

Julie Solveig Magnussen
Madeleine Kjærstad

Hvordan kan man som sykepleier stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Ødegaard Fossum
Mai 2019

Julie Solveig Magnussen
Madeleine Kjærstad

Hvordan kan man som sykepleier stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Ødegaard Fossum
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan man som sykepleier stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon?		Dato: 14/5-2019
Deltaker(e): Julie Solveig Magnussen og Madeleine Kjørstad		
Veileder(e): Siri Ødegaard Fossum		
Stikkord/Nøkkelord: Brukermedvirkning, depresjon, empowerment, sykepleie		
Antall sider/ord: 38 / 10916	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Brukermedvirkning kan være vanskelig å oppnå hos pasienter som lider av depresjon. Likevel er dette svært viktig for å kunne bidra til en god behandling innen denne pasientgruppen, slik at de selv kan bli motivert til å gjøre endringer. Dette vil kunne bidra til at pasientene blir bedre, og kan føre til at pasientene etterhvert vil ta mer initiativ til å gjøre ting de tror kan føre til bedre helse.</p> <p>Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse temaet brukermedvirkning, og finne tiltak som er med på å stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon.</p> <p>Metode: Oppgaven er basert på en systematisk litteraturstudie. Det er blitt gjort systematiske litteratursøk i databasene Medline (Ovid), SveMed+ og Cochrane Library for å finne relevante forskningsartikler som belyser temaet, og som er med på å besvare problemstillingen. I denne oppgaven er det blitt benyttet fem studier, hvor tre av dem er fra Norge, og de to andre fra Sverige og Nederland.</p> <p>Resultat: Det ble identifisert tre hovedfunn relatert til problemstillingen: 1) håp, mestring og empowerment, 2) Individuell Plan (IP), 3) Tillit, kommunikasjon og motivasjon.</p> <p>Konklusjon: Pasienter med depresjon kan ofte være initiativløse, og ha en opplevelse av håpløshet. Som sykepleier kan man stimulere til økt brukermedvirkning gjennom å skape håp, mestring og ta i bruk empowerment. Gjennom kommunikasjon kan det opparbeides et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Like viktig er det at sykepleieren er med på å motivere pasienten, eller sammen med pasienten finner aktiviteter som gjør at pasienten opplever hverdagen mer meningsfull. En IP har fokus på individets behov, og består ofte av mål pasienten ønsker å oppnå, som igjen kan gi en mestringsfølelse og økt selvtillit, og et ønske om endring.</p>		

Abstract

Title: How can a nurse stimulate to increase user participation for patients with depression?		Date: 14/5-2019
Participants: Julie Solveig Magnussen og Madeleine Kjærstad		
Supervisor(s): Siri Ødegaard Fossum		
Keywords: user participation, depression, empowerment, nursing		
Number of pages/words: 38 / 10916	Number of appendix: 0	
<p>Background: User participation can be difficult to achieve with patients who suffering from depression. Nevertheless, this is important in order to contribute to a good treatment within this patient group, so that themselves can be motivated to make changes. This may help the patients to improve and can eventually lead to the patients taking more initiatives to do things they think can help.</p> <p>Purpose: The purpose of this literature study is to elucidate the topic of user participation and find measures that help stimulate to increase user participation for patients with depression.</p> <p>Method: This task is based on a systematic literature study. Systematic literature searches have been made in the databases Medline (Ovid), SveMed + and Cochrane Library to find relevant research articles that shed a light on the topic, which help answer the research question. In this task, five studies have been used, three which are from Norway, and the remaining two from Sweden and the Netherlands.</p> <p>Results: Three main findings related to the problem was identified: 1) hope, coping and empowerment, 2) individual plan (IP), 3) trust, communication and motivation.</p> <p>Conclusion: Patients with depression can be in lack of initiative and experience hopelessness. As a nurse, you can stimulate to increase user involvement by creating hope, coping and empowerment. Through communication, a relationship of trust can be established between the nurse and the patient. Equally important is that the nurse helps motivate the patient or find activities that makes the patient's everyday life meaningful. An IP focuses on the individual's needs and consist goals the patient wishes to achieve. Furthermore, this can give a sense of self-worth, increased confidence and a desire to change.</p>		

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	3
1.0 Innledning.....	4
1.1 Presentasjon av tema.....	4
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
1.3 Oppbygging av oppgaven.....	6
2.0 Bakgrunn.....	6
2.1 Sentrale begreper.....	6
2.1.1 Brukermedvirkning.....	6
2.1.2 Empowerment.....	7
2.1.3 Individuell plan (IP).....	7
2.1.4 Depresjon.....	8
2.1.5 Etikk.....	9
2.2 Teoretiske perspektiver.....	10
2.2.1 Grunnleggende behov.....	10
2.2.2 Mellommenneskelige forhold i sykepleie.....	11
2.2.3 Salutogenese.....	12
2.3 Hensikt og problemstilling.....	13
3.0 Metode.....	13
3.1 Litteraturstudie som metode.....	13
3.2 Søkestrategi.....	14
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
3.4 Analyse.....	17
4.0 Resultater.....	18
4.1 Hovedfunn i artiklene.....	23
4.1.1 Håp, mestring og empowerment.....	23
4.1.2 Individuell plan.....	24
4.1.3 Tillit, kommunikasjon og motivasjon.....	24
5.0 Drøfting.....	25
5.1 Drøfting av hovedfunn.....	25
5.1.1 Håp, mestring og empowerment.....	25
5.1.2 Individuell Plan (IP).....	28
5.1.3 Tillit, kommunikasjon og motivasjon.....	30
5.2 Kildekritikk.....	32
6.0 konklusjon.....	33
7.0 Litteraturliste:.....	35

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Depresjon er en psykisk lidelse som rammer mellom seks og 12 prosent av befolkningen til enhver tid, og det er mange flere som vil oppleve en form for depresjon en eller annen gang i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2016). I overgangen fra barn til voksen, øker risikoen for depresjon. Gjennom voksen alder øker ikke risikoen like mye, men det kan se ut til at den stiger noe når man nærmer seg slutten av livet (Folkehelseinstituttet, 2015). Det er usikkert om omfanget av depresjon har steget eller sunket over tid, men noen undersøkelser viser til at det kan ha økt (Folkehelseinstituttet, 2015). I de Nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, kommer det frem at depresjon er en av de sykdommene som fører til størst tap av livskvalitet og leveår, og er rangert som nummer fire av de ti lidelsene i verden som bidrar til nettopp dette. Depresjon utgjør også en stor risiko for å falle ut av arbeidslivet på ubestemt tid (Helsedirektoratet, 2009).

I det norske helsevesenet legges det sterkt vekt på at brukermedvirkning er viktig for de som mottar helse- og omsorgstjenester (Regjeringen, 2009). Man kan definere brukermedvirkning som; “de som berøres av en beslutning, eller brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud” (Holter og Grov, 2016, s. 33).

Tjenesteapparatet kan i utgangspunktet ikke velge om de skal ta i bruk brukermedvirkning eller ikke, da dette er en lovfestet rettighet (Helsedirektoratet, 2017). I pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 fremgår det at ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester har pasient eller bruker rett til å medvirke. Så langt det lar seg gjøre skal pasient eller bruker delta i samarbeidet med å utforme tjenestetilbudet, og det skal i stor grad vektlegges pasientens eller brukerens meninger. Tjenestemottakerens nærmeste pårørende har sammen med pasienten eller brukeren rett til å medvirke i situasjoner hvor han eller hun ikke har samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I nasjonale føringer fremkommer det også at brukermedvirkning har en egenverdi, terapeutisk verdi, og kan ses på som et verktøy til forbedring og kvalitetssikring av tjenestene. Det legges med andre ord vekt på at god kvalitet forutsetter at brukerens og pasientenes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene, derfor bør de alltid anses som likeverdige partnere i beslutninger som

gjelder deres utfordringer (Helsedirektoratet, 2017).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Når det gjelder aktivisering og stimulering av pasienter som lider av depresjon, er egenomsorg et viktig område innenfor sykepleiernes arbeidsoppgaver. Enkelte pasienter som lider av depresjon kan trenge assistanse innenfor dette. Det kan være grunnet manglende tiltak og energi, nedsatt interesse for eget velvære og muligens en vrangforestilling om hva en behøver eller fortjener. Som sykepleier har man en viktig rolle i det å kartlegge hva pasientene har behov for av hjelp, og finne tiltak som tilfredsstillende behovene. En sykepleier kan også være med på å motivere pasienten, og lage et program for dagen med for eksempel dagligdagse aktiviteter, slik at hverdagen blir meningsfull (Løkensgard, 1995).

Som sykepleier kan man ha en stor rolle i kartlegging og formidling av behandlingen hos pasienter med depresjon. Som en del av behandlingsprogrammet vil også som regel sykepleie være en viktig og nødvendig del. De fleste sykepleietiltak vil ha en intensjon om å hjelpe pasienten gjennom den depressive fasen, uten at pasienten får varige skader. Noen av sykepleiernes arbeidsoppgaver kan være å dempe pasientens plager, støtte pasienten, vise forståelse, styrke pasientens selvtillit og hjelpe pasienten med å få et positivt selvbilde (Løkensgard, 1995). En annen viktig oppgave sykepleieren har er å bistå pasienten med å ivareta sine grunnleggende behov (Mathisen, 2016). Det kan være utfordrende å vite hva pasienten makter til enhver tid, og de kan mangle energi til å realisere ulike mål de selv har satt seg, eller krav andre har til dem (Løkensgard, 1995). Andre utfordringer i forhold til brukermedvirkning hos deprimerte pasienter er at de ofte kan være initiativløse og mangler interesse for å engasjere seg (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Som sykepleier møter man landets innbyggere i alle ulike stadier i livet når det er behov for helsehjelp. Det blir utført sykepleie i mange ulike situasjoner, alt fra stabile tilfeller til mer akutte, kritiske og ustabile tilfeller (Holter, 2016). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene laget av Norsk Sykepleierforbund (NSF), har sykepleiere ansvar for å gjennomføre en god sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom. En sykepleier skal medvirke til håp, mestring og livsmot hos pasienten, og sørge for at pasienters behov for helhetlig omsorg ivaretas. Ved å informere pasientene korrekt og gjøre seg forstått, er det sykepleierens oppgave å fremme pasientenes mulighet til å kunne ta avgjørelser på egenhånd (Norsk

Sykepleierforbund, 2016). For å kunne oppnå optimal brukermedvirkning bør pasienten selv delta i utformingen av behandlingstilbudet (St.meld. 34 (2015-16)).

Fokus i denne oppgaven vil være rettet mot sykepleietiltak som kan føre til økt brukermedvirkning, og hvordan pasienter som lider av depresjon kan medvirke i sitt eget behandlingsforløp.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Vi har så langt presentert tema for oppgaven. I kapittel 2 vil vi presentere sentrale begreper, teoretiske perspektiver, og hensikt og problemstilling. Kapittel 3 handler om vår metodiske tilnærming, det vil si litteraturstudie. Kapittel 4 oppsummerer resultatene fra de fem valgte artiklene i litteraturstudien. I kapittel 5 drøfter vi hovedfunn i de valgte artiklene opp mot annen relevant fag- og forskningslitteratur, og kapittel 6 gir en oppsummerende konklusjon.

2.0 Bakgrunn

2.1 Sentrale begreper

2.1.1 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er et begrep som kan sees på fra ulike innfallsvinkler og kan foregå på ulike nivåer; nasjonalt nivå, regionalt eller lokalt nivå, nærmiljøet og individnivå.

Brukermedvirkning må uansett innfallsvinkel skje i samarbeid med en annen part, og kan dermed beskrives som en relasjon mellom to eller flere parter (Rønning og Solheim, 1997).

Ifølge norsk lov, har bruker rett til å fremme forslag og medvirke til egen behandling gjennomført av helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det er viktig at brukeren får si sin mening ved utforming av tjenestetilbudet, da brukeren, etter veiledning av kyndig helsepersonell, er de nærmeste som kan si noe om eventuelle konsekvenser og om dette er riktig behandling. Regjeringen beskriver også at det er viktig å involvere og gjennomføre opplæring av pasienter, brukere og pårørende til å mestre livet med sykdom, for så videre å delta i utviklingsarbeid i helsetjenesten (St.meld. 34 (2015-16)). For å kunne gi brukeren den behandlingen han eller hun har krav på, kan brukermedvirkning blant annet bidra til å gi utformingen og gjennomføring av tilbudet økt nøyaktighet. Brukermedvirkning

kan også gi mennesker som søker hjelp, muligheten til å motta hjelp på egne premisser. Dette vil gi brukeren evnen til å styre over viktige deler av sitt eget liv. Ved å påvirke miljøet rundt seg gjennom å ta egne valg og ved bruk av egne ressurser, kan selvbildet bli påvirket på en positiv måte, og brukerens motivasjon til bedring vil øke (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.2 Empowerment

En personlig empowermentprosess skjer når en person blir styrket, får tro på seg selv og blir i stand til å ta vare på seg selv. I denne prosessen er det av stor verdi at sykepleierne yter god sykepleie og legger til rette for læringsprosessen hos pasienten (Kassah, Nordahl-Pedersen, Tingvoll, 2016). Det er viktig at man som sykepleier sørger for at pasienten oppdager og tar i bruk sin indre drivkraft, for å få kontroll over egen situasjon og mestre den på en god måte. Dette innebærer å gi pasienten makt over egen behandling, og tone behandlerrollen til sykepleieren ned. I slike situasjoner vil sykepleieren få en mer veiledende rolle, og den pedagogiske tilnærmingen blir betydningsfull. Ved å ta i bruk pasientens egne ressurser, oppnår han eller hun en følelse av å ivareta egen helse, og mestre dette. *Myndiggjøring* er et begrep som ofte blir brukt om empowerment for å beskrive meningsinnholdet, og begrepene assosieres ofte med hverandre (Kassah, Nordahl-Pedersen, Tingvoll, 2016). Begrepet empowerment blir også ofte brukt i sammenheng med brukermedvirkning (Olsen, 2017). Forskjellen på brukermedvirkning og empowerment er at brukermedvirkning er lovbestemt og må bestå av to eller flere parter, mens empowerment er noe man kan tilegne seg gjennom utvikling av personlige egenskaper (Olsen, 2017). I relasjonene mellom behandler og pasient, står det sentralt å styrke pasientens håp om at forandring er mulig. Ved å se en forandring og få et økende håp, kan dette gi pasientene et ønske om å endre sin egen situasjon på eget initiativ. Empowerment er en viktig faktor for brukerens motivasjon (Haugsgjerd, Skårderud og Stånicke, 2016).

2.1.3 Individuell plan (IP)

I mange år har manglende helhet i behandling og samhandling vært en av de største utfordringene i helsetjenesten. Fra og med 2001 har derfor pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, hatt en lovfestet rett til å få utarbeidet individuell plan (Helsebiblioteket, 2011). Individuell plan er en type ordning som hovedsakelig består av en skriftlig plan som inneholder en beskrivelse av de tjenestene brukeren har behov for, hvordan de er koordinert og hvem som har ansvaret for de ulike tjenestene. En IP består også av en

tjenesteyter eller koordinator som har ansvaret for oppfølgingen av både planen og brukeren (Breimo *et.al*, 2015). I denne sammenheng kan en koordinator for eksempel være sykepleier innen psykisk helsevern i kommunen. De har ofte en viktig koordinatorrolle når pasienten utskrives fra spesialisthelsetjenesten, og har makt og mulighet til å stille krav til sine kollegaer i utskrivningsprosessen (Kassah, Tingvoll, Nordahl-Pedersen, 2016).

2.1.4 Depresjon

Et av de største helseproblemene vi står overfor i dag er depressive lidelser, både lettere former og de mer alvorlige formene. Tidligere led mange mennesker i ensomhet og oppfattet sin depresjon som en del av livet. I dag oppsøker man oftere helsehjelp, og det diagnostiseres depressive tilstander langt oftere (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Alle mennesker opplever å være lei seg eller møte motgang i løpet av livet. Sorgprosessen er en prosess som varer fra vi blir rammet av motgang til vi finner igjen livsglede og noe å leve for. I noen tilfeller skjer ikke denne naturlige sorgprosessen, man kan enten bli værende nedstemt og ikke komme seg ut av den, eller ende opp i en tilstand av dyp depresjon. I disse tilfellene har nedstemtheten blitt til en psykisk lidelse innenfor det vi kaller stemningslidelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Hos voksne forekommer ofte depresjon som en psykisk lidelse uten at man kan peke på noen ytre utløsende årsak, og det kan være mange ulike grunner til at en person blir deprimert (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016). Grunnlaget for å utvikle en depressiv lidelse kan for eksempel bunne i biologiske eller psykiske forhold, nåværende levevilkår, eller tidligere hendelser som har gjort personen sårbar. Disse tidligere hendelsene ligger latent hos menneske, og kan senere bli utløst når traumene fra tidligere opplevelser dukker opp, og det blir for vanskelig for personen å holde følelsene i sjakk (Håkonsen, 2014). I noen tilfeller kan mennesker bli deprimerte uten at de selv eller andre rundt kan gi en rimelig forklaring på hvorfor, og det er ikke alltid at den utløsende årsaken fremstår som negativ i andre sine øyne (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Typiske kjennetegn på en depressiv lidelse er nedstemthet, manglende interesse, lite eller ingen glede og lite energi. Andre symptomer kan være nedsatt selvfølelse, dårlig konsentrasjonsevne og en følelse av skyld. Utrøstelig tristhet, følelse av å være verdiløs og

ikke ha noe håp for framtiden, er også kjennetegn på depresjon. Ved en dyp depresjon mister man evnen til å tenke realistisk om både seg selv og framtiden, tanker om selvmord kan dukke opp, og vrangforestillinger eller hallusinasjoner kan også oppstå i enkelte tilfeller. Personen kan bli rammet av psykomotorisk hemning, det vil si at han eller hun kan bli tafatt og fåmælt, ta minimalt med initiativ, være mimikkløs, og bevegelsene går sakte og er nesten uten kraft. Kroppens egne funksjoner kan komme i ubalanse, og føre til at personen får vegetative symptomer som nedsatt matlyst, tendens til obstipasjon og dårlig søvnkvalitet. Om det er snakk om dype depresjoner kan personen ofte være mest nedstemt om morgenen før det eventuelt kan lette noe utover kvelden. Dette kalles døgnvariasjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Ifølge de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, er det overordnede målet med behandlingen av depresjon at pasientene skal føle frihet fra depressive symptomer, og som følge av det kunne komme tilbake til full funksjon både sosialt og yrkesmessig. Disse retningslinjene gir anbefalinger, men i mange tilfeller vil kombinasjoner av ulike profesjoner i helsevesenet gi bredere behandlingstilbud. Derfor bør det legges til rette for konkrete tiltak for hver enkelt pasient (Helsedirektoratet, 2009).

2.1.5 Etikk

Etikk er svært relevant for sykepleiere, og vi kan handle ut fra “De fire etiske prinsippene”. Enhver av de fire prinsippene er blitt definert som en plikt, men de er ikke absolutte da det kan være situasjoner hvor man må gjøre unntak. De fire prinsippene er likeverdige, så det er ingen prinsipper som er viktigere enn andre (Brinchmann, 2016).

- *Velgjørenhet*- plikten til å gjøre godt mot andre.
- *Ikke skade*- plikten til å ikke skade andre.
- *Autonomi*- plikten til å respektere autonome personers beslutninger.
- *Rettferdighet*- plikten til å behandle like tilfeller likt (formell rettferdighet) og til å fordele ressurser rettferdig (fordelingsrettferdighet).

(Brinchmann, 2016, s. 85).

Prinsippet om *autonomi*, er spesielt relevant, da dette omhandler plikten til å respektere de beslutningene brukeren tar. Dette vil si at vi som sykepleiere skal respektere brukerens eller pasientens meninger og beslutninger, og se på dette som viktig i behandlingsprosessen (Brinchmann, 2016).

2.2 Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet vil vi belyse teoriene til sykepleieteoretikerne Virginia Henderson og Joyce Travelbee, og Aaron Antonovskys teori om salutogenese.

2.2.1 Grunnleggende behov

Virginia Henderson var en sykepleieteoretiker (f. 1897-d. 1996) som har hatt stor betydning innen sykepleiefaget, og hun formidlet tanker som er like aktuelle i dag. Henderson kan betegnes som etterfølgeren til Florence Nightingale (f.1820-d.1910), ettersom hun fulgte opp Nightingales arbeid som omhandlet utøvelsen av god sykepleie. For Henderson var god sykepleie å ivareta pasientenes grunnleggende behov når de var syke, på samme måte som pasienten selv ville ha gjort det om han eller hun var frisk. Hun beskrev det som viktig å hjelpe pasienten på det stadiet han eller hun er der og da, og gi hjelp med de helseutfordringene de ikke mestrer selv. Hun beskriver også at man skal bidra til at pasienten kan bli uavhengig av hjelp, og greie seg på egenhånd om det er en mulighet (Mathisen, 2016).

En sykepleier må ha oversikt over hva slags hjelp pasienten har behov for. Henderson sin teori bygger på 14 punkter som hun beskriver som viktig for å ivareta menneskets grunnleggende behov. Ved å ta utgangspunkt i disse punktene kan sykepleieren observere pasienten, og vurdere om det er mangel på krefter, kunnskap eller vilje som gjør det vanskelig å ivareta disse behovene. Dersom det er noen områder som er vanskelig for pasienten å ivareta, har vedkommende behov for hjelp av en sykepleier (Mathisen, 2016).

Løkensgard (1995) og Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke (2016) vektlegger at følgende fem behov hentet fra Hendersons 14 grunnleggende behov kan være svært utfordrende å ivareta for pasienter med depresjon:

- “å kunne spise og drikke tilstrekkelig”
- “å kunne holde kroppen ren og velpleid og huden beskyttet”
- “å kunne unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre”
- “å kunne uttrykke følelser, behov, frykt osv. gjennom kommunikasjon med andre”
- “å kunne ha oppgaver som gir en følelsen av å prestere noe”

(Mathisen, 2016, s. 128)

En profesjonell sykepleier har altså mange kompliserte og allsidige oppgaver, og det å skape grunnlag som fremmer pasientens helse, er en av dem (Mathisen, 2016).

2.2.2 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee (f.1926-d.1973) var psykiatrisk sykepleier og lærer i sykepleierutdanningen. I sin teori er hun opptatt av at hvert enkelt menneske er et eget unikt individ, og at mennesket, gjennom hele livet, er i vekst, utvikling og forandring. Hun retter også fokus mot relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. I følge Travelbee (1999) er sykepleie et middel man kan bruke for å hjelpe andre mennesker, og skal derfor ikke ha handlinger som et mål.

Med bakgrunn i Travelbee sin teori, skal man som profesjonell sykepleier kunne bruke seg selv terapeutisk. En sykepleier skal ha som mål å hjelpe enkeltindivid, familie eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. Ved å dele opplevelser og erfaringer med den som er syk, eller den som har behov for sykepleierens tjenester, kan man skape et menneske-til-menneske-forhold. Videre beskriver Travelbee (1999) at et menneske-til-menneske-forhold kun kan skapes og opprettholdes, hvis man overskrider sykepleierrollen. Overskridelse av sykepleierrollen vil kun skje hvis man som sykepleier har evnen til å se menneskene man har omsorg for som enkeltindivider, og samtidig tillater hvert individ å oppfatte deg som et menneske bak sykepleiertittelen.

Menneske-til-menneske-forholdet er som beskrevet tidligere basert på at sykepleier kan henvende seg på en disiplinert intellektuell måte, og bruke seg selv terapeutisk. Under all kontakt mellom sykepleier og den som er syk, vil det foregå kommunikasjon, både verbal og non-verbal. Dette gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med mennesket bak sykdommen, og ut ifra dette kunne kartlegge den sykes behov. Kommunikasjon er ikke et mål, men et

hjelpemiddel sykepleiere kan bruke for å oppnå god pleie. Det er viktig at man som sykepleier kartlegger den sykes behov, for videre å kunne planlegge behandling og iverksette sykepleietiltak (Travelbee, 1999).

2.2.3 Salutogenese

Den amerikansk-israelske sosiologen Aaron Antonovsky (f.1923-d.1994) tok opp kampen mot sykdomsfokusering. Antonovsky hadde en filosofi om at helsefremming og opplevelse av helhet, er begreper som henger sammen. Han utviklet teorien salutogenese som understreker opplevelsen av mening og sammenheng, og også våre evner, ressurser og muligheter til å oppleve mestring og få en bedre helse og livskvalitet. Dette innebærer at man ikke bare ser den andre som en pasient eller bruker, men har fokus på dens ressurser og mulighet for mestring og utvikling. Sett fra dette perspektivet kan man si at god kommunikasjon forutsetter at man ikke identifiserer pasient eller bruker med selve sykdommen. Man skal se vedkommende som en hel person med evner, muligheter, relasjoner, egne verdier og prioriteringer (Eide og Eide, 2017). I stedet for å kun fokusere på patogenesen som innebærer sykdomsfremkallende forhold, bør man ha fokus på salutogenese som altså innebærer forebyggende arbeid for å styrke helsen og motstandskraften mot negative faktorer. Et støttende og sosialt nettverk er svært viktig for fysisk og sosial helse, og sosial isolasjon og ensomhet gir økt risiko for ulike sykdommer, og tidlig død. Å ha et sosialt nettverk er viktig for emosjonell støtte, og det kan virke helsefremmende og sykdomsforebyggende. Det å være i arbeid er med på å skape identitet, rutiner og sosial kontakt, noe som i de fleste tilfeller er en positiv helseressurs (Mæland, 2017).

Sense of coherence er noe Antonovsky betegner som en grunnholdning bestående av tre hovedelementer. De tre holdningene går ut på hvordan vi tror vi kan påvirke nye situasjoner, om vi tror situasjonen er logisk og forutsigbar, og om vi tror at situasjonens utfordringer er overkommelige. Vi kan sammenligne *sense of coherence* med forutsigbarhet eller opplevelse av sammenheng (Walseth og Malterud, 2004).

2.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å belyse temaet brukermedvirkning. Vi setter søkelys på relasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, og har valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan man som sykepleier stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon?

For å svare på problemstillingen har vi gjennomført en systematisk litteraturstudie. I tillegg har vi brukt foreliggende faglig litteratur, nasjonale dokumenter og lovgivning vi anser som relevant for vårt valg av tema, hensikt og problemstilling. Vi ønsker å ha fokus rettet mot brukermedvirkning hos pasienter med depresjon, da sykepleiere ofte har en viktig rolle i deres behandlingsforløp (Løkensgard, 1995).

3.0 Metode

Dette kapitlet belyser litteraturstudie som metode, søkestrategien som er tatt i bruk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, og analyse. Her vil vi også beskrive valgene frem mot drøfting.

3.1 Litteraturstudie som metode

Vi har brukt litteraturstudie som metode. Det vil si at dette er en studie som kategoriserer informasjon fra skriftlige kilder. Det innebærer å samle inn litteratur, gjennomgå den med kritiske øyne, og sammenfatte det hele til slutt. Gjennom en slik litteraturstudie ønsker vi å gi leseren en oppdatering og forståelse av hva som etterspørres i problemstillingen (Thidemann, 2015). For å kunne besvare problemstillingen er det blitt gjort søk i internasjonale databaser og funnet relevante forskningsartikler. I tillegg er det benyttet fagbøker og nettsider med troverdige kilder som sekundærlitteratur.

Når vi hadde hensikt, problemstilling, inklusjons- og eksklusjonskriteriene klare, søkte vi på artikler med valgte søkeord. Under søkeprosessen fant vi 12 artikler som så interessante ut i forhold til vår problemstilling og hensikt. Vi leste *abstract* på dem alle, før vi videre undersøkte om de innfridde kriteriene vi hadde satt. Sju artikler ble valgt bort av ulike

grunner. Dette kunne for eksempel være at det var fagartikler istedenfor vitenskapelige artikler, eller at de presenterte forskning som var mindre relevant for vår oppgave.

Vi endte opp med å finne fem artikler som var vitenskapelige og fagfellevurderte, og som bidro med kunnskap som var relevant for å besvare problemstillingen i oppgaven vår.

3.2 Søkestrategi

Vi har brukt internasjonale databaser for å søke etter artikler. For å finne artikler som er relevante for vår oppgave, har vi tatt i bruk Cochrane Library, SveMed+ og Medline (Ovid). Dette er databaser som er sentrale for helsefag (Thidemann, 2015). Søkord vi har tatt i bruk er; “empowerment”, “patient participation”, “nursing”, “hope”, “brukermedvirkning”, “depresjon”, “depression”, “psychiatry”, “user participation”, “sense of coherence”, “communication”, “individual plan” og “power”. Alle disse søkeordene ga høyt antall treff. For å redusere resultatet har vi valgt å kombinere noen av disse søkeordene. Dette hjalp oss med å begrense søket. Ved valg av søkeord kan man velge mellom “emneordsøk (MeSH)” og “tekstordsøk” (Thidemann, 2015). Vi har valgt å bruke begge søkemetodene, da dette ga oss best mulig treff. Dette vil være markert i parentes bak valgte søkeord i tabell 1. Antall treff og de ulike kombinasjonene vises også i tabell 1. I tabell 2 vises våre inklusjons og eksklusjonskriterier.

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Tittel på valgt artikkel
1. Empowerment 2. Patient participation	SveMed+ (27/3-19)	1 AND 2	47	“Refleksjon over praksis i lys av empowerment- en fokusgruppeundersøkelse”
3. Nursing 4. Hope	SveMed+ (27/3-19)	3 AND 4	7	“En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid”
7. Individual plan 8. User participation	SveMed+ (27/3-19)	7 AND 8	4	“Individual plan” in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of “individual plans” in Norwegian mental health services.
1. Nursing (Emneord) 5. User Participation	Medline (Ovid) (26/3-19)	1 AND 5	15	“Service users’ experience of participation in decision making in mental health services”
3. Depression (MeSH) 5. Power (Psychology) (MeSH)	Cochrane (library) (27/3-19)	3 AND 5	18	“Effects of momentary self-monitoring on Empowerment in a randomized controlled trial in patients with depression”

Tabell 1: Søkestrategi

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler som er fagfellevurderte og som inneholder IMRAD-struktur.	Publikasjoner som er eldre enn 10 år.
Artikler som er publisert i tidsrommet mellom 2009 og 2019.	Artikler hvor forskningen har fokus på barn.
Alder på de som har deltatt i studien er mellom 17-70 år.	Artikler utenfor Europa.
Begge kjønn kan ha deltatt i studiene.	
Både kvantitative og kvalitative studier.	
Norsk eller engelsk tekst på artiklene.	
Relevant innhold i forhold til å besvare problemstillingen.	
Sykepleiefaglig relevans	

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I tabellen ovenfor (Tabell 2) viser vi til inklusjons- og eksklusjonskriterier vi har benyttet i litteratursøkene.

For å forsikre oss om at artiklene var både fagfellevurderte og vitenskapelige, som var et av inklusjonskriteriene, gikk vi inn på Norsk senter for forskningsdata (NSD.no) sin nettside, som har et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Vi søkte opp tidsskriftene som har publisert våre valgte artikler, og fant ut at tidsskriftene publiserer vitenskapelig artikler. Vi sjekket også om valgte artikler inneholdt IMRaD-struktur, ettersom dette er en god indikasjon på om artiklene er vitenskapelige (Thidemann, 2015).

Grunnen til at vi har valgt å bruke artikler som er publisert i tidsrommet mellom 2009 og 2019 som et av inklusjonskriteriene, er at vi ønsker å bruke nyere forskning i oppgaven vår. Brukermedvirkning har vært et aktuelt tema i Norge i minst 20 år (Rønning og Solheim, 1997), men har de seneste årene fått ny og forsterket aktualitet, og er derav mye omtalt i

praksis (Regjeringen, 2015). Vi ønsket også å avgrense oppgaven vår ved å ha fokus på voksne brukere/pasienter. Ettersom brukermedvirkning og depresjon omhandler begge kjønn har vi valgt dette som et inklusjonskriterie. En del av artiklene omhandler også helsepersonell (som også kan være av begge kjønn). Valg av inklusjonskriteriet “Både kvantitative og kvalitative studier”, var for å kunne få et bredt spekter rundt forskning som er gjort om brukermedvirkning, og vi var åpne for å bruke artikler med begge metoder. Vi har valgt artikler som er skrevet på norsk og engelsk, da dette er språk vi behersker godt. Dette ga oss et bredere utvalg, enn om vi kun hadde valgt artikler skrevet på norsk. Europeiske artikler som et inklusjonskriterie ga oss også et større utvalg av artikler vi kunne benytte oss av. For å finne artikler som vi kunne ha nytte av, måtte de inneholde kunnskap og forskning som var relevant for å besvare problemstillingen vår.

3.4 Analyse

“Analys betyder dela upp i mindre delar” (Forsberg og Wengström, 2016, s. 152). Under analyseringen av de fem vitenskapelige artiklene, er blant annet metoden for analyse av vitenskapelige artikler, beskrevet av Forsberg og Wengström (2016) blitt brukt. Vi plukket i fra hverandre de fem valgte artiklene i mindre deler, og leste delene nøye hver for seg slik Forsberg og Wengström (2016) anbefaler. Under granskingen av artiklene, tok vi også i bruk markeringstusjer i ulike farger for å merke oss felles temaer som var fremtredende. Fargekodene ga oss muligheten til å lage hovedkategorier vi kunne bruke senere i oppgaven (Thidemann, 2015). Etter at artiklene hadde blitt tatt ifra hverandre og gransket hver for seg, var neste steg i Forsberg og Wengström (2016) sin metode for analyse, å sette sammen undersøkte biter på en ny måte. De tre hovedkategoriene vi kom frem til var følgende; “håp, mestring og empowerment”, “Individuell plan” og “tillit, kommunikasjon og motivasjon”. Alle artiklene har også blitt lest i sin helhet flere ganger for å kunne tolke både helheten og detaljene. Dette er viktig for å få en god forståelse av hva artiklene faktisk omhandler. Problemstillingen har vært sentral under analyseringen, dette for å få en stadig påminnelse om hva oppgaven vår etterspør (Thidemann, 2015). Artiklene tar for seg forskning sett fra både sykepleierens og brukerens perspektiv, noe vi mener er viktig for å kunne gå i dybden i valgt tema.

4.0 Resultater

Artikkel med referanse	<p>En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid</p> <p>Holm, C.C., Steindal S.A., Foss, B. og Dihle, A.</p> <p>Norge, 2018</p> <p>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</p>
Hensikt	<p><i>“Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell innen psykisk helsearbeid erfarte og forsto ulike uttrykk for håp hos brukere i kommunehelsetjenesten” (Holm, et al., 2018, s. 16).</i></p>
Metode	<p>Kvalitativ studie. Studien har beskrivende og undersøkende design med flerstegs fokusgruppeintervjuer. Det ble intervjuet fem helsearbeidere to ganger. Det var ønskelig å utføre intervju med helsepersonell som hadde erfaring med håp hos brukere, og det ble rekruttert deltakere fra psykisk helsetjeneste. Utvalget ble fem kvinner hvor tre stykker var sykepleiere, den fjerde var vernepleier og den siste var hjelpepleier. Alderen på kvinnene var mellom 35 og 60 år. De hadde mellom tre til 30 års erfaring innen psykisk helsearbeid eller psykiatri. Ved begge intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide som inneholdt seks spørsmål. Våren 2013 møttes fokusgruppene to ganger, med fire ukers mellomrom slik at det ble mulighet til individuell refleksjon mellom møtene.</p>
Nøkkelord	<p>Håp, psykisk helsearbeid, fokusgrupper, recovery.</p>
Hovedfunn	<p>Hovedfunnene i artikkelen beskrev håp som viktig for brukeren når de opplevde livet som vanskelig. Det å ha noe å se frem til, som for eksempel en meningsfull aktivitet eller lignende, ble ansett som viktig. For å nære håp var det nødvendig å hjelpe brukerne slik at de kunne finne en mening i tilværelsen. Deltakerne var opptatt av å hjelpe brukerne til å skape en opplevelse av seg selv, slik at de kunne sette egne mål og være delaktige i sitt eget liv. Det å ha tro på brukeren og ansvarliggjøre dem slik at de etterhvert kunne ta ansvar for eget liv ble fremhevet. Det å være lyttende, støttende og skape tillitsforhold til brukerne var vesentlig for å skape en god relasjon til brukerne. Det å se brukerens ressurser bidro til å skape gode relasjoner.</p>

Artikkel med referanse	<p>Service users' experiences of participation in decision making in health services.</p> <p>Dahlqvist -Jönsson. P., Schön. U-K., Rosenberg. D., Sandlund. M. og Svedberg. P.</p> <p>Sverige, 2015</p> <p>Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing.</p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer brukerne har knyttet til deltakelse i beslutningsprosessen i helsevesenet, og hvilke støttetiltak som øke deltakelsen.</p>
Metode	<p>Denne studien har et undersøkende design basert på metoden Constructivist Grounded Theory (CGT). De undersøker brukernes erfaringer rundt deltakelse i beslutningsprosessen i helsevesenet. Dette for å kunne lage en modell basert på studien. CGT skal hjelpe med utformingen av denne modellen, da den baserer seg på relativisme og forståelse av deltakernes ulike utsagn, og gir et godt samarbeid mellom forskerne og deltakerne. I studien deltok det 20 brukere med erfaring med alvorlig psykisk lidelse og fra psykiatritjenesten. For å samle inn data har brukerne blitt intervjuet både i grupper og individuelt.</p>
Nøkkelord	<p>Grounded Theory, Participation, Recovery, Severe mental illness, Shared decision making.</p>
Hovedfunn	<p>I denne studien ble det funnet tre faktorer som beskriver ulike dilemmaer blant deltakelse i avgjørelsesprosessen; "Being the underdog", "Being controlled" og "Being omitted". Deltakerne i studien kjente på en følelse av at deres kunnskap og likeverd, ikke ble tatt med i beslutningsprosessen, sammenlignet med de profesjonelle. Dette ga de en følelse av redusert selvtillit og liten mulighet for å påvirke behandlingen.</p>

Artikkel med referanse	<p>“individual plan” in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of “individual plans” in Norwegian mental health services.</p> <p>Holum, L.C.</p> <p>Norge, 2012</p> <p>Nordic Journal of Psychiatry</p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvor fornøyde ti utvalgte pasienter var med sin individuelle plan og prosessen rundt. Studien undersøkte også om individuell plan kan øke brukermedvirkning og empowerment.</p>
Metode	<p>Kvalitativ studie. Alle informantene fra forskningsprosjektet ble rekruttert i fra Helse Sør-Øst-regionen. Det ble først intervjuet 21 ledere fra 18 forskjellige klinikker innen psykisk helse. 17 av de som ble intervjuet ble bedt om å rekruttere to personer med Individuell Plan. Lederne rekrutterte fra 0 til 4 pasienter. Også koordinatorene, en terapeut og pårørende til enkelte pasienter ble intervjuet. I tillegg ble ti pasienter intervjuet, og pasientene var i alderen mellom 17- 37 år. Alle mottok hjelp fra psykiatritjenesten, og led av langvarig psykisk sykdom. Depresjon var en av flere diagnoser pasientene hadde. De ti pasientene som ble intervjuet hadde alle behov for tilpasset hjelp.</p>
Nøkkelord	<p>Individual plan, qualitative study, mental health care, user participation, empowerment.</p>
Hovedfunn	<p>Gjennom intervjuer av ti pasienter, kommer det frem at en individuell plan er et velfungerende verktøy. Den bør brukes aktivt i samarbeid med pasientene for at den skal ha ønsket funksjon. Studien viser til fire temaer som fremstår som viktig for å ha en god individuell plan; formulerer mål, ha en aktiv deltakelse til prosessen, viktigheten av kunnskap og kompetanse og relasjoner i samarbeidet.</p>

Artikkel med referanse	<p>Refleksjon over praksis i lys av empowerment- en fokusgruppeundersøkelse</p> <p>Tveiten, S., Onstad, R.F. og Haukland, M.</p> <p>Norge, 2015</p> <p>Nordic Journal of Nursing Research</p>
Hensikt	<p>I denne studien var hensikten å innhente kunnskap om fagpersoners meninger og erfaringer når det gjaldt praktisering av empowerment.</p>
Metode	<p>Et undersøkende design og kvalitativ metode med fokusgruppeintervju ble benyttet i datainnsamlingen. Forskningen er utført på to avdelinger på et distriktspsykiatrisk senter i Norge. To fokusgrupper bestående av fagpersoner ble intervjuet to ganger. Den første fokusgruppen bestod av sykepleiere, ergoterapeuter og hjelpepleier med videreutdanning som til sammen var sju stykker. Den andre fokusgruppen bestod av sykepleiere, vernepleiere og hjelpepleiere som til sammen var seks stykker. Det ble brukt en intervjuguide med konkretiseringer av forskningsspørsmålene.</p>
Nøkkelord	<p>Empowerment, focus group, legitimization, patient participation, psychiatric practice.</p>
Hovedfunn	<p>Informantene uttrykte at pasientene har liten innflytelse i beslutninger som tas på systemnivå, men at de har litt mer innflytelse i sin egen behandling. Diskusjonene viste at informantene mente det var flere forhold når det gjelder organiseringen av den psykiatriske helsetjenesten som hadde innvirkning på bruken av empowerment. Kort behandlingstid og tidspress var forhold informantene beskrev hindrende for bruken av empowerment. Det ble uttrykt ønske om omorganisering av psykiatritjenesten, og for- og ettervern, og at den ble mer individuelt tilpasset. For å kunne tilrettelegge og involvere pasienten var kunnskap om pasienten, diagnose og behandling viktig. Det kan være vanskelig med empowerment i praksis da fagpersoner skal praktisere i skjæringspunktet mellom fagkunnskap, system og organisatoriske begrensninger og pasienters behov.</p>

Artikkel med referanse	<p>Effects of momentary self-monitoring on empowerment in a randomized controlled trial in patients with depression.</p> <p>Simons, C.J.P., Hartmann, J.A., Kramer, I., Menne-Lothmann, C., Höhn, P., Van Bommel, A.L., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Van Os, J., Wichers, M.</p> <p>Nederland, 2015.</p> <p>European Psychiatry</p>
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke om en intervensjon kalt “Experience sampling method” (ESM), kunne øke pasientens empowerment.</p>
Metode	<p>Denne studien er en randomisert og kontrollert studie som ble gjennomført med tre parallelle “undersøkelsesarmer”. Det vil si at det er tre behandlinger som er sammenlignet. Deltakerne ble plassert tilfeldig i de tre ulike gruppene, hvorav én av gruppene var en kontrollgruppe som mottok vanlig behandling. Studien bestod av et telefonintervju, en masseundersøkelse, en startvurdering, en seks ukers intervensjonsperiode, post-vurdering i uke 7 og fem oppfølgingsvurderinger (i uke 8, 12, 16, 20 og 32). Deltakerne fikk også utdelt en elektronisk ESM-enhet, for å kunne vurdere dagliglivet øyeblikkelig.</p>
Nøkkelord	<p>Ecological momentary assessment, intervention study, self-monitoring, personalized feedback, depressive disorder, empowerment.</p>
Hovedfunn	<p>I denne studien beskrives en teknologisk tilnærming hos pasienter med depresjon. Studien viser til at en metode kalt ESM-metoden, Den går ut på å involvere pasienten, og gi han eller hun en aktiv rolle i behandlingsforløpet. ESM viser til resultater som forteller oss at denne type behandling sammen med standard antidepressiv behandling, kan øke følelsen av empowerment hos deprimerte pasienter. ESM er en behandlingsmetode som baseres på personsentrert behandling, og gir pasientene muligheten til å overvåke egne symptomer i hverdagen. Dette gjør at pasientene selv kan se hva de må jobbe videre med og hjelper pasienter å delta aktivt i behandlingen og gjør de mindre passive. Deltakerne fikk utdelt det studien beskriver som en ESM-enhet, som gjorde at de kunne dokumentere følelser gjennom dagen. Man ser at ved hjelp av ESM i tillegg til standard antidepressiv behandling, kan man øke empowerment hos pasienter med milde til alvorlige symptomer. I studien kommer det frem at både den eksperimentelle gruppen og den pseudo-eksperimentelle gruppen hadde økende empowerment mellom før- og etter-vurdering. Begge disse gruppene hadde en økning i empowerment sammenlignet med kontrollgruppen.</p>

4.1 Hovedfunn i artiklene

4.1.1. Håp, mestring og empowerment

Deltakerne i studien til Holm *et al.* (2018) hadde erfaring med at det var viktig å hjelpe brukerne med å finne en mening i tilværelsen. En av deltakerne mente at det å oppleve håp hadde betydning for å mestre av hverdagen. Det var viktig for helsepersonellet i studien at brukeren fikk hjelp til å bli aktør i eget liv. Det kom også frem at det var viktig å ha tro på at brukeren kunne få det bedre, og ansvarliggjøre han slik at han etterhvert kunne ta ansvar for eget liv. Videre beskriver Holm *et al.* (2018) at deltakerne så på det som viktig at brukerne ble stimulert, slik at de selv ønsket endring. Dette kunne dreie seg om å skaffe seg jobb, ta utdanning eller stifte familie. En av deltakerne tenkte at dette omhandlet holdningsendringer blant brukerne. I samme studie mente en annen deltaker at håp kunne relateres til mer enn det å lytte og forstå. Noe av det viktigste de kunne gjøre som helsepersonell, var å få tak i den indre drivkraften, som var gjemt bak skuffelser og krenkelsers. Dette vil kunne gi brukerne den driven og gleden de en gang hadde (Holm *et al.*, 2018).

Tveiten, Onstad og Haukland (2015) beskriver i sin artikkel at empowerment innebærer maktfordeling, medvirkning og anerkjennelse av pasientens kompetanse på seg selv. Empowerment kan oppfattes som en sosial prosess som bidrar til å styrke brukerens evne til å se sine egne behov, løse problemer og igangsetter nødvendige ressurser for å kunne føle kontroll over sitt eget liv (Simons *et al.*, 2015). Simons *et al.* (2015) beskriver denne prosessen som viktig for at både fagpersonens og pasientens stemme kommer til uttrykk, og derfor bør medvirkning stå sentralt. Studien til Simons *et al.* (2015) viser til at en ny behandlingsmetode kalt experience sampling methodology (ESM), ga pasientene mulighet til å overvåke egne symptomer og se ting i sammenheng, og ut ifra det bidra til en mer personlig tilpasset behandling. Det at pasientene fikk mulighet til å delta i egen behandlingsprosess og fikk muligheten til å motta tilbakemeldinger, ga positive resultater. Dette ga igjen resultater som viste at pasientene følte økt grad av empowerment fra før studien begynte til avsluttet studie.

Lite bemanning og mange vikarer i psykiatritjenesten påvirker pasientsamhandlingen og er med på å påvirke tankegangen om empowerment (Tveiten, Onstad og Haukland, 2015). Studien til Tveiten, Onstad og Haukland (2015) viste også at det var uklarhet omkring

begrepet respekt og dens betydning. Mellom informantene ble begrepet både benyttet som et tegn på nettopp respekt, men også om makten og innflytelsen personalet hadde som følge av lovverket. Enkelte av informantene sa de av og til bestemte over pasientene, men følte likevel ikke at de overkjørte dem.

4.1.2 Individuell plan

Ifølge Holum (2012) er intensjonen med IP god, og den virker å være nyttig for de med ressurser, for de som ønsker hjelp og som er samarbeidsvillige. Det anses som viktig at planen blir oppdatert og revidert regelmessig, for at planen skal være et nyttig verktøy til enhver tid. I samme studie kommer det frem at det å formulere mål, få skrevet de ned i planen og iverksette arbeide med å nå dem er viktig. Noen kunne føle at målene var for store, mens andre mente målene de hadde satt seg var for små, derfor var det viktig at deltakerne kunne endre målene underveis. IP skal også være et hjelpemiddel for å gi pasienten eller brukeren en stemme, og ansvarliggjøre dem overfor eget liv og behandling (Holum, 2012). Holum (2012) beskriver videre i sin studie at IP også kan bidra med kunnskap og kompetanse for å gi pasientene en oversikt over egen sykdom, videre prognose, behandling og hvordan helsevesenet er satt sammen. Alle disse faktorene er med på å bidra til at pasienten kan ta gode valg i dagliglivet. Videre blir det beskrevet at en god relasjon mellom pasienten, koordinatoren og tjenesteyterne er viktig for å ha en IP som er velfungerende. Denne relasjonen ser også ut til å kunne øke tilliten, sympatien, gjensidigheten og respekten, og gi pasienten en følelse av å være en likeverdig person, og ikke en pasient.

4.1.3 Tillit, kommunikasjon og motivasjon

Holm *et al.* (2018) beskrev i sin studie at en lyttende og støttende holdning er viktig for å skape trygghet i relasjonen mellom bruker og helsepersonell, og for å kunne bygge opp et tillitsforhold til brukerne. Om det ikke ble tatt hensyn til brukerens ressurser kunne en opplevelse av håpløshet oppstå. Tett samarbeid som baseres på tillit mellom helsepersonell og brukere, er grunnleggende for kunne skape håp (Holm *et al.*, 2018). I mange tilfeller kan det å ha tid til å lytte og støtte være vanskelig å gjennomføre, da fagpersoner skal praktisere på tvers av fagkunnskap, system og organisatoriske begrensninger (Tveiten, Onstad og Haukland, 2015). Tveiten, Onstad og Haukland (2015) påpeker i sin studie at pasientsamhandlingen ble påvirket negativt som følger av lite bemanning, mange deltidsstillinger og ombemanning i psykiatritjenesten. Dette kommer også frem i studien til

Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015). Videre beskriver Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) at pasientene følte de hele tiden kjempet en kamp om å bli sett på som en kompetent og likeverdig person, og satte de i tre ulike situasjoner; undertrykt, kontrollert og utelatt. I disse tre kategoriene ble det trukket frem at de følte mangel på kommunikasjon, mangel på kunnskap og mangel på tillit. Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) påpeker også viktigheten av grunnleggende sykepleiepraksis, inkludering av brukerne i beslutningene, og i tillegg kunne se på klinisk relevante mål som symptomreduksjon og aksept av behandlingsintervensjoner.

5.0 Drøfting

Sykepleiere spiller en viktig rolle innenfor behandlingen til pasienter med depresjon. Noen av oppgavene til sykepleieren er å skape selvtillit, motivasjon og håp slik at pasienten selv ønsker å bidra i sitt eget behandlingsforløp. Ut ifra disse tiltakene tenker vi at man vil kunne stimulere til økt brukermedvirkning hos denne type pasient. Her vil funnene fra artiklene bli drøftet opp mot annen relevant fag- og forskningslitteratur.

5.1 Drøfting av hovedfunn

5.1.1 Håp, mestring og empowerment

I Holm *et al.* (2018) erfarte deltakerne at håp var viktig for brukerne, og var noe de kunne holde fast ved når livet ble opplevd som vanskelig. Som beskrevet tidligere er manglende interesse, lite energi, håpløshet og nedstemthet kjennetegn på depresjon (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016), og det er derfor viktig å ha konkrete avtaler eller aktiviteter som er meningsfulle for brukeren i hverdagen. Dette blir påpekt som viktige elementer i studien til Holm *et al.* (2018). En utfordring ved dette kan for eksempel være å finne aktiviteter brukeren ser på som meningsfull når livet oppleves som vanskelig og håpløst. Deltakere i samme studie hadde erfaring med at en viktig del av arbeidet deres var å hjelpe brukeren med å finne en mening med tilværelsen, slik at de kunne nære håp. En annen av deltakerne i studien til Holm *et al.* (2018) uttalte at håp hadde med mestring av hverdagen å gjøre. Det gjaldt å få brukeren til å engasjere seg, finne noe han eller hun kunne se frem til, og som kunne løfte pasienten. Deltakerne var også opptatt av at brukerne skulle få hjelp til å skape en opplevelse av seg selv, og bli aktører i eget liv som satte seg nye mål for fremtiden (Holm *et al.*, 2018). Norsk sykepleierforbund sine etiske retningslinjer går ut på at sykepleieren skal medvirke til håp og mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette kan

sykepleiere sørge for ved å gi god veiledning, gi økt makt til pasientene i behandlingsforløpet, og ta i bruk pasientens egne ressurser. Videre vil dette kunne gi pasienten en følelse av mestring og kontroll over egen helse (Kassah, Nordahl-Pedersen, Tingvoll, 2016). Aaron Antonovsky sin teori er med på å understreke viktigheten av å se helheten av en person, og ikke bare sykdommen. Man bør ha fokus på pasientens evner og muligheter (Eide og Eide, 2017). *Sense of Coherence* innebærer hvordan vi mennesker tror vi kan påvirke situasjoner, om situasjonen er logisk og forutsigbar, og om vi tenker at situasjonens utfordringer er overkommelige (Walseth og Malterud, 2004). Vi tenker det er viktig at sykepleieren setter seg ned, tar seg tid og viser interesse overfor pasienten. Ved å se på pasientens ferdigheter og muligheter kan man sammen med pasienten finne frem til passende aktiviteter som kan oppleves som meningsfulle. Ut ifra egne erfaringer fra praksis, har vi sett at pasienter med moderat depresjon har fått styrket selvfølelsen ved at de har blitt sett på som en likeverdig person, som er mer enn bare en diagnose. For å få dette til i praksis er det viktig at vi som sykepleiere bestreber oss på å leve opp til Travelbees budskap - nemlig at vi evner å se pasienter og brukere som enkeltindivider, og samtidig tillater at de oppfatter oss som de menneskene vi er bak sykepleiertittelen.

Rønning og Solheim (1997) beskriver i sin bok at brukermedvirkning må skje i et samarbeid bestående av flere parter, og at det kan beskrives som en relasjon mellom to eller flere. Lyttende og støttende holdninger er blitt trukket frem som viktige elementer for å skape trygghet i relasjonen til brukerne i studien til Holm *et al.* (2018). Det kommer også frem at enkelte deltakere mener det ikke er nok med bare å lytte og forstå, for å kunne skape håp. Disse personene ønsket å få tak i den indre "motoren" til pasientene, som de selv kanskje hadde glemt at de hadde. De ønsket også å få tak på hva som har drevet pasientene tidligere og gitt dem glede. Helsepersonell bør hjelpe brukeren til å gjenvinne selvrespekt og finne egne livsverdier som er holdbare (Holm *et al.*, 2018). For å få til dette i praksis er Virginia Hendersons budskap om å hjelpe pasienter på det stadiet i livet han eller hun befinner seg, og hjelpe til med de helseutfordringene pasienten ikke mestrer selv (Mathisen, 2016). Etterhvert som deprimerte pasienter får en større mestingsfølelse, kan det tenkes at de også vil ta mer initiativ og sette flere mål de selv ønsker å oppnå. I praksis betyr dette slik vi ser det, at vi som sykepleiere tar del i denne prosessen ved at vi hele tiden er oppmerksomme på at pasienten er i bevegelse, og dermed endrer tiltak og strategier i tett og konkret samarbeid med pasienten. Vi må med andre ord alltid huske at hver enkelt pasient er unik og med det kan ha svært ulike behov og opplevelser av hva som gir mestring.

Studien til Simons *et al.* (2015) om behandlingsmåten *experience sampling method* (ESM) ser ut til å ha en positiv effekt på å redusere depressive symptomer. De pasientene som fikk systematisk tilbakemelding av ansatte etter selvoppsamlede ESM- data, fikk økt innsikt i egne positive egenskaper, noe som også styrket selvtilliten deres i dagliglivet. Simons *et al.* (2015) sier også at dette kan være med på å motivere pasientene til å utforske nye aktiviteter. Virginia Henderson skriver om viktigheten av å bidra slik at pasienten kan bli selvstendig og greie seg uten hjelp om det finnes en mulighet for det (Mathisen, 2016). Vi tror ESM-metoden kan være både spennende og ha god effekt, men også tidkrevende. Derfor kan det tenkes at det kan bli utfordringer med å gjennomføre denne type behandling i Norge. Dette fordi det av erfaring ofte kan være for lite tid til hver enkelt pasient. Imidlertid har blant annet psykologen Birgit Valla i Stangehjelpa i Stange kommune vist at det å bruke tid på hver enkelt pasient kan gi både bedre og mer effektiv behandling. Stangehjelpa tar utgangspunkt i hva brukerne ønsker av hjelp, ikke hva vi som fagfolk mener er best for dem. Av de 683 personene som avsluttet kontakten med tjenesten i 2018 rapporterte 68,7 prosent at de opplevde å ha fått det bedre (Napha, 2019).

I studien til Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) kommer det frem at deltakerne følte de ansatte overkjørte pasientene ved å ta valg basert på hva de trodde var til pasientens beste, og ikke hva pasientene selv ønsket. Dette ga de en følelse av å føle seg lite kompetente og lite verdsatt. Tveiten, Onstad og Haukland (2015) viser til resultater i sin studie som sier at det er viktig å ha kunnskap om pasienten, for å kunne se pasientens ønsker, behov, mål, kompetanse, mestringssevne og eventuelle sårbarhetsfaktorer. Denne kunnskapen kan bidra til å tilrettelegge for medvirkning (Tveiten, Onstad og Haukland, 2015), og vil hindre at pasientene blir passive når beslutningene skal tas (Dahlqvist-Jönsson *et al.*, 2015). Ved at pasientene får påvirke sin egen behandling, lage sin egen dagsplan og føler at de har friheten til å velge, vil øke selvtilliten. Ansatte som stoler på og tror på pasientene, vil gi pasientene mulighet til å vokse som person, og takle utfordringer i livet på andre måter enn tidligere (Dahlqvist-Jönsson *et al.*, 2015). Travelbee (1999) beskriver også at man som sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk. Dette vil gi sykepleieren muligheten til å bli kjent med personen, og ikke sykdommen, og videre kunne kartlegge behovene pasienten har.

5.1.2 Individuell Plan (IP)

Intensjonen med Individuell plan (IP) er å sørge for at pasientene får en aktiv deltakelse i sin egen behandling, og at behandlingen er tilpasset deres behov, ressurser og mål. Det å formulere mål og sette dem ut i praksis, er viktig for å ha en IP som er velfungerende (Holum, 2012). I studien til Holum (2012) hadde alle ti deltakerne blitt spurt om mål, ønsker og behov av koordinatoren som hadde lagd planen. Likevel var det en av deltakerne som hadde et ønske om å skrive planen selv. Grunnen til dette, var at hun mente planen ville bli mer hennes egen om hun selv stod for utformingen. I en slik situasjon tenker vi det er viktig å lytte til pasienten. En mulig løsning er at pasienten skriver selv, men at sykepleieren er til stede for å kunne gi veiledning. Uten veiledning tenker vi målene som settes kan være urealistiske eller lite konkrete. Samtidig ser vi på det som viktig at pasientene i tillegg til realistiske mål, kan få ha noen ambisiøse mål. Disse målene vil de kanskje aldri oppnå, men kan allikevel gi dem motivasjon til å se fremover.

En IP skal beskrive hva slags tjenester brukeren har behov for (Kassah, Tingvoll, Nordahl-Pedersen, 2016). Henderson beskriver i sin teori at man som sykepleier må ha oversikt over hvilke behov pasienten trenger hjelp til å få dekket. For å oppnå dette er det viktig at sykepleieren kontinuerlig observerer, snakker med og lytter til pasienten. Uten en slik kontakt anser vi det som vanskelig å vurdere hva som gjør det utfordrende å ivareta enkelte grunnleggende behov. Holum (2012) skriver at IP fungerer når pasientene er samarbeidsvillige. Vi tenker at hvor godt samarbeidet blir også handler om hvordan vi som sykepleiere møter pasientene. Hvis vi bestreber oss på å gi pasienten håp, opplevelse av mestring gjennom brukermedvirkning vil dette også skape et bedre utgangspunkt for samarbeid. Videre når det gjelder deprimerede pasienter bør vi som sykepleiere være særlig oppmerksom på at de kan ha vanskeligheter med ernæring, selvpleie, uttrykke følelser, behov og frykt, og det å finne oppgaver de opplever som betydningsfulle (Løkensgard, 1995; Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016).

Deltakere i studien til Holum (2012) var opptatt av å kunne ha realistiske mål de kunne nå. De mente også at en IP skulle vise hva slags mål de hadde, og hva de måtte jobbe med for å kunne nå dem. En av deltakerne mente at hvis man ikke har noen mål å jobbe mot, vil man heller ikke komme noen vei. I noen tilfeller hadde deltakerne satt seg for store mål, mens andre hadde satt seg for små mål. Derfor var det viktig at målene kunne endres underveis, og

en av deltakerne fortalte at hun endret målene sine etterhvert som hun ble friskere. Enkelte deltakere synes mål som omhandlet familie, kjærlighet og høyere utdanning var for personlig å dele i en slik plan. En annen deltaker hadde blitt stresset av å ha en slik plan, og synes det var vanskelig å velge hva hun ønsket å gjøre, og hva slags behov hun hadde. Hun mente at planen var mer til hjelp for de rundt, enn henne selv. Det er viktig at brukerne kan uttrykke meninger som dette, da brukeren selv, med veiledning fra helsepersonell, er de som kan se om dette er riktig behandling og eventuelt forutse konsekvenser (St.meld. 34 (2015-16)). Studien til Holm *et al.* (2018) støtter også viktigheten av at brukerne setter seg mål. Enten om det er mål for dagen, eller mer langsiktige mål.

Deltakerne i studien til Holum (2012) opplevde at de mesteparten av tiden hadde påvirkningskraft, fikk delta i utformingen av planen og hadde ansvar under prosessen. Dette er noe vi ser på som positivt, ettersom planen tilhører pasienten selv, og er et viktig verktøy i deres behandling. På en annen side kan vi forestille oss at for mye ansvar hos pasientene kan ha motsatt effekt. Hvis de kjenner på for mye press, kan det tenkes at følelsen av håpløshet vil oppstå igjen. Dette kan videre medføre lav selvtillit, og gi dem en følelse av å stå alene. En av de yngre deltakerne synes det var vanskelig å ta del i prosessen hele tiden. Han jobbet med denne utfordringen, da det å delta i samarbeidsmøtene var viktig for han. Tankegangen hans var at om han ikke var med i møtene, var heller ikke hensikten med IP oppfylt (Holum, 2012). Brukermedvirkning handler om at flere parter samarbeider om å lage en plan som passer for brukeren, og at brukeren får ha en aktiv rolle (Rønning og Solheim, 1997). Ved at brukerne får ta del i utviklingen av IP, vil det kunne gi de evnen til å styre over sitt eget liv, de kan ta egne valg og bruke egne ressurser. Dette kan bidra til økt selvbilde og brukerens motivasjon til bedring (Helsedirektoratet, 2017).

Det at deltakerne i studien til Holum (2012) følte seg likeverdige på lik linje som med koordinatoren, at de hadde noen som ønsket dem vel, ga de ansvar og hadde noen som pushet dem til en viss grad, hadde positiv effekt. En annen bruker som deltok i studien visste han trengte avtaler hver morgen, for å kunne starte dagen før han ble deprimert av egne tanker. Sammen med koordinatoren lagde han planer som fikk han opp om morgenen. Det kommer frem i stortingsmelding 34 at brukeren må få si sin mening når et tjenestetilbud skal utformes (St.meld. 34 (2015-16)). I Norge har brukeren rett til å medvirke til egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det at brukeren er med på å ta egne beslutninger omhandler også autonomi, som er et av de fire etiske prinsippene. For sykepleiere er det viktig å ivareta

autonomi, slik at pasientens beslutninger blir respektert og hørt. Man kan også trekke inn velgjørenhet som er et annet etisk prinsipp. Dette handler om å gjøre godt mot andre (Brinchmann, 2016). Det at koordinatorene så hver enkelt deltaker og ønsket dem vel, ser vi på som velgjørenhet.

5.1.3 Tillit, kommunikasjon og motivasjon

I Holm *et al.* (2018) kommer det frem at helsepersonellet følte de hadde et ansvar for å bygge opp et tillitsforhold til pasientene, og tilrettelegge slik at de kunne føle seg trygge. Det å ha støttende og lyttende holdninger ble trukket frem som avgjørende for å kunne skape trygghet i relasjonen til brukerne. Noen av deltakerne i studien til Holum (2012) følte de kunne snakke med koordinatorene sine om fremtiden, og stolte på dem i tilfeller hvor de følte seg usikre. Andre sammenliknet forholdet med vennskap. Dette handler om at pasientene hadde tillit til koordinatorene, noe vi tenker er viktig i en slik prosess, ikke minst med tanke på pasientenes vilje til å samarbeide. En annen av deltakerne i studien uttalte at menneskene som jobbet med planen var viktigere enn selve planen (Holum, 2012).

I motsetning til studiene beskrevet over, kommer det frem i Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) at deltakerne følte en mangel på tillit overfor de ansattes kunnskaper og ferdigheter. Mangel på tillit var blant annet rettet mot feilvurdering av pasienters evner og tilstand, som hadde ført til feil behandling, og som ikke var tilpasset pasientens behov. Gjensidig tillit og bli møtt som en likeverdige person, og ikke bare en diagnose, er viktig for å gi pasienten en opplevelse av å føle seg respektert (Dahlqvist-Jönsson *et al.*, 2015). Det kan tenkes at om helsepersonell ikke kjenner pasientene godt nok, og ikke har nok tid sammen, kan det oppstå slike situasjoner som studien til Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) viser til. I en slik sammenheng kan et tiltak for eksempel være å bruke seg selv terapeutisk, gjennom en uformell samtale, for å skape en relasjon og for å bli kjent med pasienten. Når en sykepleier deler opplevelser og erfaringer med den som er syk, eller har behov for tjenester utført av sykepleier, kan man skape et menneske-til-menneske-forhold. Altså at man overskrider sykepleierollen og evner å se menneske bak sykdommen, samtidig som man tillater pasientene å se deg som et menneske bak sykepleiertittelen (Travelbee, 1999).

Når deltakerne i studien til Holum (2012) ble spurt om hva slags kvaliteter en koordinator burde ha, ble det å være god til å kommunisere trukket frem som en viktig egenskap. Andre

egenskaper pasientene så på som viktige var at koordinatorene var snille, støttende og ærlige (Holum, 2012). Travelbee hevdet at kommunikasjon er et hjelpemiddel sykepleiere kan ta i bruk for å oppnå god pleie. Som sykepleier er det viktig å kartlegge pasientens behov, for videre å kunne planlegge behandling og utarbeide sykepleietiltak (Travelbee, 1999). Et sykepleietiltak vi tenker er relevant, kan for eksempel være å observere pasienten på avstand, men også lytte til han eller hun for å finne ut av hvilke behov pasienten trenger hjelp til å få dekket. Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) beskriver også viktigheten av at sykepleiere og brukere tar seg tid til å lytte til hverandre og akseptere hverandres ulike perspektiver. Dette vil gi de muligheten til å forstå hverandre, men også en følelse av at de jobber mot et felles mål mot endring. I studien til Holum (2012), kommer det frem at en av deltakerne som flyttet til ny leilighet, kunne føle seg trygg på situasjon ved hjelp av koordinatoren. Dette på grunn av hyppige møter og felles turer rundt i nabolaget. Holum (2012) viser også til at samarbeid og kommunikasjon er viktig i relasjonen mellom pasient og koordinator. Ifølge Norsk sykepleierforbund (2016), skal en sykepleier informere pasientene korrekt og gjøre seg forstått, og fremme pasientenes mulighet til å kunne ta avgjørelser på egenhånd. Det kommer også frem at en IP kan bidra til å gi pasientene en stemme. En av deltakerne i studien til Holum (2012) slet med å uttrykke seg tydelig, men opparbeidet seg mot til å snakke for seg på grunn av den individuelle planen, og ga derfor deltakeren muligheten til å bli hørt (Holum, 2012).

For at pasientene skal finne en mening med tilværelsen er det viktig at helsepersonell motiverer hver enkelt til å engasjere seg. En viktig del av sykepleierrollen er å finne noe som er med på å stimulere pasienten til å engasjere seg i aktiviteter som oppleves som meningsfulle (Holm *et al.*, 2018). Sykepleietiltak kan blant annet være å finne dagligdagse aktiviteter som er motiverende for pasienten å gjennomføre (Løkensgard, 1995). Deltakerne i studien til Holm *et al.* (2018) mente at pasientene burde klare å se på seg selv som en aktør, og ikke et offer. Det kommer også frem at de burde innse at de har muligheter, i tillegg til begrensninger. En kan tenke seg at dette kan være vanskelig for pasienter med depresjon ettersom de ofte har nedsatt selvfølelse, og føler seg verdiløse og skyldige (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016). Vi tenker derfor at pasientene trenger motivasjon og støtte på veien, slik at de etterhvert vil kunne se på seg selv som aktører, og se sine egne muligheter. En av deltakerne som hadde IP var ikke særlig interessert til å begynne med, og ønsket heller ikke noe ansvar. Koordinatoren var bevisst på å la pasienten ha noe ansvar under prosessen, samtidig som han var støttende og positiv. Etterhvert tok pasienten selv mer ansvar, uten å

føle på at det ble for mye. Sluttresultatet endte med at pasienten var fornøyd med planen (Holum, 2012).

5.2 Kildekritikk

Vi vil under dette punktet vurdere valgte artikler og litteratur som er tatt i bruk i oppgaven med kritiske øyne. Målet med problemstilling vår var å gjøre rede for hvordan man som sykepleier kan stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon. For å finne svar på dette, har vi brukt fem vitenskapelige artikler. Vi har også anvendt relevant faglitteratur.

Et av inklusjonskriteriene i søkeprosessen var både kvalitative og kvantitative artikler. En kvalitativ studie vil ha såkalte *myke* data, og vil ofte ha kjennetegn som dybdekunnskap. Dette vil kunne gi oss en innsikt i meninger, opplevelser, erfaringer og lignende hos deltakerne. En kvantitativ studie viser derimot *harde* og *objektive* data, og gir en oversikt over målbare data som vil kunne bli benyttet i statistiske beregninger. Denne type studie vil ha kjennetegn som breddekunnskap (Thidemann, 2015). Etter å ha gjennomført flere søk kom vi frem til fem artikler vi mente var relevante for å besvare oppgaven. Disse fem artiklene var alle kvalitative. En svakhet ved vår oppgave er at det ikke er blitt benyttet noen kvantitative forskningsartikler. Grunnen til dette er at vi ikke fant noen kvantitative artikler vi synes var relevante i forhold til å kunne besvare vår problemstilling. Det kan tenkes at det vil komme flere kvantitative artikler rundt dette tema etterhvert som det blir forsket mer på. Eksempelvis kunne det være interessant å få en oversikt over hvorvidt sykepleiere erfarer at det legges til rette for brukermedvirkning i deres arbeidshverdag.

Ingen av de fem valgte artiklene er eldre enn 10 år. Dette fordi vi ønsket å benytte nyere forskning for å besvare oppgaven. Dette mener vi vil styrke oppgaven vår, da det gir oss et innblikk i hvordan brukermedvirkning hos pasienter med depresjon har blitt praktisert i nyere tid. Valgte artikler omhandler også erfaringer og synspunkter hos både pasienter og helsepersonell, noe vi anser som viktig for vår oppgave. Noe som kan trekkes frem som en negativ side ved valgte artikler, er at ikke alle omhandler det norske helsevesenet. To av artiklene er fra Sverige og Nederland, men vi tenker likevel at vi kan ta lærdom fra disse landene.

Faglitteraturen vi har anvendt er blant annet bøker som omhandler begreper som brukermedvirkning og empowerment, og har vært med på å gi oss en bredere forståelse av disse. Vi har også tatt i bruk lærebøker som har vært pensum under sykepleierstudiet. Det er i tillegg blitt brukt sekundærkilder vi anser som relevante bidrag i å besvare oppgaven.

Alle fem artiklene har fulgt forskningsetiske retningslinjer. Holum (2012) og Holm *et al.* (2018) tok i bruk samtykkeskjema hvor alle deltakerne måtte signere. I studien til Holum (2012) var også materialet anonymt og det ble gitt fiktive navn. Prosjektet ble validert som et kvalitetssikringsprosjekt av den regionale komiteen for etikk i Helse Sør-Øst. Det er blitt tatt lydopptak av intervjuene og de er blitt transkribert ordrett. Studien til Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015) er etisk godkjent, og alle deltakerne fikk informasjon både skriftlig og muntlig om gjennomføring, metode og videre plan. Det samme fikk deltakerne i studien til Holm *et al.* (2018). Studien til Tveiten, Onstad og Haukland (2015) ble utformet i tråd med Helsinkideklarasjonen, og de fikk tillatelse til å gjennomføre studien av den øverste lederen ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Respondentene ble muntlig informert av førsteforfatter, og ga skriftlig samtykke. Det ble garantert anonymitet ved publisering. Deltakerne i studien til både Dahlqvist-Jönsson *et al.* (2015), Holm *et al.* (2018) og Tveiten, Onstad og Haukland (2015) ble informert om muligheten til å trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi noen grunn. I studien til Simons *et al.* (2015) ble Wichers, en av forfatterene, støttet av den nederlandske organisasjonen for vitenskapelig forskning. Studien ble finansiert av det nederlandske helseforskningsrådet. Utfra disse opplysningene vurderer vi at artiklene er av god kvalitet og har tatt etiske hensyn overfor informantene.

6.0 konklusjon

Hvordan kan man som sykepleier stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon?

Det kan være en utfordring å stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon, men det er allikevel en svært viktig prosess som kan bidra til bedre helse hos pasientene. Vår litteraturstudie viser til ulike faktorer og tiltak som kan være med på å øke brukermedvirkning innen denne pasientgruppen. Viktige sykepleietiltak er å kartlegge, innhente informasjon, motivere, ha støttende holdninger, styrke pasientens selvtillit og bidra til å bevare grunnleggende behov.

Det ble identifisert tre hovedfunn relatert til problemstillingen: 1) håp, mestring og empowerment, 2) Individuell Plan (IP), 3) Tillit, kommunikasjon og motivasjon.

Gjennomgående for litteraturen vi har brukt, er at det å nære håp hos pasienter anses som viktig for deres opplevelse av egen helse. Videre fremstår empowerment som et sentralt begrep som må settes ut i praksis, slik at pasientene kan kjenne på en mestringsfølelse og føle kontroll over egen behandling og eget liv. Ved å tone ned behandlerrollen til sykepleieren, og gi pasienten mer makt over egen behandling, vil sykepleieren kunne få en mer veiledende og pedagogisk tilnærming. Dette er viktig for å kunne stimulere til økt brukermedvirkning.

Videre er det viktig med god kommunikasjon. Kommunikasjon vil kunne skape trygghet, nærhet og anerkjennelse hos pasienter med depresjon, og vil kunne skape et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Ved at sykepleieren lytter, viser støttende holdninger, og hjelper pasientene med å finne dagligdagse aktiviteter som er meningsfulle, kan motivasjonen øke. Motivasjon er en viktig drivkraft for at pasientene selv skal kunne ønske en endring og jobbe videre mot å nå målene sine. I denne forbindelse ser vi at en IP kan være et godt verktøy både for pasientene og helsepersonell om den er blitt utarbeidet på en god måte, og hele tiden oppdateres. En IP har fokus på pasienten som et enkelt individ, og gir pasientene muligheten til å medvirke i eget behandlingsforløp. Sykepleiere bør også sørge for at forholdet mellom pasient og helsepersonell baseres på gjensidig tillit. Dette vil føre til at pasientene føler seg respektert. Det er også viktig for pasientene at sykepleierne fremstår som empatiske og ærlige, og ser på pasienten som en likeverdige person. Fokus må være rettet mot pasientenes positive sider og deres ressurser, ikke bare diagnosen. Vi konkluderer med at brukermedvirkning innen denne pasientgruppen er komplekst, og de tre hovedfunnene i oppgaven henger i stor grad sammen. Derfor mener vi det er viktig å ha alle elementene i fokus under behandlingsprosessen. Sagt på en annen måte; vi tenker at en individuell plan kan være et nyttig virkemiddel for å fremme håp, mestring, empowerment, tillit, motivasjon og kommunikasjon, som alle er viktige elementer for å stimulere til økt brukermedvirkning hos pasienter med depresjon.

7.0 Litteraturliste:

- Alfasoft (u.å.) STATA 15 – *Nyhet*. Tilgjengelig fra: <http://www.alfasoft.com/no/produkter/statistikk-og-analyse/stata.html> (Hentet: 2. april 2019)
- Breimo, J.P., Normann, T., Sandvin, J.T., Thommesen, H. (2015) Individuell plan. *Samspill og unoter*. Polen: Opolgraf.
- Brinchmann B.S. (2016) De fire prinsippers etikk, i Brinchmann B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 4. utg. Opolgraf: Gyldendals akademiske forlag, s. 81-96.
- Dahlvist_Jönsson, P., Rosenberg, D., Sandlund, M., Svedberg, P. (2015) Service users' experiences of participation in decision making in health services, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, s. 688-697. doi: 10.1111/jpm.12246 (Hentet: 26.mars 2019).
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*. 3.utg. Polen: Gyldendal akademiske forlag.
- Folkehelseinstituttet (2015) Fakta om depresjon. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/depresjon---faktaark/> (Hentet: 3. april 2019).
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 4. utg. Lettland: Natur & kultur.
- Helsebiblioteket (2011) *Hva er individuell plan?* Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/oversikt-metoder/individuell-plan> (Hentet: 11.mai 2019)

- Helsedirektoratet (2009) *Voksne med depresjon*, Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten> (Hentet: 21.mars 2019).
- Helsedirektoratet (2016) *Depresjon*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/depresjon> (Hentet: 21.mars 2019).
- Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning> (Hentet: 21.mars 2019).
- Holm, C.C., Steindal, S.A., Foss, B. og Dihle, A. (2018) En empirisk studie av fenomenet håp i recoveryprosesser innen psykisk helsearbeid, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 15(1), s. 16-26. Tilgjengelig fra: <https://www.idunn.no/tph/2018/01/en-empirisk-studie-av-fenomenet-haap-i-recoveryprosesser-inn> (Hentet: 27. mars 2019).
- Holter, I.M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Latvia: Cappelen Damm akademiske forlag, s. 107- 118.
- Holter, I.M. og Grov, E.K. (2016) Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5 utg. Latvia: Cappelen Damm akademiske forlag, s. 27-34.
- Holum, L.C. (2012) "Individual plan" in a user-oriented and empowering perspective: A qualitative study of "individual plans" in Norwegian mental health services, *Nordic Psychology*, 64(1), s. 44-57. doi: 10.1080/19012276.2012.693725 (Hentet: 27.mars 2019).
- Håkonsen, K.M (2014) *Psykologi og psykiske lidelser*. 5.utg. 1. opplag. Polen: Gyldendal Akademisk.

- Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen. H., Tingvoll. W.A. (2016) Folkehelsearbeid - sentrale utviklingstrekk, i Kassah, B.L.L., Nordahl-Pedersen. H. (red.), Tingvoll. W.A. (2016) Forebyggende helsearbeid: -*Sykepleie i kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Polen: Opolgraf. s. 16-32.
- Løkensgard, I. (1995) *Psykiatrisk sykepleie*. Gjøvik: Universitetsforlaget
- Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie?, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Latvia: Cappelen Damm akademiske forlag, s. 119- 141.
- Meld. St. nr. 34 (2015-2016) (2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/sec2> (Hentet 2. april 2019).
- Mæland, J.G. (2017) Forebygging og folkehelsearbeid- mellom fag og politikk, i Stamsø M.A. (red.) *Velferdsstaten i endring*. 3.utg. Polen: Gyldendal akademiske forlag, s. 339-360.
- Napha (2019) *Strømmer til Stangehjelpa for å lære*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/23040/Strommer-til-Stangehjelpa-for-a-lare> (Hentet: 11.mai 2019).
- Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleieren> (Hentet: 21.mars 2019).
- Olsen, R. C. B (2017). Om å vite best... sammen – brukermedvirkning i helse- og sosialsektoren. i Stamsø, M. A. (red.) *Velferdsstaten i endring*. 3.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 216-237.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_3 (Hentet: 21.mars 2019).

- Regjeringen (2009) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/> (Hentet: 11.mai 2019).
- Regjeringen (2015) *Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbc9cb7/omsorg_2020.pdf (Hentet: 11.mai 2019).
- Rønning, R. og Solheim, L.J. (1997) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Simons, C.J.P., Hartmann, J.A., Kramer, I., Menne-Lothmann, C., Höhn, P., van Bommel, A.L., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., van Os, J., Wichers, M. (2015) Effects of momentary self-monitoring on empowerment in a randomized controlled trial in patients with depression, *European Psychiatry*, 30, s.900-906. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.09.004 (Hentet: 27.mars 2019).
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke E. (2016) *Psykiatriboken: Sinn- kropp-samfunn*. Polen: Gyldendal akademiske forlag.
- Thidemann, I.J. (2015) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: *Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. Haukland, M., Onstad, R.F. (2015) Refleksjon over praksis i lys av empowerment - en fokusgruppeundersøkelse, *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), s.136-143. doi: 10.1177/0107408315579812 (Hentet: 27.mars 2019).
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Walseth, L.T. og Malterud, K. (2004) *Salutogenese og empowerment i allmedisinsk perspektiv*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2004/01/kronikk/salutogenese-og-empowerment-i-allmenmedisinsk-perspektiv> (Hentet: 10. april 2019).

