt på personlig recovery.

2.3.1 Klinisk recovery

Klinisk recovery er et behandlings- og resultatrettet perspektiv. Klinisk recovery er dermed opptatt av objektive mål på resultater av behandling, samt observerbare tegn på bedring som blir vurdert av fagpersoner (Slade, 2009, s. 35). Målet til denne definisjonen

av recovery er å bli helt frisk og symptomfri fra lidelsen (Borg et al., 2013, s. 16). Ved å se på recovery som et utfall kan det måles grader av bedring og bli brukt i empirisk forskning (Slade, 2009, s. 35-36), samt bidra til å etablere standardiserte mål som psykiske helsetjenester kan benytte (Borg et al., 2013, s. 16).

2.3.2 Personlig recovery

W. Anthony (1993) sin definisjon på personlig recovery som allerede har blitt presentert, viser i samsvar med Borg et al. (2013, s. 12) til at personlig recovery er en individuell og aktiv prosess. Deegan (1998) uttrykker at «in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do” (Deegan, 1988, s. 15). Mening i livet kan utvikles ved å etablere gode levestil, deriblant med å involvere seg i meningsfulle aktiviteter, lære strategier for å håndtere sykdomsrelaterte problemer, samt å ha støttende omgivelser. Hva som oppleves som god livskvalitet og meningsfullt er personlig, men ofte forbundet med å føle seg vel, være tilfreds med seg selv og med livet (Borg et al., 2013, s. 12, 18).

Slade (2009, s. 40) viser i tråd med definisjonen til W. Anthony (1993) at personlig recovery har en sammenheng med klinisk recovery, og Slade ser på klinisk recovery som en undergruppe i den personlige recoveryprosessen. Han trekker frem at noen personer kan oppleve personlig recovery når de får behandling, og dermed er klinisk recovery et viktig element i de psykiske helsetjenestene (Slade, 2009, s. 40). En oversiktsstudie av Leamy et al. (2011, s. 449) knyttet til personlig recovery i psykisk helsevesen resulterte i funn av flere momenter som inngikk i recoveryprosesser. Det resulterte i akronymet CHIME som står for «connectedness; hope and optimism about the future; identity; meaning in life; and empowerment» (Leamy et al., 2011, s. 449). Ved å ta utgangspunkt i de ulike momentene akronymet CHIME presenterer kan tjenestemottakere evaluere recoveryopplevelsen deres i forbindelse med dem, samt helsepersonell kan benytte områdene for kartlegging (Leamy et al., 2011, s. 450). Selv om personlig recovery er vanskelig å empirisk utforske og operasjonalisere, har det høy validitet. Dette på bakgrunn av at det kommer fra erfaringer hos personer med psykisk sykdom som beskriver seg selv som i bedring eller friske (Slade, 2009, s. 39).

Empowerment begrepet blir presentert som en del av CHIME (Leamy et al., 2011, s. 449), er en prosess som understøtter at brukeren er den viktigste aktøren.

Empowerment kan bli oversatt til myndiggjøring eller egenkraftmobilisering (Helsedirektoratet, 2014, s. 30-31). Empowerment handler om å involvere og bygge på vedkommende sine ressurser og mestringsevne, slik at en kan gjenvinne kontroll over

eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 18). Det handler altså om maktoverføring tilbake til personen selv (Brask et al., 2016, s. 74). Brukermedvirkning henger tett sammen med empowerment, da dette er et viktig element for å kunne delta i valg og vurderinger knyttet til seg selv og på sikt bli i stand til å ha kontroll over eget liv (Helsedirektoratet, 2014, s. 31).

2.4 Relasjonskompetanse

Kommunikasjon tilpasset forståelsesnivået til brukere og å samtidig ivareta hensikten med samhandlingen er fundamentale faktorer i relasjonskompetansen (Aubert & Bakke, 2018, s. 24). Denne kompetansen avspeiles i måten samhandlingen opptrer og fungerer på (Aubert & Bakke, 2018, s. 29). En god og fortrolig relasjon har betydning for utfallet av behandling i psykiske helsetjenester. I disse relasjonene blir det vist til at kommunikasjon, empati, respekt, trygghet, formidling av håp og realistisk optimisme bidrar positivt inn (Helsedirektoratet, 2013, s. 28-29). Relasjonen mellom helsepersonell og tjenestemottakerne legger grunnlaget for etableringen av en meningsfull samhandling (Aubert & Bakke, 2018, s. 220), og helsepersonell kan dermed innta partnerrollen (Brask et al., 2016, s. 63). Partnerrollen handler om samhandling på individnivå der ressurser og mestringsmuligheter er i fokus (Brask et al., 2016, s. 41). En ressursorientert tilnærming åpner flere muligheter enn ved en problemorientering (Brask et al., 2016, s. 49), og ved å tilrettelegge for ressursene til tjenestemottakerne kan det øke muligheten for mestringsopplevelse og økt livskvalitet (Brask et al., 2016, s. 68). Ved å innta partnerrollen ønsker en å jevne ut den skjeve maktfordelingen som ligger i alle hjelperelasjoner. Dette kan gjøres med å legge til rette for brukermedvirkning og selvbestemmelse, noe som igjen kan føre til en opplevelse av deltakelse og likeverd hos tjenestemottakerne (Brask et al., 2016, s. 64-65).

3.0 Metode

Litteraturstudie benyttes som metode i oppgaven, der litteratursøk danner grunnlaget for å belyse problemstillingen: *Hvilke momenter i personlig recovery blir trukket frem av mennesker med psykoselidelse i deres recoveryprosesser?* Dette er en systematisk prosess som kan baseres på trinnene til Thidemann (2019, s. 78), for å finne relevant forskningslitteratur på en strukturert og systematisk måte. Systematikken viser til at innsamlet litteratur blir kritisk analysert før det blir inkludert som en del av datamaterialet, dette for å sikre god validitet i besvarelsen av problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

3.1 Fremgangsmåte

Søkeprosessen startet i form av flere innledende litteratursøk i PubMed for å få en oversikt over omfanget av litteratur på tematikken i problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 81). Det ble gjort søk på ordene «schizofreni», «psykoselidelse» og «personlig recovery», både på norsk og engelsk. Resultatene av de innledende søkene bidro til at engelsk ble valgt som språk grunnet at dette ga flere treff, samt at nye synonymbegreper ble etablert og senere brukt i de systematiske søkene.

«Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert og etterprøvbart» (Thidemann, 2019, s. 82), noe som et PICO-skjema bidrar til. PICO-skjema ble etablert og benyttet som et verktøy for å konkretisere og systematisere søkeordene som ble benyttet i de systematiske litteratursøkene. I tillegg ble PICO rammeverket nyttig i den iterative prosessen som systematiske litteratursøk krever (Thidemann, 2019, s. 82). Tabell 1 inspirert av Thidemann (2019, s. 84) viser til det etablerte PICO-skjemaet der de utarbeidede hoved søkeordene er representert. Siden problemstillingen ikke tar for seg noen sammenlikning ble «Comparison» ikke benyttet. Det ble også utarbeidet tesaurus ord basert på fritekstordene ved bruk av MeSH og Emtree, slik at de standardiserte emneordene kunne bidra til enda mer spesifiserte treff i det systematiske litteratursøket (Thidemann, 2019, s. 86).

Tabell 1: PICO-skjema

	Population/Patient/ Problem Hvem?	Intervention Hva?	Comparison Alternativer	Outcomes Resultater
Norske fritekstord:	Schizofreni Psykoselidelse Psykose	Personlig recovery Recovery prosess Recovery Bedring	-	Opplevelser Levd erfaring Pasient erfaringer
Fritekstord:	Schizophrenia Psychotic Disorders Psychosis Psychoses	Recovery Personal recovery Recovery process Mental health recovery	-	Lived experience Life experience Patient experience
Thesaurus - ord:	Schizophrenia (MeSH og Emtree) Psychotic Disorders (MeSH) Psychosis (Emtree)	Mental health recovery (MeSH og Emtree)	-	

For å avgrense mengden litteratur ble det etablert inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene som ble gjennomført (Thidemann, 2019, s. 83-84), disse presentert i tabell 2.

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Nyere forskning - siste 10 år	Eldre forskning - over 10 år gamle
Psykoselidelser ut i fra ICD-10 (F20-F29)	ROP lidelser
IMRaD struktur	Ikke IMRaD struktur
Fagfellevurdert artikkel	Ikke fagfellevurdert artikkel, reviewartikler, metaanalyser og protokollartikler
Personer over 16 år	Personer under 16 år
Engelsk skriftspråk	Annet skriftspråk enn engelsk

AND og OR ble benyttet som søkestrategi for å kombinere flere ord sammen i søkene. OR ble benyttet mellom søkeordene som var synonyme eller hadde likheter med hverandre, noe som gir et bredere søk. AND ble benyttet mellom de ulike radene i PICO-skjemaet for å spesifisere søkene, altså at søket eksempelvis skulle inneholde: Psychotic Disorders (P) AND Personal recovery (I) AND Lived experience (O). Trunkering ble ikke benyttet da dette utvider søkene, og det ble vurdert som unødvendig på bakgrunn av at søkene ikke ga for få treff (se tabell 3) (Thidemann, 2019, s. 87-88).

Databasene PubMed, Embase, Web of Science og Cinahl ble brukt og det vises søkehistorikk til disse i tabell 3. I de ulike søkedatabasene ble det også gjort individuelle begrensninger for å få best mulig treff. PubMed er en stor database som tar for seg vitenskapelige publikasjoner innenfor medisin og helse. Her ble søkeordene som ikke var thesaurusord begrenset til å måtte stå i teksten (Text Word) for å komme opp i søket. I

søket i Embase ble det inkludert flere synonymer for fritekstordene, dette for å prøve å fange opp artikler som ikke hadde blitt funnet i tidligere søk (Thidemann, 2019, s. 88). Web of Science er også en stor database som inneholder alle fagområder, dermed ble dette søket svært spisset for å få et begrenset antall treff. Blant annet måtte alle søkeordene stå i «topic», altså enten i tittel, sammendrag eller være oppført som nøkkelord. I tillegg ble «Intervention» fra PICO-skjemaet begrenset til å kun inkludere fritekstordet «personal recovery». Søket i Cinahl ble gjort på samme måte som i Embase, dette også for å forsikre seg om at de mest aktuelle artiklene allerede var funnet (Thidemann, 2019, s. 88).

Artikler som passet inklusjonskriteriene og hadde aktuelle sammendrag, altså som inneholdt personlig recovery ut i fra et brukerperspektiv, ble skimlet basert på IMRaD-strukturen. Deretter ble det gjort en vurdering om artiklene skulle bli lest grundigere (Thidemann, 2019, s. 90). I utvelgelsesprosessen av de fem vitenskapelige artiklene ble de også dobbeltsjekket for fagfelleevaluering ved bruk av kanalregisteret, der en søkte opp om tidsskriftet artiklene var publisert i var godkjent som vitenskapelig publiseringskanaler (nivå 1 eller 2) (Kanalregisteret, u.å). I den grundige gjennomlesningen ble en kritisk vurdering av kvaliteten på artiklene undersøkt ut i fra sjekklister og artiklene ble deretter vurdert som aktuelle eller ikke (Thidemann, 2019, s. 91). Av de fem utvalgte artiklene var tre basert på kvalitativ metode (Mathew et al., 2023; Møllerhøj et al., 2020; Nowak et al., 2017) og to artikler var kvantitative i form av tverrsnittstudier (Skar-Frøding et al., 2021, 2022). Det ble benyttet sjekklister for kvalitativ metode og tverrsnittstudie fra Helsebiblioteket i den kritiske vurderingen av artiklene, og alle artiklene ble vurdert som godkjent ut i fra spørsmålene i sjekklister (Helsebiblioteket, 2016).

3.2 Søkehistorikk

Søkehistorikken i tabell 3 viser til når søkene ble gjort, nummer i søkerekken, søkedatabasene som har blitt brukt, søkeord og ordkombinasjoner, avgrensninger, antall treff, leste abstrakt og leste artikler. Alle disse detaljene er med slik at søket kan være etterprøvbart (Thidemann, 2019, s. 89). Thidemann (2019, s. 89) viser også til at søk i flere databaser kan gi samme treff på noen artikler, dette skjedde også i søkene nedenfor. Flere artikler gikk igjen, og tabellen viser dermed til mindre leste sammendrag og artikler basert på søkenummeret da kun nye treff ble inkludert. Søk nr. 5 i Cinahl viser spesielt til dette, da flere allerede leste sammendrag og artikler kom som treff i det systematiske søket. Dette kan blant annet vise til at mye av omfanget rundt tematikken allerede har blitt representert i de tidligere søkene. Søkehistorikken blir her presentert i

en tabell, grunnet at dette gir oversikt over systematikken litteratursøkene ble gjennomført i.

Tabell 3: Søkehistorikk

Søkedato	Søk nummer	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
14.04.23	1	PubMed	Schizophrenia OR Psychotic Disorders OR Psychosis OR Psychoses AND Mental health recovery OR Personal recovery OR Recovery process	2013-2023 Fagfelleverdert	309	32	6	2 Artikkel 1 og 2
14.04.23	2	PubMed	Schizophrenia OR Psychotic Disorders OR Psychosis OR Psychoses AND Mental health recovery OR Personal recovery OR Recovery process AND Patient experience OR Lived experience	2013-2023 Fagfelleverdert	34	6	1	0
20.04.23	3	Embase	schizophrenia OR psychotic disorders OR psychosis OR psychoses AND personal recovery OR recovery process OR mental health recovery OR individual recovery OR recovery journey OR recovery stages OR recuperation OR rehabilitation OR wellbeing AND lived experience OR patient experience	2013-2023 Fagfelleverdert	69	4	3	2 Artikkel 3 og 4
21.04.23	4	Web of Science	Schizophrenia OR Psychotic Disorders OR Psychosis OR Psychoses AND Personal recovery AND Lived experience OR Life experience OR Patient experience	2013-2023 Fagfelleverdert	204	20	2	1 Artikkel 5
24.04.23	5	Cinahl	Schizophrenia OR psychotic disorders OR psychosis OR Psychoses AND personal recovery OR recovery process OR mental health recovery OR Individual recovery OR Recovery journey OR Recovery stages OR Recuperation AND Lived experience OR Patient experience	2013-2023 Fagfelleverdert	115	8	0	0

3.3 Litteratormatrise

Litteratormatrisene (tabell 4-8) viser en oversikt over innholdet i de utvalgte artiklene, og det ble tatt utgangspunkt i Thidemanns oppsett i utarbeidelsen av disse (Thidemann, 2019, s. 95). Matrisene er vedlagt i tabeller nedenfor for å vise til strukturen og systematikken oppgaven ble utført i.

Tabell 4: Artikkel 1

Artikkel nr: 1	Skar-Frøding, R., Clausen, H. K., Salytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Sverdvik Heiervang, K. (2021). The Importance of Personal Recovery and Perceived Recovery Support Among Service Users With Psychosis. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 72(6), 661–668. https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000223
Full referanse	
Hensikten med studien	Utforske om CHIME-rammeverket blir sett på som viktig for personer med psykoselidelse, og om det er noen forskjeller hos tjenestemottakerne som rangerer viktigheten ulikt. Hvor mye støtte de fikk til personlig recovery og hva deltakerne oppfatter som støttende ble også undersøkt.
Metode	Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie som tar utgangspunkt i baseline data fra Norge som har blitt etablert i en randomisert studie. Deltakerne har svart på ulike spørreskjemaer om blant annet opplevd støtte fra helsepersonell, livskvalitet, fungering og symptomtrykk.
Utvalg/ populasjon	Datagrunnlaget inkluderte 321 personer som har psykoselidelse ut i fra ICD-10 og var over 16 år. Personer ble ekskludert fra studien hvis de ikke klarte å forstå eller svare på norsk stilte spørsmål.
Hovedfunn/ resultater	Personlig recovery ble vurdert som viktig (66%-91%) av deltakerne som deltok i studien, og dette uavhengig av alder, etnisitet, symptomtrykk, funksjonsnivå og tid i psykisk helsevesen. Å ha positive relasjoner til andre fikk den høyeste skåren fra deltakerne med 91%. Undersøkelsene viste til en middels skår relatert til opplevelse av støtte fra helsepersonell. Det ble vist til at dem som hadde deltatt på IMR (illness management and recovery) den siste tiden krysset av for høyere opplevd støtte relatert til personlig recovery. De som opplevde minst støtte fra helsepersonell og viste til dårligst personlig recovery var menn, som hadde høyt rapporterte depresjonssymptomer og lav fungering knyttet til symptomene. Dette til tross for at de hadde rapportert at personlig recovery var like viktig for dem.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Det var mange som deltok i studien, og disse kom fra flere ulike avdelinger i Norge. Noe som gjør at resultatene kan generaliseres i større grad til psykiske helsetjenester for personer med psykoselidelser. Svakheter: Det manglet svar fra noen av deltakere knyttet spørreundersøkelsene, noe som gjorde at et tilfeldig nummer ble trukket og brukt for å erstatte det tapte datamaterialet. Deltakerne ble heller ikke valgt tilfeldig, dermed vil kanskje ikke resultatene representere hele populasjonen i Norge som har en psykoselidelse.
Relevans	Denne artikkelen er relevant for problemstilling fordi personer med psykoselidelser får rangere hva som er viktig for dem når det kommer til personlig recovery og om det i det hele tatt er viktig. Samtidig vurderer de også graden av støtte de opplever fra helsepersonell.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er godkjent av "Regional Committee of Medical and Health Research Ethics" og følger prinsippene fra "Declaration of Helsinki". Tjenestemottakerne måtte også skriftlig samtykke til studien for å kunne delta.

Tabell 5: Artikkel 2

Artikkel nr: 2	Skar-Frøding, R., Clausen, H., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & S Heiervang, K. (2022). Associations between personal recovery and service user-rated versus clinician-rated clinical recovery, a cross-sectional study. <i>BMC psychiatry</i> , 22(1), 42. https://doi.org/10.1186/s12888-022-03691-y
Full referanse	
Hensikten med studien	Undersøke relasjonen mellom personlig recovery som blir rapportert av tjenestebrukere og klinisk recovery som blir vurdert av både personene selv, men også klinikere.
Metode	Kvantitativ studie. Tverrsnittstudie som baserer seg på baselinedata hentet fra en norsk randomisert studie.
Utvalg/ populasjon	Det var 318 tjenestebrukere som passet inklusjonskriteriene, altså var over 16 år, var diagnostisert med psykoselidelse etter ICD-10 og hadde fylt ut undersøkelsene. De deltakende klinikerne i studien var de som hadde nærmest relasjon til pasienten og var ansvarlige for behandlingen deres. Det var en overvekt av menn (59%), samt flest deltakere med diagnosen schizofreni (53%).
Hovedfunn/ resultater	Resultatet av pasientrapportert klinisk og personlig recovery var at høyere generell vurdering av klinisk recovery tydelig hadde sammenheng med høyere vurdering av personlig recovery. Spesifisert viste lav score av depresjon og selvskading, samt færre problemer med relasjoner tydelig til høyere nivå av personlig recovery. Klinikerne sin vurdering av høyere klinisk recovery var også assosiert med høyere personlig recovery som var brukerrapportert. Mindre problemer med relasjoner ble også her vurdert som vesentlig for høyere personlig recovery. Det vises her til sammenheng mellom klinikerne og pasientenes vurdering av klinisk recovery, men personlig recovery var tydeligere relatert til pasientenes opplevelse og vurdering av klinisk og personlig recovery. Hverdagsmestring, mindre depressive symptomer, relasjoner, håndtering av sosiale situasjoner og å ikke selvskade seg ble vurdert som områder som støtter oppunder høyere klinisk og personlig recovery.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Deltakerne i studien kom fra flere steder i Norge, noe som kan gjøre resultatene mer generaliserbart. Svakheter: Deltakerne ble ikke tilfeldig valgt ut, så det kan være resultatene ikke samsvarer til alle personer med psykoselidelse i Norge. Det ble heller ikke innhentet demografiske detaljer, og må bli sett på som en begrensning.
Relevans	Artikkelen er relevant da den ser på sammenhenger mellom klinisk og personlig recovery, både sett på fra personer med psykoselidelse sin side, samt klinikere sitt perspektiv. Det blir her vist til en kobling mellom klinisk og personlig recovery og at de korresponderer med hverandre. Relasjoner blir også spesifikt trukket frem av begge parter, noe som viser til relasjoners viktighet i recoveryprosesser og dermed viktigheten med å støtte og tilrettelegge for etableringen av disse relasjonene.
Redegjort for etiske overveielser	Studien er godkjent av «Regional Committee of Medical and Health Research Ethics», og følger prinsippene lagt ned i «Declaration of Helsinki». Deltakerne måtte gi skriftlig samtykke for å delta, og alle hadde blitt vurdert til å kunne avgi et gyldig samtykke.

Tabell 6: Artikkel 3

Artikkel nr: 3	Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E., & Rise, M. B. (2020). "I live, I don't work, but I live a very normal life"-A qualitative interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic medication, and personal recovery processes. <i>Perspectives in psychiatric care</i> , 56(2), 371–378. https://doi.org/10.1111/ppc.12444
Full referanse	
Hensikten med studien	Viser til brukererfaringer hos personer med schizofreni. Der deres oppfatning av psykiske lidelser kommer frem, grunnen til at de tar antipsykotisk medisin og hvordan deres møte har vært med det psykiske helsevesenet.
Metode	Kvalitativ metode, der semistrukturerte intervju med bruk av åpne spørsmål ble benyttet.
Utvalg/ populasjon	Inkluderingskriterier for å delta i studien var diagnosen schizofreni ut i fra diagnosemanualen ICD-10 og 2 injeksjoner med det antipsykotiske legemiddelet PP3M (paliperidone palmitate 3-monthly). De kunne ikke være innlagt på tvangsbehandling, og måtte også kunne delta på enten norsk, svensk eller dansk. Det var 24 deltakere fordelt mellom Norge (2), Sverige (7) og Danmark (15), der 8 av disse var kvinner.
Hovedfunn/ Resultater	<p>Medisin: Noen av deltakerne ønsket å klare seg uten medisin, men hadde erfart at det var nødvendig for å forhindre regresjon. Det vises også til at medisin er med på å minne dem på at de er syke. Gode og trygge relasjoner til helsepersonell var viktig når de skulle starte med depot medisiner.</p> <p>Fungering og livskvalitet: Noen deltakere hadde enda positive symptomer, og flere hadde også negative symptomer der de hadde problemer med motivasjon, initiativ, redusert energi, sosial interaksjon og sosial tilbaketrekning. Deltakerne i studien skåret egen livskvalitet til å i snitt være i det øvre sjiktet. Selv om de hadde redusert funksjon på ulike områder grunnet de negative symptomene var de enda ganske fornøyde med livene sine. Deltakerne trakk også frem at en ikke trenger å være i jobb for å ha et meningsfullt liv, da meningsfulle aktiviteter og nettverk var like viktig. Behandlingsmessig ble psykoedukasjon trukket frem som et viktig tiltak. Der lærte de om egne signaler på regresjon, samt hvordan en skulle roe ned og redusere stress. Det ble gitt eksempler på at strategier for å leve med stemmene i hodet var viktig for noen deltakere.</p> <p>Tro til helsetjenestene: Noen deltakere viste til at kombinasjonen av kjent personale i helsetjenestene, troverdige relasjoner, terapeutiske samtaler og antipsykotisk medisin over flere år bidro til recovery. Det ble gjentatt av flere deltakere at tro til helsetjenesten var essensielt i deres recoveryprosess, og konkretiserte at det kunne ta år for å bygge opp troverdige, utholdende og tillitsfulle relasjoner.</p>
Kvalitets- vurdering	<p>Styrker: Studie som går på tvers av flere land, selv om det var skjevfordeling av antall deltakere fra de ulike landene.</p> <p>Svakheter: Studien inkluderte ikke personer som ikke ønsket å bytte til PP3M medikamentet, eller pasienter som hadde bestemt seg for å stoppe denne behandlingen.</p>
Relevans	Artikkelen er relevant fordi den belyser ulike sider av problemstillingen, blant annet med at det ikke alltid trenger å være fullstendig sammenheng mellom kliniske symptomer og hvordan personer opplever livskvaliteten sin. Samtidig viser artikkelen til områder som personer med psykoselidelse trekker frem som viktige i deres recoveryprosess, slik som en god relasjon til helsepersonell.
Redegjort for etiske overveielser	Studien ble godkjent av de skandinaviske myndighetene. Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien før de signerte samtykkeskjema.

Tabell 7: Artikkel 4

Artikkel nr: 4	Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M., & Anczewska, M. (2017). A Qualitative Study of the Subjective Appraisal of Recovery Among People with Lived Experience of Schizophrenia in Poland. <i>The Psychiatric quarterly</i> , 88(3), 435–446. https://doi.org/10.1007/s11126-016-9459-6
Full referanse	
Hensikten med studien	Utforske definisjoner av recovery som personer med schizofreni i Polen har ut i fra deres erfaringer som tjenestebrukere, samt høre deres anbefalinger om hva som burde bli tatt med i planleggingen av recoveryorienterte intervensjoner.
Metode	Kvalitativ studie med utgangspunkt i 4 semistrukturerte fokusgruppeintervjuer.
Utvalg/ populasjon	For å få et mer helhetlig og bredere bilde av personer med schizofreni sin opplevelse av recovery ble deltakerne valgt ut i fra fire ulike settinger. Noen var innlagt, andre var i behandling på dagtid, noen deltok på dagsenter og samfunnsteam. Inklusjonskriteriene var: diagnosen schizofreni ut i fra ICD-10, over 18 år, ikke ha kormorbide lidelser, samt hadde kognitiv kapasitet til å delta. Det var 28 deltakere som ble plukket ut og alle var klinisk stabile i tiden fokusgruppene ble gjennomført.
Hovedfunn/ resultater	<p>Psykologisk dimensjon i recovery: Deltakerne viste til at recovery var en reise og handlet om å etablere en ny identitet med sykdommen, finne mening og akseptere situasjonen sin og kjenne på emosjonelt velvære. Velvære ble sett på som å ha det bra med seg selv, og noen deltakere presiserte at medisiner kan være en viktig hjelp her. Ved identitetsendring ble motivasjon, sykdomsbevissthet og personlig utvikling trukket frem. Innunder dette lå underpunkter knyttet til å etablere et positivt selvbilde, selvtillit, håndtere stigmatisering og utvikling av empowerment.</p> <p>Relasjon til andre: Deltakere viste til viktigheten av å ha kontakt med andre, være med på sosiale aktiviteter og utvikle relasjoner. De trakk selv sammenhenger her til at det var en del av den personlige utviklingen.</p> <p>Bedringsstrategier: Deltakere trakk frem bedringsstrategier slik som å være aktiv, håndtere symptomer og å ha en sunn livsstil som viktig.</p> <p>Klinisk forståelse av recovery: Det ble trukket frem at fravær/minskning av symptomer og mindre vanskeligheter relatert til sykdommen var områder av viktighet i en recoveryprosess. Medisin ble også sett på som viktig av flertallet, men deltakerne hadde varierte opplevelser knyttet til virkning og bivirkninger.</p> <p>Støttesystemer: Deltakerne viste til at støttesystemer var viktig i deres recoveryprosess. Derav ble tilgang til psykiske helsetjenester og kvalitet i relasjonen til helsepersonell ble sett på som en trygghet. Noen av deltakerne konkretiserte at åpenhet, kontakt, aksept, partnerskap og vennlige relasjoner var essensielle områder i tjenestene.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Intervju som kvalitativ metode ble brukt, noe som samsvarte med den utforskende hensikten til studien.</p> <p>Svakheter: Det burde vært et oppfølgingsmøte der funnene ble delt med deltakerne slik at de kunne validere dem, samt ha individuelle intervjuer for å få mer spesifikk data fra den enkelte og for å sikre at informasjon ikke ble tapt grunnet gruppesettingen i fokusgruppene.</p>
Relevans	Denne artikkelen er aktuell for problemstillingen da den viser til områder som personer med psykoselidelse trekker frem i sin recoveryprosess. I tillegg kan det trekkes paralleller fra resultatene til hva en som helsepersonell kan bidra med å støtte oppunder i pasienters recoveryprosesser.
Redegjort for etiske overveielser	Etisk godkjenning ble gitt av «Bioethics Committee fra Institute of Psychiatry and Neurology». Alle deltakerne ga et informert samtykke. De ble også minnet på om deres rettighet til å trekke seg fra studien, samt taushetsplikten studien hadde når det kom til deltakernes personlige opplysninger.

Tabell 8: Artikkel 5

Artikkel nr: 5	Mathew, S. T., Nirmala, B. P., & Kommu, J. V. S. (2023). Personal meaning of recovery among persons with schizophrenia. <i>The International journal of social psychiatry</i> , 69(1), 78–85. https://doi.org/10.1177/00207640211068370
Full referanse	
Hensikten med studien	Studere personer med schizofreni sine egne meninger om recovery.
Metode	Kvalitativ studie i form av semistrukturerte intervju.
Utvalg/ populasjon	Deltakerne kom fra Bengaluru i India. De måtte ha diagnosen schizofreni ut i fra ICD-10, og hatt diagnosen i over 1 år. De måtte også føle at de var «recovering/recovered» fra sykdommen. Det siste inkluderingskriteriet var at de hadde en GAF måling på 65 eller over, dette viser til at de har en relativt god fungering. 20 deltakere ble inkludert, hvorav 16 menn og 4 kvinner i alderen 23-47 år.
Hovedfunn/ resultater	<p>Alle deltakerne hadde egne perspektiver på hva recovery betydde for dem. Områdene som gikk igjen mellom deltakerne ble satt sammen til hoveddomener for å kunne oppnå recovery, og personlige erfaringer knyttet til disse.</p> <p>Ikke ha (dominerende) symptomer: Nesten alle deltakere viste til at dette var det viktigste kriteriet, og noen deltakere presiserte følelse av recovery når de klarte å kontrollere deres positive symptomer.</p> <p>Gjenvinne fungering: Deltakerne viste her til ønske om å gjenvinne både biologisk, kognitiv og sosial fungering. Å fungere i dagliglivet i form av ADL-aktiviteter, utføre plikter og opprettholde et aktivt sosialt liv ble presisert som viktig.</p> <p>Klare å arbeide: Dette området henger sammen med det ovenfor. Flertallet viste til at å være ansatt ga dem en følelse av uavhengighet, samt mestingsfølelse av å kunne prestere på jobb. Selv om de fleste deltakerne stod uten arbeid ved intervjuene, var dette et mål og ønske i fremtiden. Kun en deltaker viste til at jobb ikke var obligatorisk for recovery.</p> <p>Ingen medisiner: Alle deltakere stod på medisiner. Flere deltakere mente at de kunne stoppe å ta medisiner når de følte seg friske, dette grunnet at medisin ble sett på som et tegn til sykdom, samt at de ikke ønsket å bekymre seg over bivirkninger. Noen av dem viser blant annet til at medisiner har hjulpet dem på veien med symptomene sine og økt funksjon, men ønsker enda å slutte på disse etterhvert.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Artikkelen viser ikke selv til styrker eller svakheter.</p> <p>Styrker: Kvalitativ metode blir sett på som en styrke, dette grunnet at formålet var å få frem tjenestebrukere sine meninger når det kom til recovery.</p> <p>Svakheter: Det var en ubalanse i kjønnsfordelingen hos deltakerne, samt at de kun har inkludert pasienter som er i bedring eller remisjon. Noen av personene som skulle delta vurderte seg selv som friske, men ble ekskludert og erstattet grunnet at de hadde noen symptomer og/eller kognitive problemer.</p>
Relevans	Artikkelen er relevant for oppgaven da den viser til brukererfaringer knyttet til personlig recovery. På bakgrunn av at forskningen kommer fra India kan dette kanskje bidra til en annen vinkling på hva som ligger i recoverybegrepet, og dermed kanskje vise til forskjeller som en bør være oppmerksomme på.
Redegjort for etiske overveielser	Studien ble satt i gang etter at «the Institute Ethics Committee» hadde kommet med sin godkjenning. Deltakerne ga skriftlig informert samtykke, og ble forklart at de kunne trekke seg fra intervjuet når som helst.

3.4 Analyse av artiklene

I analyseringsprosessen ble Aveyards tematiske analysemodell som Thidemann viser til benyttet som verktøy (Thidemann, 2019, s. 96). For det første ble artiklene lest på nytt, etterfulgt av en ny leserunde på resultatdelen da dette danner grunnlaget for analysen. I gjennom analyseprosessen var problemstillingen tilgjengelig og fungerte som en påminnelse om hvilke resultat som skulle bli trukket ut fra artiklene. I leserundene ble det benyttet markeringstusjer i ulike farger for å hente frem ulike hovedpoenger som kom til uttrykk. Dette ble utført på alle artiklene, og deretter ble hovedtematikken fra resultatene som var relevante for problemstillingen sammenfattet i en tematabell (tabell 9). Tematabellen bidro til å visualisere og strukturere den ulike tematikken, dette gjorde det lettere å se likheter og ulikheter mellom artiklenes resultater. Eksempelvis ble psykologiske prosesser som er spesielt avhengig av individet sin egeninnsats og motivasjon markert i rødt. I arbeidet med tabellen ble også tematikken relasjoner og arbeid inkludert innunder den røde fargen, dette da resultatene fra studiene viste til at de var tett knyttet sammen med individuelle utviklingsprosesser slik som identitetsutvikling.

Sammenlikning av tematikk i tematabellen dannet grunnlaget for kategorisering av hovedtemaer fra artiklene og det ble etablert nye temanavn (Thidemann, 2019, s. 98). Rød farge viser til hovedtematikk knyttet til psykologiske og relasjonelle aspekter ved recovery. Blå og gul farge ble vurdert til å falle innunder samme tematikk, altså hovedtemaet kliniske recovery momenter. Lilla farge viser til støtte og tiltak fra helsepersonell. Siste identifiserte hovedtema er grønn farge i tematabellen, her blir det sett på sammenhengen mellom personlige og kliniske recoveryprosesser. Rød, gul og blå farge i tematabellen kunne vært aktuelle å trukket paralleller til innunder tematikken til den grønne fargen. Til tross for dette vil resultatdelen fokusere på hovedfunn fra artiklene som er direkte tilknyttet hovedkategoriene, og derfor vil de bli presentert hver for seg. De fire hovedkategoriene danner det samlede hovedresultatet fra artiklene, og vil bli systematisk og grundig gjennomgått i resultatdelen.

Tabell 9: Tematabell

Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Personlig recovery viktig, spesielt relasjon	Relasjoner og hverdagsmestring	Medisin	Psykologiske dimensjoner i recovery	Ikke ha symptomer
IMR deltakere opplevde mer støtte og bedre personlig recovery	Mindre depressive symptomer	Fungering og livskvalitet	Relasjoner påvirker personlig vekst	Gjenvinne fungering
Opplevde minst støtte: menn, med depresjonssymptomer, og lav fungering grunnet symptomene	Sammenheng mellom kliniske og personlige momenter i recovery	Positive og negative symptomer	Gjøre noe betydningsfullt	Klare å arbeide
Middels opplevd støtte fra helsepersonell generelt		Tro til helsetjenestene	Kliniske faktorer	Ingen medisiner
		Meningsfulle aktiviteter	Støttesystemer	

4.0 Resultat

Basert på analysen i metodedelene ble fire hovedfunn identifisert med utgangspunkt i problemstillingen: *Hvilke momenter i personlig recovery blir trukket frem av mennesker med psykoselidelse i deres recoveryprosesser?* Resultatene vil her bli sammenfattet innenfor temaene; psykologiske og relasjonelle aspekter ved recovery, kliniske recovery momenter, støtte og tiltak fra helsepersonell, sammenheng mellom personlige og kliniske recoveryprosesser.

4.1 Psykologiske og relasjonelle aspekter ved recovery

Alle artiklene hadde resultater knyttet til enten psykologiske eller relasjonelle aspekter ved recovery. Artikkel 1 viser til at 66%-91% av deltakerne rangerte personlig recovery som viktig for dem, og dette uavhengig av alder, etnisitet, symptomer, fungering, behandlingstilbud og tid i psykisk helsevesen (Skar-Fröding et al., 2021, s. 663-664). Deltakerne i artikkel 4 trakk frem den psykologiske dimensjonen i personlig recovery som viktig, og viste til at dette var en langvarig prosess som inneholdt utviklingsområder slik som å etablere ny identitet, finne mening og akseptere situasjonen sin (Nowak et al., 2017, s. 439). Ved identitetsendring ble faktorene motivasjon, sykdomsbevissthet, personlig utvikling og empowerment trukket frem som hjelpsomme. Velvære ble sett på som å ha det bra med seg selv (Nowak et al., 2017, s. 439), og i artikkel 1 ble god livskvalitet sett på som viktig i den personlige recoveryprosessen til 87% av deltakerne (Skar-Fröding et al., 2021, s. 665). Relasjoner ble trukket frem som et hovedmoment i artikkel 1, 2 og 4. De viser til sammenhenger mellom hverdagsmestring og håndtering av sosiale relasjoner som faktorer som bidrar til personlig vekst, og dermed understøtter høyere opplevelse av personlig recovery hos deltakerne (Nowak et al., 2017, s. 439; Skar-Fröding et al., 2022, s. 5). Artikkel 1 presenterer at 91% av deltakerne vurderte positive relasjoner som viktig i deres recoveryprosess (Skar-Fröding et al., 2021, s. 665).

Deltakerne i artikkel 5 så på jobb som viktig i deres recoveryprosess og viste til at arbeid ga dem opplevelse av å være uavhengig, samt ha kontroll over eget liv (Mathew et al., 2023, s. 81). Kun en deltaker hadde et annet syn: «Going for work is not a mandatory criterion for recovery, a person can choose not to work also. He can still recover» (Mathew et al., 2023, s. 82). Sitatet samsvarer med resultatet i artikkel 3, der deltakerne viste til at jobb ikke var nødvendig for å ha et meningsfullt liv, de trakk frem meningsfulle aktiviteter og nettverk som like viktig (Møllerhøj et al., 2020, s. 376). Å gjøre noe betydningsfullt ble også trukket frem i artikkel 1 og 4, og artikkel 1 viser til at det ble rangert som viktig for 89% av deltakerne (Nowak et al., 2017, s. 440; Skar-Fröding et al., 2021, s. 665).

4.2 Kliniske recovery momenter

Alle artiklene viser også til resultater knyttet til kliniske momenter i recoveryprosessen. Deltakere i artikkel 4 og 5 viste til at fravær av eller redusert symptomtrykk, samt å få kontroll over disse var viktige kriterier for å oppleve recovery (Mathew et al., 2023, s. 80; Nowak et al., 2017, s. 440). I artikkel 4 trakk også deltakerne frem at medisiner var viktige og nødvendig for dem (Nowak et al., 2017, s. 440). Dette funnet skiller seg noe ut fra resultatet i artikkel 3, og er motsigende til funnene i artikkel 5. Artikkel 3 viser til at noen av deltakerne ønsket å klare seg uten medisin, men at de hadde erfart at det var nødvendig for å unngå tilbakefall. Artikkel 3 og 5 viser i samsvar til hverandre at noen deltakere så på medisin som et tegn på sykdom og dermed ble et hinder i recoveryprosessen deres (Mathew et al., 2023, s. 82; Møllerhøj et al., 2020, s. 374). Deltakere i artikkel 5 ønsket hovedsakelig ikke å ta medisiner, på bakgrunn av at de ønsket å bli kvitt bivirkningene disse medførte. Dette til tross for at medisinerne hadde bidratt til å stabilisere symptomene og dermed forbedre funksjonsnivået deres (Mathew et al., 2023, s. 82).

I artikkel 3 gikk de fleste deltakerne på medisiner og flere av dem opplevde enda litt positive symptomer, men hovedsakelig var negative symptomer mest fremtredende. De negative symptomene bidro til at deltakerne hadde problemer med motivasjon, sosial interaksjon, sosial tilbaketreking, redusert energinivå og vansker med å ta initiativ (Møllerhøj et al., 2020, s. 374). Sammenhengende med funn i artikkel 3 viser artikkel 2 til at mindre depressive symptomer og selvskadingstanker er viktige faktorer i personlige recoveryprosesser (Skar-Fröding et al., 2022, s. 5). Artikkel 1 viser også til begrensinger som følge av depresjonssymptomer. Det trekkes her en parallell til lite opplevd støtte fra tjenesteytere, lav fungering grunnet depressive symptomer, samt å være av det mannlige kjønn (Skar-Fröding et al., 2021, s. 664).

4.3 Støtte og tiltak fra helsepersonell

Både artikkel 1, 3 og 4 hadde resultater rettet mot deltakernes opplevelser av helsepersonell og hva som var viktig for dem i dette samspillet. Statistikken presentert i artikkel 1 viste at deltakerne i gjennomsnitt opplevde moderat støtte fra helsepersonell, selv om 89% av dem vurderte dette som viktig i recoveryprosessen (Skar-Fröding et al., 2021, s. 664-665). Artikkel 3 og 4 trekker frem tilgang og tro til helsetjenestene som sentralt, og det ble spesifisert at gode relasjoner til helsepersonell ble sett på som den viktigste faktoren for å oppnå dette (Møllerhøj et al., 2020, s. 374; Nowak et al., 2017, s. 441). Det blir i begge artiklene presentert kvaliteter sett på som essensielle i denne

relasjonen, deriblant at den bør være troverdig, utholdende, åpen, tillitsfull, samt basere seg på aksept og partnerskap.

Tiltak som hadde effekt, samt var ønskelige for deltakerne i fremtiden ble vist til i flere artikler. Psykoedukasjon ble trukket frem i artikkel 1 og 3 som et viktig tiltak for flere deltakere (Møllerhøj et al., 2020, s. 376), der psykoedukasjon i artikkel 1 var representert som en del av intervensjonen IMR (illness management and recovery) (Skar-Fröding et al., 2021, s. 664). Ved psykoedukasjon trakk deltakerne i artikkel 3 frem at de fikk lært seg signaler på regresjon, hvordan de kunne roe seg ned, samt redusere stress. Dette ga dem mestringsstrategier i det daglige, der noen deltakere som enda hadde positive symptomer trakk frem at de hadde lært seg strategier for hvordan å leve med symptomene (Møllerhøj et al., 2020, s. 376). Artikkel 1 viser i samsvar til artikkel 4 at tiltak som helsepersonell iverksetter bør være individuelt tilpasset den enkeltes evner og tempo, samt basere seg på deres personlige mestrings- og utviklingsmuligheter (Nowak et al., 2017, s. 441; Skar-Fröding et al., 2021, s. 665). Artikkel 1 trekker i tillegg frem at 86% av deltakerne mente dette var viktig for deres personlige recoveryprosess (Skar-Fröding et al., 2021, s. 665).

4.4 Sammenheng mellom personlige og kliniske recoveryprosesser

Det kan trekkes en direkte sammenheng mellom personlige og kliniske recoveryprosesser ut i fra resultatene i artiklene 2, 3 og 5. Artikkel 5 trekker frem som et resultat at deltakerne så på gjenoppretting av funksjon som vesentlig i recovery, og da både biologisk, kognitivt og sosialt (Mathew et al., 2023, s. 81). Flere av deltakerne i artikkel 3 understreker at ikke bare medisiner spiller inn på recoveryprosessen i utsagnet: «medication can never stand alone and can never be the only intervention» (Møllerhøj et al., 2020, s. 374). Til tross for at medisiner har bidratt til deres positive utvikling, blir egeninnsats vektlagt som viktigere for å øke følelsen av personlig recovery. Flere av deltakerne i artikkel 3 viste også til at de opplevde negative symptomer og da spesielt vansker med sosial fungering, men de vurderte livskvaliteten som god til tross for dette (Møllerhøj et al., 2020, s. 376). Funn i artikkel 2 viser til at høyt rapportert klinisk recovery tydelig ble assosiert med høyere skår av personlig recovery (Skar-Fröding et al., 2022, s. 5). Mindre affektive symptomer og gode relasjoner ble her trukket frem som nøkkelfaktorer for bedre opplevelse av recovery. Positive symptomer ble av deltakerne ikke sett på som viktig for høyere klinisk recoveryopplevelse og ble dermed ikke sterkt koblet til personlig recovery.

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen har som mål å besvare problemstillingen: *Hvilke momenter i personlig recovery blir trukket frem av mennesker med psykoselidelse i deres recoveryprosesser?* Drøftingen skjer i lys av resultatene fra artiklene i kapittel 4.0 og hvordan disse forholder seg til aktuell teori presentert i kapittel 2.0. ICF-modellen danner rammeverket for drøftingen, dette for å synliggjøre resultatene i et helhetlig perspektiv. Innunder modellen vil både personlig utvikling som en del av recoveryprosessen, samt klinisk recovery som moment i personlig recovery trekkes frem.

5.1 Personlig recovery: en flerdimensjonal prosess

Funn fra både Mathew et al. (2023), Møllerhøj et al. (2020), og Skar-Frøding et al. (2022) trekker paralleller til et direkte samspill mellom definisjonene på klinisk og personlig recovery som presentert i teoridelen. Dette på bakgrunn av hva mennesker med psykoselidelser trekker frem som tilknyttet personlig recovery i deres studier. Skar-Frøding et al. (2022, s. 5) viser til en signifikant sammenheng mellom rapportert klinisk recovery og vurdering av personlig recovery, her ble mindre affektive symptomer og relasjoner sett på som nøkkelfaktorer i økt recoveryopplevelse. Teori presentert av Slade (2009, s. 43) trekker frem at klinisk recovery kan bli sett på som en underkategori i personlig recovery. Slade eksemplifiserer at for noen tjenestemottakere kan det være hjelpsomt å fokusere på kliniske aspekter for å støtte utviklingen av recovery, men viser til at dette er individuelt.

ICF-modellen kan benyttes for å visualisere samspillet mellom klinisk og personlig recovery som tjenestemottakere trekker frem i deres recoveryprosesser. Modellen kan sees på som et hjelpemiddel for etablering av et helhetlig syn, som synliggjør funksjonsforhold som påvirker hverandre gjensidig og kan være utgangspunkt for intervensjoner (Vik, 2004, s. 59-60). Funn i Mathew et al. (2023, s. 81) trekker frem i samsvar med ICF-modellen sine momenter at gjenoppretting av funksjon både handler om fysisk, psykisk og sosiale domener. NAPHA fremhever også i tråd med ICF-modellen at områdene helse, velvære, deltakelse, identitet og støtte fra miljøet bidrar inn i de personlige recoveryprosessene (Borg et al., 2013, s. 16). En kan på bakgrunn av dette se på personlig recovery som en flerdimensjonal prosess som inneholder individuelle, kliniske og miljømessige momenter som påvirker hverandre, der oppmerksomheten bør rettes mot det personene med psykoselidelse opplever som viktigst (Helsedirektoratet, 2013, s. 29).

5.1.1 Personlig utvikling som en del av recoveryprosessen

I tråd med at recovery er en langvarig og aktiv prosess med erfaringer knyttet til både progresjon og regresjon, viser NAPHA til at flere tjenestemottakere også opplever personlig utvikling i løpet av prosessen (Borg et al., 2013, s. 12). En av deltakerne i studien til Nowak et al. (2017, s. 439) viser til denne utvikling ved at tankesett ble endret fra et ønske om fullstendig tilfriskning, til å lære seg å leve med sykdommen og akseptere situasjonen sin. Akronymet CHIME som presenteres i teorikapittelet viser til «connectedness; hope and optimism about the future; identity; meaning in life; and empowerment» (Leamy et al., 2011, s. 449) som gjengående momenter i personlige recoveryprosesser. Innholdet i CHIME samsvarer med flere resultater fra de inkluderte artiklene og blir presentert fortløpende (Mathew et al., 2023; Møllerhøj et al., 2020; Nowak et al., 2017; Skar-Frøding et al., 2021, 2022). Det vil også vises til hvordan resultatene og aspektene i CHIME påvirker hverandre, noe som kan sees i tråd med ICF-modellen.

«C» i CHIME viser til tilknytning (Leamy et al., 2011, s. 448), og relasjoner blir gjentakende trukket frem som et resultat i artiklene, og det vises til som et av fundamentene i recoveryprosesser (Møllerhøj et al., 2020; Nowak et al., 2017; Skar-Frøding et al., 2021, 2022). Relasjoner kan knyttes til både deltakelse- og miljøfaktorer i ICF-modellen, hvor relasjonene kan påvirke muligheten for deltakelse. Helsedirektoratet (2014, s. 32) trekker frem at relasjoner kan ha en støttende eller tyngende effekt på bedringsprosessen, dette basert på miljøene tjenestemottakerne opprettholder seg i. Helsepersonell kan ut i fra ICF-modellen bli sett på som en miljøfaktor, og både Nowak et al. (2017, s. 441) og Møllerhøj et al. (2020, s. 374) trekker frem at en god relasjon til helsepersonell var viktig for deltakerne. Aubert & Bakke (2018, s. 220) presenterer teori som knytter god kommunikasjon mellom tjenestemottaker og tjenesteyter som en forutsetning for utarbeidelse av en god relasjon, og at dette danner grunnlaget for en meningsfull samhandling. Helsedirektoratet (2013, s. 29) viser til at relasjonen bør være preget blant annet av tillitt, empati, respekt, engasjement og formidling av håp, noe som samsvarer med kvalitetene deltakerne i Møllerhøj et al. (2020, s. 374) og Nowak et al. (2017, s. 441) formidler som essensielle.

På bakgrunn av en god og fortrolig relasjon kan helsepersonell komme i posisjon til å formidle håp og tro om en meningsfull fremtid i tråd med recoveryprinsippet (Helsedirektoratet, 2013, s. 29), samt i henhold til «H» i CHIME-rammeverket (Leamy et al., 2011, s. 448). En kan tenke seg at helsepersonellet da har påtatt seg partnerrollen i samhandlingen på individnivå der relasjonen er i fokus (Brask et al., 2016, s. 63). I en

partnerrolle har helsepersonell fokus på ressursene og mestringsmulighetene til tjenestemottaker i samhandlingen, noe som kan bidra til å etablere håp og tro på fremtiden (Brask et al., 2016, s. 49). Skar-Fröding et al. (2021, s. 665) sine resultater viste at det å bygge på styrker var viktig for deltakerne, men at de opplevde i gjennomsnitt middels støtte til dette. Å tilrettelegge for at tjenestemottakerne kan bruke sine styrker krever individuelt tilpassede tjenester med et fokus på brukermedvirkning (Helsedirektoratet, 2014, s. 18), dette i samsvar med ønsket praksis fra deltakerne i studien til Nowak et al. (2017, s. 441).

Identitetsutvikling, mening i livet og empowerment fra akronymet CHIME er tett knyttet sammen, og danner viktige punkter i personlig utvikling og recovery (Leamy et al., 2011, s. 448). Ved å blant annet se og bygge på ressursene til den enkelte kan helsepersonell bidra til gjenoppbyggingen av en positiv identitet hos tjenestemottakerne (Borg et al., 2013, s. 12). Nowak et al. (2017, s. 439) sine deltakere viste til at utvikling av en ny identitet hadde sammenheng med å finne mening og akseptere situasjonen sin, samt at empowerment var sentral i denne prosessen. Innunder ICF-modellen kan identitetsutvikling og å finne mening i livet bli plassert under personlige faktorer, da dette er individuelle prosesser som har ulik betydning hos den enkelte tjenestemottaker (Borg et al., 2013, s. 18). Individuelle ulikheter kan sees i sammenheng med de forskjellige resultatene når det kommer til hva som blir sett på som meningsfulle aktiviteter. Noen deltakere viste til viktigheten av jobb (Mathew et al., 2023, s. 81), mens andre sa at dette ikke var nødvendig for å ha et meningsfullt liv (Møllerhøj et al., 2020, s. 376). Samtidig viser begge artiklene til at det å gjøre noe betydningsfullt er viktig, noe som samsvarer med funnet i Skar-Fröding et al. (2021, s. 665). Å finne mening i livet kan knyttes til meningsfulle aktiviteter som vist til tidligere, og kan dermed også ha en tilknytning til aktivitetsbegrepet presentert i ICF-modellen. Slade (2009) uttrykker at: "Finding meaning is moving on" (Slade, 2009, s. 42), og er fundamentalt for utviklingsprosesser knyttet til personlig recovery (Helsedirektoratet, 2014, s. 18). Stortingsmelding nr. 7 viser til at tjenestene bør innrettes etter hva pasientene opplever som meningsfullt, fordi dette kan øke følelsen av livskvalitet og livsmestring (Meld. St. 7, (2019–2020), s. 61). Nowak et al. (2017, s. 439) og Skar-Fröding (2021, s. 665) synliggjør at tjenestemottakerne opplever livskvalitet som et viktig moment og mål i recoveryprosessen, der aksept for situasjonen og å ha det bra med seg selv blir trukket frem som verdifullt.

Deltakere i studien til Nowak et al. (2017, s. 439) trakk frem empowerment som et viktig element i etableringen av identitet og skape mening i livet, og både Brask et al. (2016, s.

74), Slade (2009, s. 40) og Helsedirektoratet (2014, s. 30) ser på dette som et sentralt prinsipp i recoveryprosessen. Ved å øke muligheten til deltakelse og innflytelse kan det påvirke tjenestemottakernes opplevelse av å ta ansvar for eget liv, altså øke følelsen av empowerment (Helsedirektoratet, 2014, s. 18, 32). Deltakerne i artiklene Skar-Frøding et al. (2021, s. 664), Møllerhøj et al. (2020, s. 376) og Nowak et al. (2017, s. 440) trakk frem psykoedukasjon som et viktig tiltak for bedringsprosessen deres, og tiltaket kan kobles til empowerment begrepet. Helsepersonell kan med tilrettelegging og individuelle tilpasninger gi pasienter psykoedukasjon, noe som øker deres kunnskaper om hva psykoselidelse er og hvilke signaler og symptomer som er tegn på regresjon (Helsedirektoratet, 2013, s. 119). Dette kan føre til personlig utvikling hos pasientene og kan sammenfattes med aspektet personlige faktorer i ICF-modellen.

I hverdagslig samhandling kan empowerment tilrettelegges for ved at helsepersonell gir rom for brukermedvirkning og selvbestemmelse (Brask et al., 2016, s. 74). Medvirkning har stor betydning blant annet i form av at det er en lovfestet rettighet jf. pbrl. §3-1 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), samt at det har verdi som et terapeutisk virkemiddel. Dette på bakgrunn av at tjenestene da blir individuelt tilpasset, noe som gir rom for pasienter til å oppleve autonomi, som igjen kan medføre økende håp for fremtiden (Helsedirektoratet, 2013, s. 23). Til tross for mulig innleggelse i psykisk helsevern skal brukermedvirkningen så langt det lar seg gjøre bli opprettholdt (Helsedirektoratet, 2013, s. 23), jf. psykisk helsevernloven (phvl) §4-2 (Psykisk helsevernloven, 1999), slik at muligheter for empowerment og recovery ikke blir frarøvet dem. Ved å se på muligheten til brukermedvirkning og utvikling av empowerment som avhengig av helsepersonell sin tilrettelegging, kan dette trekkes innunder miljøfaktorer i ICF-modellen. Tilrettelegging som tar utgangspunkt i hva tjenestemottakeren opplever som meningsfullt i form av brukermedvirkning kan danne grunnlag for personlig utvikling, samt bedre opplevelsen av livskvalitet (Brask et al., 2016, s. 64, 68). ICF-modellen kan her bidra med å synliggjøre et helhetsperspektiv ved at tiltak fra helsepersonell kan påvirke flere områder hos tjenestemottaker (Vik, 2004, s. 59). Eksempelvis kan tilrettelegging for meningsfulle aktiviteter påvirke blant annet momentene deltakelse, funksjonsnivå og personlige faktorer hos vedkommende.

5.1.2 Klinisk recovery som moment i personlige recoveryprosesser

Flere av resultatene fra artiklene viste til aspekter som ligger innunder klinisk recovery definisjonen presentert i teorikapittelet, dette til tross for at meninger knyttet til personlig recovery ble utforsket i studiene (Mathew et al., 2023; Møllerhøj et al., 2020; Nowak et al., 2017; Skar-Frøding et al., 2021, 2022). I tråd med at psykotiske

symptomer påvirker den daglige funksjonen (Helsedirektoratet, 2013, s. 140), kom det frem som et resultat at deltakerne ønsket reduserte symptomer og aller helst fravær av dem for å få et bedre funksjonsnivå (Mathew et al., 2023, s. 80; Nowak et al., 2017, s. 440). Dette kan vise til at helsetilstand og kroppslig funksjon som aspekter i ICF-modellen er tett knyttet sammen. Resultatene fra Møllerhøj et al. (2020, s. 374), Skar-Frøding et al. (2022, s. 5) og Skar-Frøding et al. (2021, s. 664) viste til at negative og affektive symptomer var mer fremtredende enn positive symptomer, samt at disse påvirket den daglige funksjonen til deltakerne mer enn det syns- og hørselshallusinasjoner gjorde. Dette kan sees i sammenheng med teori presentert av Helsedirektoratet (2013, s. 130), som sier at negative symptomer har større påvirkning enn positive symptomer da de medfører større reduksjon i funksjonsnivået. Til tross for dette har antipsykotisk medisin best effekt på reduksjon av positive symptomer, og sedasjon som er en vanlig bivirkning kan kanskje bidra til å forverre opplevelsen av eksisterende negative symptomer (Norsk legemiddelhåndbok, 2015). De varierende funnene i artiklene når det kom til deltakernes ønske om å ta medisiner eller ikke, kan kanskje skyldes varierende grad av både negativt symptomtrykk og opplevde bivirkninger (Mathew et al., 2023, s. 82; Møllerhøj et al., 2020, s. 374; Nowak et al., 2017, s. 440). Funn i Skar-Frøding et al. (2022, s. 5) viser at en høyere funksjon var forbundet med mindre affektive symptomer, og at det var en viktig faktor i recoveryprosesser. Til tross for dette kom det frem som et resultat i studien til Møllerhøj et al. (2020, s. 376) at flere deltakere opplevde god livskvalitet selv om negative symptomer var tilstedeværende. Helsedirektoratet (2013, s. 130) motsier ikke dette funnet, men viser til at negative symptomer ofte kan minske motivasjonen, energinivået, engasjement, kroppsspråket og den sosiale tilstedeværelse hos pasienter. I motsetning kan eksempelvis mindre symptomer bistå med å gi en økende følelse av remisjon, for eksempel på grunn av en økt daglig funksjon og høyere energinivå. Energinivået kan påvirke graden av deltakelse i meningsfulle aktiviteter, som igjen kan være en arena for å etablere og vedlikeholde relasjoner. ICF-modellen viser her til hvordan sykdoms- og funksjonsaspektet kan ha positiv innvirkning på andre områder. På bakgrunn av dette kan en si at ICF-modellen er dynamisk, samt kan fremme et helhetlig perspektiv på helse og funksjon (Vik, 2004, s. 57).

5.2 Metodediskusjon

Styrker og begrensninger ved de utvalgte artiklene, litteraturstudien og derav egen fremgangsmåte vil bli vurdert og gjennomgått. I tillegg vil validitet og reliabilitet ved resultatene studeres. På bakgrunn av oppgavens omfang blir det fokusert på de styrkene

og svakhetene som anses viktigst for oppgaven, til tross for at det finnes flere enn de som blir representert.

Selv om kvalitative artikler var å foretrekke da problemstillingen retter seg mot erfaringskunnskap fra mennesker med psykoselidelse, ble det ikke satt som inklusjonskriterium i utvelgelsesprosessen av artikler. Det ble inkludert tre kvalitative studier som baserte seg på intervju der direkte brukererfaringer kom frem, og dette blir ansett som en styrke. To kvantitative studier ble også inkludert på bakgrunn av at spørreskjema ble benyttet, noe som bidro til en kartlegging og vurdering av allerede eksisterende undersøkelser om personlig recovery og blir ansett som positivt. På bakgrunn av spørreundersøkelsene fikk ikke deltakerne mulighet til å uttrykke uenigheter med spørsmålene om recoverytematikken, noe som er en svakhet. De kvantitative artiklene er skrevet av de samme forskerne og baserer seg på det samme datamateriale til tross for at de ser på ulike aspekter tilknyttet recovery (Skar-Fröding et al., 2021, 2022). Dette kan ha ført til mer likhet mellom resultatene og anses som en begrensning. Til tross for dette ble kvaliteten i alle artiklene vurdert ut i fra sjekklister (Helsebiblioteket, 2016), og sammen med at de baserer seg på nyere forskning der eldste er fra 2017, blir de valgte artiklene ansett som styrket. Artiklene hadde en geografisk spredning, derav to fra Norge (Skar-Fröding et al., 2021, 2022), en fra Skandinavia (Møllerhøj et al., 2020), en fra Polen (Nowak et al., 2017) og en fra India (Mathew et al., 2023). Studiene fra Polen og India kan ha som svakhet at implementeringen av recovery kanskje ikke har kommet like langt, og kan gjøre funnene vanskeligere å overføre til norsk kontekst. Hva som oppleves som momenter i personlig recovery kan være preget av kulturforskjeller. Likevel kan bidraget sees styrket ettersom det kan gjøre tjenesteytere bevisste på at forskjeller i tankesett hos tjenestemottakere fra andre land og kulturer kan forekomme.

Oppgaven viser at jeg har klart å legge min feilaktige forforståelse til side. Dette kommer frem ved presentering av resultater fra artiklene og teori knyttet til at negative symptomer påvirker tjenestemottakerne mer enn positive symptomer i det daglige. Det bør tas i betraktning at relevante artikler kan ha blitt oversett, grunnet forforståelsen, samt at de tidlige funnene av artikler kan ha påvirket meg ubevisst i utvelgelsen av de resterende artiklene. Engelsk språk var et inklusjonskriterium og kan ha ledet til feilaktig informasjon på grunn av oversettingsfeil, dette til tross for grundige gjennomlesinger av artiklene. Denne svakheten minskes ved at resultatene fra artiklene samsvarer med annen forskning og litteratur knyttet til personlig recovery, og reliabiliteten til artiklene sees dermed som styrket.

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å utforske hvilke momenter i personlig recovery som ble trukket frem av mennesker med psykoselidelse i recoveryprosesser. Til tross for at deltakerne i studiene viste til at personlig recovery var en individuell prosess, ble det gjennom artiklene sammenfattet noen fellesmomenter som tjenestemottakerne trakk frem som viktige. Funnene baserte seg på personlige, kliniske og miljømessige faktorer, og i samsvar med teori kunne det dermed konkluderes med at personlig recovery ble sett på som en flerdimensjonal prosess. ICF-modellen ble benyttet som rammeverk for diskusjonen for å vise til de flerdimensjonale resultatene i et helhetsperspektiv og hvordan disse kunne påvirke hverandre. Hovedmomentene i personlig recovery som ble trukket frem i studiene var relasjon, identitetsutvikling, meningsfullt liv, empowerment og klinisk recovery. Disse korresponderte med tidligere forskning og teori deriblant tilknyttet akronymet CHIME og kliniske faktorer slik som symptomer og medisinerings i forbindelse med psykoselidelser.

Økt opplevelse av personlig recovery ble ut i fra resultatene og presentert teori tydelig assosiert med høyere klinisk recovery og livskvalitet. Funnet viser til hvordan individuelle, kliniske og miljømessige faktorer i ICF-modellen kan påvirke hverandre. På bakgrunn av dette kan det antydes at helsepersonell bør etterstrebe et helhetlig syn i tjenestene til mennesker med psykoselidelser, derav individuell tiltaksutforming tilpasset den enkelte tjenestemottaker sin recoveryprosess. Det kan også tenkes at de flerdimensjonale momentene i personlig recovery kan generaliseres til arbeid knyttet til andre psykiske lidelser. Dette på bakgrunn av at brukerorienterte tjenester er et mål i de psykiske helsetjenestene, og recovery blir trukket frem som et sentralt prinsipp for å kunne oppnå dette (Helsedirektoratet, 2014, s. 11; Meld. St. 7, (2019–2020), s. 7, 9).

7.0 Litteraturliste

- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2018). *Utvikling av relasjonskompetanse : nøkler til forståelse og rom for læring* (2. utg. ed.). Gyldendal.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser – En systematisk kunnskapssammenstilling*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). <https://napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Brask, O. D., Østby, M., & Ødegård, A. (2016). *Vernepleierens kjerneroller : en refleksjonsmodell*. Fagbokforlaget.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Fellesorganisasjonen. (2017). *Om vernepleieryrket*. Fellesorganisasjonen (FO),. <https://www.fo.no/getfile.php/1313870-1550142797/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Vernepleierbrosjyre%202017riktig.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, 2021). *Kritisk vurdering - Sjekklist*. Helsebiblioteket <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/a2c5a070-19d8-47df-b86c-9e9e6002c514:5981d8d6a0c9f6086a20bc426eb552f12a2d81dd/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lgning%20av%20personer%20med%20psykoselidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring : veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne: et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-

88cf-

c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk
%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Vei
leder.pdf

Lov om helsepersonell, (1999). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kanalregisteret. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Direktoratet for
høgare utdanning og kompetanse.

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual
framework for personal recovery in mental health: systematic review and
narrative synthesis. *Br J Psychiatry*, 199(6), 445-452.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Mathew, S. T., Nirmala, B. P., & Kommu, J. V. S. (2023). Personal meaning of recovery
among persons with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 69(1), 78-85.

<https://doi.org/10.1177/00207640211068370>

Meld. St. 7. ((2019–2020)). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Retrieved from

[https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/
no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf)

Møllerhøj, J., Os Stølan, L., Erdner, A., Hedberg, B., Stahl, K., Riise, J., Jedenius, E., &
Rise, M. B. (2020). "I live, I don't work, but I live a very normal life"-A qualitative
interview study of Scandinavian user experiences of schizophrenia, antipsychotic
medication, and personal recovery processes. *Perspect Psychiatr Care*, 56(2),
371-378. <https://doi.org/10.1111/ppc.12444>

Norsk legemiddelhåndbok. (2015, 2022). *L5.2 Antipsykotika*. Norsk legemiddelhåndbok.

<https://www.legemiddelhandboka.no/L5.2/Antipsykotika>

Nowak, I., Waszkiewicz, J., Świtaj, P., Sokół-Szawłowska, M., & Anczewska, M. (2017). A
Qualitative Study of the Subjective Appraisal of Recovery Among People with
Lived Experience of Schizophrenia in Poland. *Psychiatr Q*, 88(3), 435-446.

<https://doi.org/10.1007/s11126-016-9459-6>

Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999).

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Skar-Frøding, R., Clausen, H. K., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Sverdvik
Heiervang, K. (2021). The Importance of Personal Recovery and Perceived
Recovery Support Among Service Users With Psychosis. *Psychiatr Serv*, 72(6),
661-668. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000223>

- Skar-Fröding, R., Clausen, H. K., Šaltytė Benth, J., Ruud, T., Slade, M., & Sverdvik Heiervang, K. (2022). Associations between personal recovery and service user-rated versus clinician-rated clinical recovery, a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03691-y>
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581649>
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Vik, K. (2004). ICF - en felles modell og et felles språk i rehabilitering. In *Lærebok i rehabilitering: når livet blir annerledes*. (s. 57-63). Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF - The International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization (WHO), . https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3_4&download=true
- World Health Organization. (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. World Health Organization (WHO). <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20-F29>

