

Vassmyr, Oscar

Barrierer for gjennomføring av brukermedvirkning i psykisk helsevern

Bacheloroppgave i Vernepleie

Veileder: Kvam, Lisbeth

Mai 2020

Sammendrag

Bakgrunn: På tross av flerfoldige politiske føringer og lovverk som sikrer rettighetene til personer i psykisk helsevern, er gjennomføring av reell brukermedvirkning en utfordring. Dette tilsier at det fortsatt foreligger barrierer som hindrer gjennomføring av reell brukermedvirkning i psykisk helsevern.

Hensikt: Hensikten med studiet er å bevisstgjøre vernepleieren om barrierer for brukermedvirkning i psykiskhelsevern. Slik at vedkommende kan jobbe mot brukermedvirkning på individnivå, som en aktiv stemme i samfunnet, og i samhandling med tjenestemottakere.

Metode: Dette er en litteraturstudie. Ayewards tematiske analysemodell (Thiedemann, 2019, s. 96-99) ble brukt som analysemetode.

Resultat: To hovedtema med til sammen fem undertema ble funnet. Hovedtemaet *Kontekstuelle barrierer* inneholdt barrierene *Verdimessige barrierer* og *Strukturelle barrierer*. Hovedtemaet *Personavhengige barrierer* inneholdt, *Holdninger til brukermedvirkning*, *Forståelse for brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)*, og *mangel på bevissthet i interaksjon og mangel på bevissthet om mangfold*.

Konklusjon: Helsepersonells rolle som fasilitator av brukermedvirkning kan ikke undervurderes. Hvordan helsepersonell forsto begrepet brukermedvirkning, deres holdninger til tjenestemottakeren, og en manglende bevissthet i samhandling med tjenestemottakere ble vist å være barrierer for brukermedvirkning. De kontekstuelle barrierene var derimot en underliggende hindring ved at de skapte negative betingelser for gjennomføring av brukermedvirkning. Mangel på tid, biomedisinske/paternalistiske holdninger og verdier, og strukturelle hindringer skapte fundamentale barrierer for brukermedvirkning som var vanskelig å manøvrere. Styringsdiskurser basert på effektivisering og resultatkrav kan ha skapt et rammeverk som skaper de kontekstuelle barrierene, dette krever videre forskning.

Nøkkeltemaer: *Barrierer, Brukermedvirkning, Psykisk helsevern, Helsepersonell, Brukerperspektiv, Kontekst*

Antall ord, gyldig tekst: 7390

Totalt antall ord: 11868

Abstract in English

Background: Despite numerous political guidelines and laws that support the rights of service users of mental health services, challenges still arise while implementing service user participation. This suggest that there are still barriers for user participation in mental health services.

Purpose: The purpose of this study is to make the social educator aware of barriers for the implementation of service user participation, so they can be an active advocator for service user participation in a societal role, and while interacting with service users.

Metode: This study is a literature review, using Ayewards thematic analysis model (Thiedemann, 2019, s. 96-99) as an analytical tool.

Results: Two major themes, with all together five minor themes were identified. The major theme *Contextual barriers* was comprised of the minor themes' *Structural barriers* and *Value-based barriers*. The major theme *Person-dependent barriers* was comprised of *Attitudes towards service users*, *Understanding the term user participation (Passive information)*, and *lack of awareness of diversity and lack of awareness in interactions*.

Conclusion: The health professionals' role as a facilitator of service user participation, cannot be underestimated. How health professionals understand the term service user participation, their attitudes towards service users and lack of awareness had an adverse effect on the implementation of user participation and were identified as barriers. However, the contextual barriers acted as underlying obstacle by creating hindering conditions for the implementation of user participation. Lack of time, biomedical/paternalistic perspectives and values, and structural hindrances made up fundamental barriers that were difficult to maneuver. Underlying policies that focuses on effectiveness and demands for results could be the framework that creates these barriers, this requires further research.

Key themess: *Barriers, Service user participation, Mental health services, Health Professionals, Context*

Word count, valid text: 7390

Word count, total: 11868

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Hensikten med studien	2
1.4 Begrunnelse for valg av tema	2
1.5 Vernepleierfaglig relevans	3
2. Teori	4
2.1 Perspektiver på brukermedvirkning	4
2.3 Begrepsavklaringer	7
3. Metode	7
3.1 Litteraturstudie	7
3.1.1 Innledende søk	8
3.1.2 Systematiske søk	8
3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.2 Søkelogg	10
3.3 Analyse	11
Litteraturmatrise:	12
4. Resultater	18
4.1 Sammenfatning av resultater	18
4.1.2 Barrierer for fasilitering av brukermedvirkning:	18

4.2 Kontekstuelle barrierer	19
4.2.1 Strukturelle- og organisatoriske barrierer	19
4.2.2 Verdibaserte barrierer	20
4.3 Personavhengige barrierer	20
4.3.1 Helsepersonellets holdninger til tjenestemottakere	20
4.3.2 Forståelse av brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)	21
4.3.3 Mangel på bevissthet i interaksjon, og mangel på bevissthet om mangfold. ...	21
5. Diskusjon	22
5.1 Personavhengige barrierer	22
5.1.1 Helsepersonells holdninger til tjenestemottakere	22
5.1.2 Forståelse for brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)	23
5.1.3 Mangel på bevissthet i interaksjon og mangel på bevissthet om mangfold	23
5.2 Kontekstuelle barrierer	24
5.2.1 Verdibaserte barrierer	24
5.2.2 Strukturelle- og organisatoriske barrierer	25
5.3 Metodediskusjon	27
6. Konklusjon	28
6.1 Avsluttende refleksjoner	29
7. Litteraturliste	30

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn

Brukermedvirkning innenfor psykisk helsevern, har sin opprinnelse i menneskerettighetserklæringen fra 1948 hvor det ble etablert at hvert enkelt menneske har rett til verdighet og selvbestemmelse i alle samfunnets fasetter, også helse (FN, 1948). I sin grunnleggende form er brukermedvirkning å tilpasse tjenester og behandling slik at de er tilrettelagt for tjenestemottakerens behov. Praktisk sett virker brukermedvirkning som et instrumentelt verktøy som kan bedre individuelle tjenester og behandling. Ved å lytte til og bruke personers erfaringer og behov kan helsepersonell øke treffsikkerheten på tjenestene de tilbyr, og dermed raskere komme frem til gode behandlingsalternativer (Sverdrup, Myrvold & Kristoffersen, 2007). Brukermedvirkning har også en terapeutisk funksjon, ved at medvirkning i eget behandlingsforløp styrker den enkeltes evne til å ta ansvar i eget liv. Ved å aktivisere personen til å være deltakende i utformingen av egen behandling omformes tjenestemottakeren fra å være en passiv, ikke-deltakende mottaker av tjenester til å være aktivt deltakende. Dette skaper en arena hvor en person med psykisk lidelse opplever mestring, selvstendighet og verdighet (Sverdrup et al., 2007).

I Norge har vi hatt en gradvis fremvekst av brukermedvirkning med en begynnelse i forvaltningsloven fra 1967 hvor pasienter, for første gang, fikk mulighet til å uttrykke seg om saker som angikk dem (Forvaltningsloven, 2019). I 2005 ble nye tilskuddsordninger etablert, noe som førte til et progressivt arbeid med å gi tjenestemottakere en stemme i utviklingen av helsetjenesten. På grunn av dette har man sett ny kunnskap oppstå, som har vært sentrale faktorer i utviklingen av helsepolitikk (Bjørngen, 2013). I dag er brukermedvirkning et av kjerneelementene i psykisk helsevern. Det har beveget seg fra å være et ideal til å bli en rettighet, både i norsk lovgivning og gjennom FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2020; Psykisk helsevernloven, 2020; Helseforetaksloven, 2020; FN, 2013). Det har også blitt en sentral del i utdanningen av helsepersonell (Ellingsen, 2015, s. 65) og inkludert som et av hovedtemaene i flere politiske føringer, senest i 2020, hvor den nasjonale helse- og sykehusplanen trekker frem bedre gjennomføring av brukermedvirkning for personer i psykisk helsevern som en av de sentrale målene regjeringen vil strebe etter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 60).

På tross av lovfestede rettigheter og flerfoldige politiske føringer ser man at gjennomføring av brukervedvirkning i psykisk helsevern, stadig møter utfordringer (Klausen, 2016). Norske kommuner har arbeidet med å iverksette systemer, med mål om å styrke brukervedvirkning, men den praktiske implementeringen har ikke blitt gjennomført slik føringer ønsker (Klausen, 2016). En av vernepleierens arbeidsoppgaver er å ivareta tjenstemottakers autonomi og selvbestemmelse (Ellingsen, 2015), dermed er det nødvendig å utforske faktorene som hindrer reell brukervedvirkning på individ nivå og utvikle en større forståelse for dem.

1.2 Problemstilling

Denne studien ser på grunner til at brukervedvirkning ikke gjennomføres i psykisk helsevern. Problemstillingen er: **Hvilke barrierer hindrer gjennomføring av reell brukervedvirkning på individnivå i psykisk helsevern.**

1.3 Hensikten med studien

Denne studien søker å samle kunnskap om barrierer for gjennomføring av brukervedvirkning i psykisk helsevern, for å skape en forståelse for hvorfor gjennomføring av brukervedvirkning møter utfordringer. Hensikten er å bevisstgjøre vernepleieren om hvilke barrierer, hindrer at reell brukervedvirkning gjennomføres, Ruste vernepleieren med nødvendig kunnskap om gjennomføring av brukervedvirkning i møtet med tjenstemottakeren, samt skape et engasjement for brukervedvirkning hos vernepleieren som en aktiv stemme i samfunnet.

1.4 Begrunnelse for valg av tema

Valget av tema stammer fra både personlige erfaringer og erfaringer fra min studietid. I vårt studieførløp har et gjennomgående tema vært de iboende ressursene og den iboende verdien til mennesker som ellers er utsatt for stigmatisering og umyndiggjøring. Dette har vært en del av læringsutbytte som jeg har satt mest pris på ettersom det har vært med på å utvikle mine verdier, ikke bare min faglige kompetanse. Gjennom studiet har jeg tenkt over dette i forhold til hvordan mennesker med livsutfordringer møter barrierer som senker deres evne til å delta, og hvor dypt urettferdig det er å bli møtt av et samfunn som ikke tilrettelegger for behov som divergerer utenom det normale. I praksisperioder har jeg sett situasjoner hvor brukervedvirkning tolkes og praktiseres på måter som ikke samsvarer med de verdiene jeg har lært og internalisert i løpet av vernepleierstudiet. Jeg har opplevd lite tvang, men det var ofte små nyanser i samhandling, kommunikasjon og handlinger, hvor jeg følte at

tjenestemottakerens evne til å medvirke ble begrenset. Jeg visste at profesjonene lærer om brukervedvirkning, men det var noe som gjorde at dette ikke ble praktisert på en måte som samsvarte med hva mine ideer rundt brukervedvirkning var. Jeg har også selv vært mottaker av tjenester fra helsevesenet og kjent på hvordan det er å ikke bli møtt av personer man er avhengig av for å få den hjelpen man har behov for. Det er ikke godt. Når personlige opplevelser som jeg så som svært viktige for hvordan jeg følte min livssituasjon var, ble bagatellisert av personer jeg søkte hjelp fra, opplevde jeg et tap av kontroll som var svært ubehagelig. Min interesse for psykisk helsevern kom gjennom arbeid med personer med psykiske lidelser. I løpet av min tid på jobb har jeg utviklet en interesse for psykologifaget og har planer om å arbeide innenfor dette feltet en gang i fremtiden. I den sammenheng mener jeg det er viktig å få en innsikt i hvilke hindringer personer innenfor psykisk helsevern opplever i forhold til brukervedvirkning, slik at jeg kan bidra til å ivareta deres behov.

Samlet sett har verdiene jeg har lært fra vernepleierstudiet, opplevelsene mine fra arbeid og personlige opplevelser med helsevesenet, ledet meg til å ta et dypdykk i hvilke barrierer som hindrer reell brukervedvirkning for personer innenfor psykisk helsevern.

1.5 Vernepleierfaglig relevans

Vernepleierens fagkompetanse og samfunnsoppdrag er bredt og flerfaglig, men en fellesnevner for vårt arbeid er at vi spiller en viktig rolle for personer som er i utsatte og utfordrende situasjoner (Ellingsen, 2015). Dette innebærer også personer innenfor psykisk helsevern, hvor vernepleieryrket er representert (Ellingsen, 2015). I FO (2017) sitt hefte *om vernepleieryrket*, påpekes vernepleierens rolle som juridisk støtte, ved at vi sikrer rettsikkerhet og bidrar til likeverd. Vernepleierens rolle som samfunnsmessig stemme trekkes også frem ved at vårt mandat er å synliggjøre og motvirke barrierer for likeverd, deltakelse, myndiggjøring og selvbestemmelse (FO, 2017).

Disse argumentene understreker vernepleierens rolle i denne problemstillingen og hvorfor problemstillingen er relevant. Som en forkjemper for den enkelte tjenestemottakers rettsikkerhet er det nødvendig å være bevisst på hvorfor reell brukervedvirkning, som er en lovfestet rett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020; Psykisk helsevernloven, 2020), ikke realiseres i psykisk helsevern. Vernepleierens mandat understreker også at vi innehar en rolle som politisk forkjemper. Vi har en plikt til å påvirke miljøet vi befinner oss i slik at menneskers rettigheter, blir ivaretatt (FO, 2017).

2. Teori

2.1 Perspektiver på brukermedvirkning

Problemstillingen ser på hvilke barrierer som står i veien for gjennomføring av brukermedvirkning på individnivå. For å kunne utforske denne problemstillingen er det nødvendig å få klarhet i hva brukermedvirkning er. Brukermedvirkning kan deles inn i 3 forskjellige forståelser i forhold hvilket nivå det blir praktisert på. På systemnivå forstås det som at pasienters erfaringer blir hørt i utviklingen av helsetjenesten. Videre er forståelsen på tjenestenivået at tjenestemottakere skal medvirke i utviklingen av tjenester ved en virksomhet. Til slutt er individnivå muligheten til medvirkning i eget behandlingsforløp for et individ (Bakke et al., 2016).

Brukermedvirkning på individnivå kan forstås ut fra flere perspektiver. Fra norsk lovverk har tjenestemottakere rett til valg mellom tilgjengelige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder. *Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig, utformes i samarbeid med tjenestemottakeren. Tjenestemottakeren har rett til informasjon som er nødvendig til å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen* (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2020). En forståelse for brukermedvirkning gjennom lovverk forstås som rettighetsorientert (Askheim, 2017). Man kan også se på brukermedvirkning fra et konsumerperspektiv, hvor tjenestemottakeren selv vet hvilke behov de har og velger tjenester ut ifra dette. Disse diskursene fokuserer på tjenestemottakers innflytelse over tjenestetilbud og beskrives ofte som tradisjonelle perspektiver (Askheim, 2017).

I senere år har samproduksjonsperspektivet blitt mer aktuelt. I denne diskursen forstås brukermedvirkning fortsatt som en rettighet som tjenestemottakeren innehar, men i tillegg har man et syn av tjenestemottakeren som en kompetent og likeverdig person. I stedet for å tilrettelegge for passive tjenestemottakeres behov, søker denne tankegangen å motivere tjenestemottakeren til å ta et aktivt ansvar i eget liv (Askheim, 2017).

Innenfor psykisk helsevern har man sett framveksten av samproduksjon gjennom recoveryideologiens økende betydning for praksis (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013). Recovery betegnes som en personlig prosess hvor man endrer holdninger, følelser, ferdigheter og roller. Hvordan denne prosessen ser ut, vil være unik for hvert individ, dermed er det et sterkt fokus på personsentrert omsorg, hvor tjenestemottakerens behov står i sentrum.

Relasjonen til helsepersonellet forvandles fra å være en hjelper som skal tilrettelegge behandling, til en personlig trener som i et likeverdig partnerskap samarbeider mot å identifisere og nå tjenestemottakerens mål. En relasjon basert på tillit, ærlighet og åpenhet blir trukket frem som essensielle bestanddeler i denne formen for brukermedvirkning. I tillegg er en aktiv involvering av tjenestemottakerens liv utenom diagnosen sentralt. Det handler om å støtte en person mot å utvikle en positiv identitet og til å kunne ta ansvar. Man veileder en person mot å mestre sitt liv, ikke en pasient som skal overvinne en sykdom (Borg et al., 2013). Recovery er i dag trukket frem som et sentralt perspektiv i psykiske helsetjenester, hvor blant annet helsedirektoratet ser det som et perspektiv som bør prege norske helsetjenester (Helsedirektoratet, 2014). På grunn av recovery sin økende betydning i psykisk helsevern, er det hensiktsmessig å se recoveryperspektivets verdier som den mest relevante forståelsen for reell brukermedvirkning for denne studien.

2.2 Tidligere forskning på barrierer for brukermedvirkning i psykisk helsevern

Mye kunnskap på temaet ble funnet i innledende søk, men ettersom kunnskapen er i stor grad kvalitative studier av enkelte behandlingsinstitusjoner, er det vanskelig å bruke disse som informasjonsgrunnlag (Landridge, 2006, s. 28). Tre systematiske gjennomganger av litteratur ble funnet, hvorav to av dem ser på generell brukermedvirkning i helsevern og en ser på brukermedvirkning i psykisk helsevern. Disse vil bli brukt som representasjoner for tidligere forskning.

Tidligere forskning på temaet nevner flere barrierer for brukermedvirkning. Den første barrieren er mangel på informasjon og kunnskap hos tjenestemottaker (Stomski & Morrison, 2017; Angel & Fredriksen, 2015; Joseph-Williams, Elwyn & Edwards, 2013), med dette menes informasjon om egen lidelse og behandlingsalternativ, samt evnen til å forstå informasjon og omforme det til kunnskap slik at man kan ta informerte valg (Joseph-Williams et al., 2013). Mangel på informasjon er også en barriere for helsepersonell ved at et likeverdig samarbeid ikke kan fasiliteres uten informasjon fra tjenestemottakeren (Angel & Fredriksen, 2015). Stomski & Morrison (2017) påpeker at for at tjenestemottakeren skal kunne bruke informasjon, må vedkommende også få muligheten til å medvirke. Dermed blir manglende aktivisering og inkludering en barriere (Stomski & Morrison, 2017).

Videre er ubalanse i makt sett som en barriere (Joseph-Williams et al., 2013; Stomski & Morrison, 2017). Ubalansen i makt skaper utfordringer i interaksjonen mellom

tjenestemottaker og helsepersonell ved at tjenestemottakere går inn i møtet med en følelse av å ikke ha rett til å medvirke og en frykt for å motvirke, noe som leder til passive tjenestemottakere (Joseph-Williams et al., 2013). Ubalansen i makt forverres videre dersom helsepersonell ikke er bevisst i interaksjonen, dermed blir også helsepersonellens kommunikasjon en mulig barriere (Angel & Fredriksen, 2015). Autoritær og dominant kommunikasjon, både verbal og non-verbal oppleves som en barriere for medvirkning fra tjenestemottakerens side (Angel & Fredriksen, 2015).

Tjenestemottakerens sykdom trekkes frem som en barriere ved at deres tilstand senker deres evne til å ta valg (Stomski & Morrison, 2017). Helsepersonell som innehar dominante og tidvis stigmatiserende holdninger, blir også trukket frem som en barriere ved at helsepersonell innehar en stigmatiserende tro på at tjenestemottakere er for syke til å være deltakende (Stomski & Morrison, 2017), går inn i dominante roller i samarbeidet med tjenestemottakere (Angel & Fredriksen, 2015), en manglende villighet til å gjennomføre brukermedvirkning og holdninger som nedvurderer tjenestemottakerens kunnskap (Joseph-Williams et al., 2013; Stomski & Morrison, 2017). Holdninger som barrierer kommer også frem i form av tokenisme. Tokenisme er handlinger som tilsynelatende gjennomfører brukermedvirkning, men som i realiteten ikke gir innflytelse til tjenestemottakeren. Handlingene utføres kun for å opprettholde et ytre bilde (Stomski & Morisson, 2017).

Ubalanse i makt, manglende bevissthet i kommunikasjon og helsepersonells holdninger påvirker relasjonen, og en dårlig relasjon er en sentral barriere (Joseph-Williams et al., 2013). En god relasjon preget av åpen kommunikasjon og ærlighet trekkes frem som viktige elementer i et behandlingsforløp (Borg et al., 2013). Det påvirker tillitten tjenestemottakeren har til seg selv og til helsepersonell, manglende tillitt til en selv fører til at tjenestemottakeren passiviserer seg selv og en manglende tillitt til helsepersonell fører til at tjenestemottaker har utfordringer i samarbeidet (Joseph-Williams et al., 2013).

Barrierer blir ikke kun nevnt i tjenestemottaker-tjenesteyter relasjonen, det blir også trukket frem som strukturelle barrierer og organisatoriske barrierer. Strukturelle barrierer som blir nevnt er dårlig tilrettelagte rom for medvirkning, enten på grunn av mye bråk eller på grunn av mangelen på privatliv (Joseph-Williams et al., 2013). De organisatoriske barrierene kommer frem som kulturer og systemer som krever profesjonell atferd, noe som igjen fasiliterer dominante helsepersonell, stigma og tokenistisk atferd (Stomski & Morrison, 2017). Til slutt trekkes mangelen på tid frem som en sentral barriere. Mangelen på tid fører til

hindringer i informasjonsdeling og kunnskapsskaping, lite tid til å bygge relasjoner, og en generell nedprioritering av brukermedvirkning (Angel & Fredriksen, 2015; Joseph-Williams et al., 2013).

2.3 Begrepsavklaringer

Tjenestemottaker – En fellesbetegnelse for personer som mottar tjenester eller personer som en tjeneste er ment til å hjelpe (NOU 2003:18, s. 11).

Psykisk helsevern – Spesialhelsetjenestens undersøkelse og behandling av personer med psykisk lidelse (Psykisk helsevernloven, 2020).

Psykisk lidelse – En samlebetegnelse for sykdommer og lidelser som påvirker tanker og følelser (Engedal & Snoek, 2017).

Barriere – noe i omgivelsene som hindrer aktivitet og deltakelse. I denne sammenheng, hindre evne til medvirkning (Hanisch, 2018).

Helsepersonell – Fellesbetegnelse for alle yrkesgrupper som yter helsehjelp, i denne sammenheng yrkesgrupper som arbeider i psykisk helsevern (Helsepersonelloven, 2020).

3. Metode

Metode er verktøyet man bruker for å samle og systematisere informasjon. Valg av metode for å finne og analysere informasjon bestemmes av problemstilling. Altså må man analysere problemstillingen for å bestemme valg av metode. Målet med metodekapittelet er å, så detaljrikt som mulig, beskrive fremgangsmåten, slik at oppgaven kan etterprøves (Thiedemann, 2019, s.75).

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie baserer seg på å samle kunnskap fra skriftlige kilder. Det er en sammenstilling og analyse av tidligere forskning innenfor et bestemt område. Hensikten med en litteraturstudie er å samle kunnskap og tidligere forskningsresultater som besvarer en problemstilling (Thiedemann, 2019, s.79). Litteraturstudie som metode er basert på flere trinn med en kontinuerlig systematisk tilnærming (Thiedemann, 2019, s. 78). Videre vil jeg beskrive trinnene som har blitt gjennomført i denne studien.

3.1.1 Innledende søk

Søkeprosessen startet med innledende søk for å innsikt i hvilke databaser som vil være hensiktsmessig å bruke for å bygge et datagrunnlag, og for å innblikk i tidligere forskning på temaet. Søkene startet via google scholar med søkeordene brukermedvirkning og psykisk helse. En kunnskapsoppsummering av relevans ble identifisert, «brukermedvirkning i psykisk helsearbeid» (Klausen, 2016). Denne ble brukt som et springbrett for videre søk, ved å skimlese den og finne flere artikler som belyste temaet brukermedvirkning. Ved å lese disse artiklene ble det funnet flere begreper på både norsk og engelsk, som kunne brukes videre i strukturerte søk. Videre ble søk gjennom google scholar med engelske begreper som «user involvement» og «user participation» foretatt. Via lesing av artikler ble ytterligere relevante begreper som «shared decision making» og «supported decision making» identifisert. For å bli kjent med databaser, ble helebibliotekets databaseliste gjennomgått.

3.1.2 Systematiske søk

Etter innledende søk startet systematiske søk. For å kunne søke effektivt er det nødvendig å operasjonalisere problemstillingen. Operasjonalisering av problemstilling ble gjort ved hjelp av PICO skjema (Thiedemann, 2019, s. 82), men det var nødvendig å modifisere denne metoden ettersom problemstillingen ikke ser på en utvalgt populasjon eller intervensjon, men barrierer til et fenomen (Thiedemann, 2019, s. 82). Ved å bruke PICO som inspirasjon ble problemstilling delt opp i bestanddeler for videre søk. Bestanddelene er *brukermedvirkning*, *psykisk helsevern* og *barriere*. For å få med tjenestemottakers erfaringer ble også *Brukerperspektiv* lagt til. I tillegg ble relevante søkeord etter erfaringer fra innledende søk og metode lagt til. Søkeordene som ble brukt blir presentert skjematisk.

Brukermedvirkning	Psykisk helsevern	Bruker perspektiv	Barrierer/påvirkning	Metoder/Andre
Shared decision making Supported decision making User involvement Patient involvement Patitent participation User participation Consumer participation	Mental health Mental health institution Psychiatry Mental health care Mental health service	User perspective Patient perspective Service user Experience Patient Experience Expectation	Barrier Obstacle	Recovery Grounded theory Qualitative study Qualitative method

Teamet som er valgt er av internasjonal interesse, derfor er mange artikler, også norske, publisert på engelsk. Dermed er det hensiktsmessig å bruke engelske begreper i søkeprosessen. På grunn av at problemstillingen ser på et kvalitativt fenomen, nemlig opplevelsen av barrierer for fasilitering av brukermedvirkning, har artikler som bruker kvalitative metoder vært mest relevant. Søkeprosessen startet på Oria. Oria er en felles kunnskapssamling for universitets- og faggrupper. De har samlet flere relevante databaser for søk, i tillegg til at de har et grensesnitt som er enkelt å bruke. På grunn av disse kvalitetene ble det vurdert som hensiktsmessig å starte her for å få erfaring innen strukturerte søk. Etter dette ble det benyttet spesialiserte helse- og psykologifaglige databaser, hovedsakelig PsychINFO, MEDLINE og PubMed, databasene ble hentet fra helsebibliotekets databaseliste. I søkeprosessen ble det brukt trunkeringer for å inkludere ulike endestavelser. Eksempelvis Psych* eller mental health institution*. Søkeordene ble kombinert ved hjelp av boolske uttrykk som AND, OR og NOT, for presisere søkene (Thiedemann, 2019, s. 87).

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier brukes for å avgrense søket. Dette gjøres for å tydeliggjøre søkeprosessen, samtidig som man begrenser mengden litteratur i søkene (Thiedemann, 2019, s. 83-84). For å unngå kulturelt betingete barrierer som ikke kunne relateres til norsk kontekst ble artikler fra ikke-vestlige land ekskludert. Å finne nyere forskning som belyste temaet ble sett som en styrke ettersom problemstillingen ser på hvilke barrierer man ser i dag, dermed ble artikler som var over 5 år gammel ekskludert. Kriteriene presenteres skjematisk:

Inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Under 5 år gammel	Over 5 år gammel
Fagfellevurdert	Barn
Psykisk helsevern	Ungdom
Brukermedvirkning på individnivå	Somatisk helse
Brukererfaringer	Tvungent psykisk helsevern
Barrierer	Studie av ikke-vestlig kultur.
Helsepersonellserfaringer	Brukermedvirkning på system- og tjenestenivå
Studier av vestlig kultur	
Normalpopulasjon	

3.2 Søkelogg

Dato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
20.03.20	Oria	("patient participation" ELLER "user participation" ELLER "shared decision making") OG ("mental health") ELLER ("mental health care") OG ("patient perspective") OG ("barriers")	Norske fagbibliotek. fagfelleverdert tidskrift. Mental health. Fra 2015-2020	50	5	1	How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study.
23.03.20	APA PsychInfo	("service user* experience*" OR "patient* experience*" OR "user* experience*") AND ("patient participation" OR "participation" OR "user participation") AND ("decision making" OR "shared decision making" OR "supported decision making") AND ("recovery") AND ("grounded theory")	Fra 2015-2020	56	4	2	Service users' experiences of participation in shared decision making in mental health services
26.03.20	MEDLINE	("patient participation" OR "user participation") AND ("shared decision making" or "supported decision making") AND ("mental health care" OR "mental health service*") AND ("mental disorder" OR "mental illness") AND ("qualitative method")	Fra 2015-2020	84	6	3	Supported decision making: The Expectations Held by People With Experience of Mental Illness
29.03.20	Oria	Emneordssøk: ("patient participation" ELLER "user participation") OG ("decision making*") ELLER ("menatal health care" OG "mental health service*") ELLER ("Qualitative") IKKE ("medicine")	Fra 2015-2020 Engelskspråklig Fagfelleverderte artikler Emneavgrensning: Mental Health Care Decision Making Qualitative Research	28	7	4	Whos decision is it anyways? A qualitative stidy of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis.

3.3 Analyse

Nå som relevante artikler er funnet, startet arbeidet med analysen. Ayevaras tematiske analysemodell (Thiedemann, 2019, s. 96-99) ble brukt som analysemetode. Ayevaras tematiske analysemodell er en enkel, men effektiv metode for å identifisere temaer i tekst. Først ble hver artikkel lest grundig flere ganger, for å få et samlet helhetsinntrykk av artiklene. Ved hjelp av markørtusj ble delene av teksten som kunne være relevant for problemstillingen, markert. Alle funnene oversatt fra engelsk til norsk og etter dette ble funnene ble skrevet inn i et word dokument, og ved hjelp av uthevingsfarger ble funnene sortert under temaer.

Til slutt ble temaene samlet og gjennomgått med artiklene ved siden av for å sikre at alle relevante resultater hadde blitt identifisert og forstått riktig, og for å sikre at alle temaene passet til problemstillingen. Til slutt ble de forskjellige temaene analysert for å se hvordan de passet sammen med hverandre og for å se hvilke artikler hadde sterkest «evidence» (Thiedemann, 2019, s. 96-99).

En viktig del av en litteraturoppgave er kildekritikk (Thiedemann, 2019). på neste side presenteres litteraturmatriser som gjennomgår styrker og svakheter ved hver artikkel. For å gjennomgå artiklene kritisk ble det brukt sjekklister for vurdering av kvalitative studier, hentet fra helsebiblioteket (Helsebibloteket, 2018). I litteraturmatrisen presenteres også resultater fra hver artikkel.

Litteratormatrise:

Referanse	Mathisen, V., Lorem, G. F., Obstfelder, A., & Måseide, P. (2016). Whose decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. <i>Mental Health Review Journal</i> .
Hensikt	Studien utforsker hvordan helsepersonell ser på idealene i brukermedvirkning, i lys av pasientens rettigheter til å delta i planlegging og avgjørelser angående miljøterapiutiske mål og aktiviteter. Samt hva som fremmer og hemmer brukermedvirkning.
Metode	Studien har benyttet en kvalitativ metode basert på intervjuer og observasjoner over tid. Observasjonene var basert på daglige rutiner på behandlingsstedet, inkludert møter, rapporter og andre aktiviteter. Forfatterne deltok også i samtaler med pasienter og helsepersonell når det følte relevant I første omgang utførte forfatteren individuelle intervju med helsepersonell med en varighet mellom 20 og 120 minutter. Temaene var helsepersonellens arbeid, tanker rundt brukermedvirkning og hva som eventuelt påvirker brukermedvirkning ved behandlingsstedet. Etter dette utførte forfatter fokusgruppeintervju hvor miljøet til behandlingsstedet og brukermedvirkning med svært syke pasienter ble diskutert. Fokusgruppeintervjuet varte i 180 minutter.
Utvalg	Studien var en del av en større studie som inkluderte 69 helsepersonell og 25 pasienter. Denne studien fokuserte på opplevelsene til helsepersonell, hovedsakelig sykepleiere, ved en DPS i Norge. 12 personer deltok i intervjuer.
Resultater	Det sterke fokuset på regler og rutiner i miljøet begrenset muligheten pasientene hadde for å dele meninger og følelser med helsepersonell, i tillegg til at helsepersonellet viste en manglende bevissthet rundt tjenestemottakers kommunikasjon. Spontane interaksjoner hvor tjenestemottakeren uttrykker et behov blir dermed ignorert. Helsepersonellet handlinger viste en holdning til pasienten hvor de visste best, og deres overbevisning rundt behandling hadde størst vekt i avgjørelser. De så også pasienten som for syk til å delta. Avgjørelser rundt aktiviteter ble tatt uten hensyn til pasientens individuelle behov, hovedfokuset lå på om aktivitetene kunne gjennomføres i forhold til andre rutiner og om helsepersonellet mente det var bra for pasienten. Helsepersonellet uttrykte at brukermedvirkning var et viktig moment for dem, men hva dette betydde varierte. Forståelse for deltakelse var at pasientene kunne delta på aktiviteter, men det var lite rom for at pasienter kunne ha innflytelse eller nekte, å nekte å delta ble sett som å nekte behandling. Pasienter hadde ikke annet valg enn å godta. Tid til å gjennomføre brukermedvirkning, rutiner, regler og kultur på behandlingsstedet, og helsepersonellens bevissthet rundt brukermedvirkning ble tatt opp som grunner til denne utviklingen.
Kvalitetsvurdering	Styrker: - Blandingen av intervju og observasjon skaper et mer troverdig datagrunnlag

	<ul style="list-style-type: none"> - Intervjuene var en blanding av individuelle og fokusgruppeintervju. Skaper et bredere perspektiv rundt temaene som ble diskutert. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasjoner i miljø kan være påvirket av en forskningseffekt (Dalland, 2018, s. 119) - Hovedvekten av deltakere som ble intervjuet var sykepleiere, noe som skaper lite variasjon i syn på brukervedvirkning. - Pasientenes opplevelser ble observert, men ikke utforsket dypere gjennom intervju.
Relevans	Artikkelen ser på hva som fremmer og hemmer brukervedvirkning.
Etiske overveielser	Studien fikk etisk godkjenning fra King's College Hospital Research Ethics Committee.

Referanse	Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R.C., Szukler, G., & Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. <i>Health Expectations</i> , 19(2), 448-458.
Hensikt	Studien ser på hvordan en Joint Crisis Plan (kriseplan) intervensjon ble oppfattet av helsepersonell og tjenestemottakere, i tillegg til hvilke barrierer for brukervedvirkning som blir identifisert i forhold til Joint Crisis Plan.
- Metode	Studien er en kvalitativ studie som har brukt en blanding av semi-strukturerte intervju og fokusgruppeintervju. Studien er gjennomført i England. 12 fokusgruppeintervju med en gjennomsnittlig varighet på 90 minutter ble gjennomført. 37 semi-strukturerte intervju med en varighet på 1 time ble gjennomført. En intervjuguide ble laget hvor temaene var relatert til prosessen, bruken og effekten av Joint Crisis Plan.
Utvalg	Fokusgruppeintervjuene involverte 35 tjenestemottakere, 22 omsorgscoordinatorer og 1 psykiater. De semistrukturerte intervjuene involverte 15 tjenestemottakere, 6 omsorgscoordinatorer og 16 psykiatere. Alle deltakere fra gruppen helsepersonell hadde tidligere erfaring med Joint Crisis Plan.
Resultater	Helsepersonell satt brukervedvirkning som ideal høyt, men det var uklart i hva det betydde. Det resulterte i at helsepersonell tolket det forskjellig. Flere tolket det som å se et behov, informere om et forslag til behandling og vente på samtykke, uten å involvere bruker. En manglende bevissthet rundt ubalansen i makt i interaksjonen, samt manglende trening i brukervedvirkning ble nevnt som årsaker. Helsepersonell viste en ambivalens til å samarbeide om en kriseplan på grunn av et pasientsyn preget av mistillit til tjenestemottakers evne til å bruke planen ved sykdom og evne til å utarbeide en plan med passende valg. Det var også en bekymring om behandlingsvalg var tilgjengelige til brukere. Mangel på ressurser og tid ble beskrevet som en barriere. Tjenestemottakerne beskrev en følelse av å bli avmaktet og en mistillit til helsepersonell på grunn av mangel på informasjon, mangel på engasjement fra behandler og følelsen av å bli styrt i en

	retning (ikke bli involvert i valg). Tjenestemottakeren hadde også en mistillit til seg selv på grunn av deres psykiske lidelse, noe som ble forsterket av hvordan helsepersonell kommuniserer og oppfører seg på.
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stor variasjon i yrkesgrupper som deltok. - Brukererfaringer er representert i studien. - Blanding av semi-strukturerte intervju og fokusgruppeintervju, som skaper større dybde i datagrunnlag. - Analysen ble gjennomført av to parter og diskutert i ettertid, i tillegg til at analysen ble diskutert med deltakere av studien, noe som skaper større kredibilitet <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien er ikke gjennomført i skandinavisk kontekst. - Forskerne diskuterer ikke sin egen påvirkning på datagrunnlaget (Dalland, 2018, s. 119).
Relevans	Studien fokuserer på hvilke barrierer som hindrer brukermedvirkning.
Etiske overveielser	Studien fikk etisk godkjenning fra King's College Hospital Research Ethics Committee.

Referanse	Knight, F., Kokanović, R., Ridge, D., Brophy, L., Hill, N., Johnston-Ataata, K., & Herrman, H. (2018). Supported decision-making: the expectations held by people with experience of mental illness. <i>Qualitative health research</i> , 28(6), 1002-1015.
Hensikt	Studien forsøker å utforske tjenestemottakers erfaringer, spesielt i forhold til spekteret med preferanser i behandling og støtte, refleksjoner rundt helsetjenesten og erfaringer med interaksjoner med behandlere. Så også på hvordan ulike pasientgrupper opplever sin evne til å ta ansvar i eget liv.
Metode	Studien bruker kvalitative metoder utviklet av HERG (Health Experiences Research Group), hovedsakelig intervju. 29 personer deltok.
Utvalg	18 kvinner og 11 menn mellom 22 og 65 år med varierte bakgrunner i forhold til diagnoser, erfaringer med psykisk helsevern og brukermedvirkning deltok. Deltakerne hadde varierte bakgrunner og livssituasjon. Alle arbeidet deltid innenfor psykisk helsevern. Deltakerne ble rekruttert gjennom reklamer på samfunnstjenester, på internett og i nyhetsblader.
Resultater	Studien finner 4 forskjellige narrativ i deltakernes fortellinger om seg selv og deres erfaringer innen brukermedvirkning. De fire narrativene hadde vidt forskjellige behov og preferanser i møte med psykisk helsevern. Inward expert hadde et sterkt behov for å få sin ekspertise og kunnskap validert i samarbeid med behandler, hvis de ikke fikk respekten de følte de fortjente opplevdes interaksjonen som dominant. De hadde en sterk følelse av evne til å ta ansvar i eget liv. Tap av kontroll i behandling, kategorisering som inkapabel og tap av autonomi var en dårlig opplevelse. Outward entrustor opplevde et tap av evne til å ta ansvar i eget liv, derfor så de til behandlere til å ta

	<p>ansvar for dem. De har også et sterkt behov for nære relasjoner til behandler. Manglende tid til å bygge relasjoner, å ikke få medisinsk hjelp og ikke få erfaringer anerkjent var vanskelig for dem. Self-aware observer rekonstituerte sin evne til å ta ansvar i eget liv i sykdommens kontekst. De føler seg som en ekspert, men har ikke behov for validering. Opplever tillit til behandlere gjennom samarbeid, men trenger ikke full kontroll som inward expert. Evne til å ta ansvar kom gjennom å søke behandling. Å ikke få støtte og ikke ha tillitt til behandler, sett som vanskelig. Social integrator legger vekt på hvordan sykdommen påvirker sosial integrering, ikke sykdommen i seg selv. Opplevelse av å ta ansvar i eget liv var separat fra sykdommen. Viktigst for dem å få støtte og veiledning slik at de ble sett som en meningsfull del av samfunnet. Å ikke få støtte til å opprettholde sin sosiale identitet var hovedfokuset deres.</p> <p>Forfatterne fant at deltakere kunne ha karakteristikk fra hvert narrativ. Deltakerne kunne også bevege seg frem og tilbake i narrativposisjoner i løpet av deres sykdomsforløp. Forfatterne påpeker at å vise hensyn til personer personlige preferanser kontinuerlig er essensielt for å fasilite brukermedvirkning.</p> <p>Forfatterne trekker også frem at helsepersonells bevissthet rundt interaksjon er essensielt for å kunne se de individuelle behovene og kvalitetene i tjenestemottakerens narrativ.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Svært variert gruppe deltakere. - Svært grundig analyse. - Transparent presentasjon av resultater. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien er ikke gjennomført i en skandinavisk kontekst. - Rekruttering skjedde via reklame, noe som kan ekskludere mulige deltakere ettersom det ikke appellerer til dem. Noe som igjen kan gi en skjevhet i datagrunnlag.
Relevans	Trekker frem hvordan tjenestemottakere har forskjellige preferanser i brukermedvirkning. Fokuserer på viktigheten i å anerkjenne dette for å fasilitere brukermedvirkning
Etiske overveielser	Etisk godkjenning fra Monash University Research Ethics Committee. Materialet ble også analysert av deltakerne selv for godkjenning.

Referanse	Jørgensen, K., Rendtorff, J. D., & Holen, M. (2018). How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> , 32(4), 1359-1370.
Hensikt	Studien ser på hvordan brukermedvirkning blir konstruert i sosial interaksjon mellom helsepersonell og tjenestemottakere og hvilke strukturer som lager rammeverket for brukermedvirkning i en psykiatrisk kontekst.
Metode	Studien bruker en kvalitativ metode. Semistrukturerte intervju ble brukt for å finne antagelsene deltakerne bygget sine meninger og handlinger på. Intervjuene varte mellom 45 og 75 minutter. Observasjoner ble gjort i møter, rapporter og avdelingsrunder for å

	utforske de sosiale prosessene som deltakerne var en del av. En intervjuguide og observasjonsguide ble laget og testet for studien.
Utvalg	Deltakerne var 10 sykepleiere som ble rekruttert ved en åpen psykiatrisk avdeling i Danmark. Deltakerne var mellom 29 og 52 og hadde varierende stillinger og erfaring fra feltet.
Resultater	<p>Et biomedisinsk rammeverk påvirket hvordan brukermedvirkning ble praktisert. Evidensbasert kunnskap var grunnlaget for behandlingen, standardisering i form av instruksjoner, føringer og rutiner forhindret fasilitering av brukermedvirkning videre. Holdningene til helsepersonellet var påvirket av rammeverket og kom til uttrykk i en paternalistisk holdning til tjenestemottakerne. Tjenestemottakerne var sett som for svake til å ta valg, samtidig som helsepersonellet satt sin evidensbaserte kunnskap høyere enn tjenestemottakernes erfaringer. Helsepersonell var dedikert til brukermedvirkning, men forståelsen for brukermedvirkning varierte og var påvirket av rammeverket. Om pasientene var ettergivende og holdt seg til behandling var hovedfaktoren for om en behandling var vellykket.</p> <p>Brukermedvirkning handlet om å informere om et behandlingsvalg som ble tatt av helsepersonellet. Om tjenestemottakerne godtok behandlingen, ikke om de var involvert, var det sett som brukermedvirkning. Mesteparten av diskusjonene rundt behandling ble tatt i møter og rapporter, hvor tjenestemottakerne ikke var til stede. På de møtene var det også en viss hierarkisk kontroll, hvor overleger, som hadde et biomedisinsk perspektiv, satt agenda. Mangel på ressurser og stor pasientflyt, kombinert med et fokus på effektivisering og et resultatkrav ble også trukket frem som en barriere.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transparent studie. Intervjuguide og observasjonsguide blir presentert. - Grundig presentasjon av analyse og fremgangsmåte for å sikre validitet - Intervju og observasjoner blir brukt. Noe som skaper en større validitet i funnene. - Forfatter anerkjenner at deres resultat er påvirket av deres samlede kunnskap og syn på situasjonen, og at deres resultat er en tolkning. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diskuterer ikke hvordan tilstedeværelse i miljøet kan ha en effekt på resultatet (Dalland, 2018, s. 119). - Tjenestemottakernes opplevelser ble ikke sett på
Relevans	Ser på barrierer for brukermedvirkning med et organisatorisk perspektiv.
Etiske overveielser	Forfatterne skriver at det etiske aspekter ved studien ble nøye sett på. Ingen etisk godkjenning fra en komite var nødvendig ifølge Helsinki deklarasjonen og dansk lov. Alle deltakerne ga skriftlig samtykke. I tillegg ble de informert om at de kunne trekke seg dersom de ville.

Referanse	Dahlqvist, J. P., Schön, U. K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. <i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i> , 22(9), 688-697.
Hensikt	Studien utforsker tjenestemottakeres erfaringer med medvirkning i avgjørelser. Ser hva som promoterer brukermedvirkning fra brukers perspektiv.
Metode	Kvalitative metoder. 5 fokusgruppeintervjuer med 2 til 5 deltakere, med en varighet på 82 til 115 minutter ble gjennomført. 2 individuelle intervju ble gjennomført med en varighet på 15 til 42 minutter. Intervjuene fokuserte på tjenestemottakernes erfaringer og preferanser innenfor brukermedvirkning.
Utvalg	6 menn og 14 kvinner i alder mellom 26 og 64 med varierte erfaringer med psykisk lidelse og psykisk helsevern deltok. De ble rekruttert gjennom reklame som var rettet mot personer som aktivt brukte helsetjenester i Sverige.
Resultater	Helsepersonellens holdninger til tjenestemottakere ble trukket frem som en barriere. Tjenestemottakernes kompetanse og likeverdighet ble ikke vektlagt fra helsepersonellens side. Avgjørelser ble tatt uten betraktning til tjenestemottakernes syn eller kunnskap. Tjenestemottakere ble utelatt fra avgjørelser, noe som førte til at tjenestemottakere utviklet en mistillit til helsepersonellet og fikk dem til å føle seg inkompetent. Mangel på tid førte til handlinger som hindret tjenestemottakere å ta egne valg. De fikk ikke god nok informasjon, i noen tilfeller hold helsepersonell tilbake informasjon for behandling de mente var viktig og ga ikke rom til å diskutere og reflektere over valg og muligheter, noe som resulterte i at tjenestemottakere følte seg kontrollert. Ubalanse i kunnskap førte til mindre engasjement og mulighet til å medvirke. De følte på en viss stigma, hvor deres evne til å medvirke blir nedvurdert på grunn av deres psykiske lidelse.
Kvalitetsvurdering	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Deltakernes varierte bakgrunn og erfaringer. - Bruk av både fokusgruppeintervju og individuelle intervju skaper en større bredde i datagrunnlaget. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Reklame ble brukt. De reklamen ikke appellerer til kan ha hatt andre synspunkter. - Forfatterne selv, trekker frem at de kan ha en forforståelse for temaet.
Relevans	Studien tar for seg tjenestemottakernes syn på barrierer for brukermedvirkning.
Etiske overveielser	Fikk etisk godkjenning (Dnr: 2012-198-31Ö). Alle deltakere ble informert skriftlig og muntlig om studien, og muligheten om å trekke seg når de ville.

4. Resultater

I dette avsnittet presenteres en sammenfattet versjon av funnene. To artikler med fokus på helsepersonells påvirkning på brukermedvirkning og deres opplevelser rundt brukermedvirkning ble valgt (Mathisen, Lorem, & Måseide, 2016; Jørgensen, Rendtroff, & Holen, 2015). To artikler ser på erfaringene til tjenestemottakere og hvilke barrierer de opplever (Knight, et al., 2018; Dahlqvist, Schön, Rosenberg, Sanlund, & Svedberg 2015). En av artiklene ser på både tjenestemottakeres og helsepersonells erfaringer med samme fenomen (Farrely, et al., 2016). Flere av artiklene trekker frem hva som promoterer brukermedvirkning, men dette faller utenom problemstillingen. Det var viktig å finne artikler som utforsket perspektivet og praksisen til helsepersonell og erfaringene til tjenestemottakere for å et balansert syn på barrierene til brukermedvirkning.

4.1 Sammenfatning av resultater

Alle fem valgte artikler har relevante funn for problemstillingen. Analyse av funnene ble gjennomført for å finne hvilke barrierer som var mest prevalente. To temaer av signifikans ble identifisert med til sammen 5 undertemaer. Hovedtemaene som ble funnet var *Kontekstuelle barrierer* og *Personavhengige barrierer*. Med kontekstuelle barrierer menes konteksten rundt et helseforetak som kan føre til barrierer for brukermedvirkning. Personavhengige barrierer viser til hvordan barrierer oppleves som et resultat av den enkelte helsepersonell.

Undertemaene som ble funnet var *Strukturelle- og organisatoriske barrierer* og *Verdibaserte barrierer*, og *Helsepersonells holdninger til tjenestemottaker, forståelser rundt brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)*, og *mangel på bevissthet om mangfold og mangel på bevissthet i interaksjon*.

4.1.2 Barrierer for fasilitering av brukermedvirkning:

Kontekstuelle barrierer	Personavhengige barrierer
Strukturelle- og organisatorisk barrierer	Helsepersonells holdninger til tjenestemottaker.
Verdibaserte barrierer	Forståelser av brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling).
	Mangel på bevissthet om mangfold og mangel på bevissthet i interaksjon.

4.2 Kontekstuelle barrierer

4.2.1 Strukturelle- og organisatoriske barrierer

Mathisen et al. (2016) trekker frem regler og rutiner som styrende for praksis som en barriere. På grunn av regler for å sikre et positivt miljø skapte helsepersonellet en atmosfære hvor tjenestemottakere ikke fikk snakket om sine emosjoner og behov. Rutinene ble sett som svært viktige i å overholde av personalet, dermed ble organiseringen av aktiviteter og behandling gjort med fokus om det passet med rutinene, ikke tjenestemottakernes behov. Jørgensen et al. (2018) påpeker at standardisering i form av instruksjoner, pakkeforløp, føringer og rutiner ble brukt som veiledning for hvordan helsepersonell opprettholdt profesjonalitet i behandlingen av tjenestemottakere. Ved å bruke dette som et rammeverk for behandling ble det lite rom for tjenestemottakerens syn. Mathisen et al. (2016) og Jørgensen, et al. (2018) påpeker også hvordan tilnærming man bruker i planlegging av behandling påvirker evnen til å medvirke. Møter og rapporter som tjenestemottakere ikke hadde tilgang ble brukt som rom for diskusjoner rundt tjenestemottakers behandling. Ved å ikke inkludere tjenestemottaker i dette forumet, ble viktig informasjon rundt tjenestemottakerens behov og utfordringer ikke tatt hensyn til. Helsepersonellens fokus var ifølge Mathisen et al. (2016) å sikre at praktiske gjøremål ble gjennomført og at rutiner ble overholdt. Tjenestemottakerens behov ble ignorert. Ifølge Jørgensen et al. (2018) var møter påvirket av et biomedisinsk perspektiv og tjenestemottakerens behov ble glemt.

Tid og mangel på ressurser ble trukket frem som en barriere i alle artiklene. Mangelen på tid til å bygge tillitsfulle relasjoner ble sett som en utfordring av tjenestemottakere ifølge artikkel Knight et al. (2018). Mangelen på tid ble også beskrevet som en av barrierene for informasjonsdeling ifølge Dahlqvist et al. (2015). Tjenestemottakerne følte at de ble kontrollert ettersom de ikke fikk nok tid til å forstå eller reflektere rundt informasjonen de ble presentert, og dermed ikke hadde et godt nok kunnskapsgrunnlag til å ta valg. Mangelen på ressurser og tid ble sett på som en barriere av alt av helsepersonell. Helsepersonell følte ikke de hadde nok tid til å fasilitere og gjennomføre brukermedvirkning slik de ville, ifølge artikkel Mathisen et al. (2016), Farrelly et al. (2016) og Jørgensen et al. (2018). Mathisen et al. (2016) trakk også frem at mangelen på behandlingsalternativ som en barriere og Jørgensen et al. (2018) trakk frem en stor pasientflyt som et press på ressursene. Resultatet ble at brukermedvirkning ikke var gjennomførbart eller ikke prioritert på grunn av ressursmangel. Jørgensen et al (2018) fant at styringsdiskurser som vektlegger effektivisering og resultatmål

var overbærende og skapte restriksjoner for hvor mye tjenestemottakere kunne forvente å medvirke.

4.2.2 Verdibaserte barrierer

Jørgensen et al. (2018) fant at et biomedisinsk perspektiv legger grunnlaget for et paternalistisk syn i behandling på pasienter. Det biomedisinske perspektivet skaper et stort diagnosefokus i planlegging av behandling og i kommunikasjonen mellom helsepersonell og tjenestemottakere. Diskusjoner mellom helsepersonell var også påvirket av dette synspunktet og førte til at tjenestemottakers syn ble ignorert i samtaler om behandlingsvalg. Hva som var viktig å behandle var også basert på et biomedisinsk rammeverk. Helsepersonell brukte evidensbasert kunnskap som startpunkt for behandling, ikke tjenestemottakers behov og opplevelse av sykdom. Fokuset på evidensbasert kunnskap førte til at tjenestemottakers kunnskap og ekspertise ble nedvurdert til fordel for behandlernes kunnskap, noe som resulterte i en paternalistisk praksis. Mathisen et al. (2016) påpeker også dette. Forfatterne oppfattet at helsepersonellet var påvirket av ideologier og forventninger fra psykiatrifaget og arbeidsplassen, hvor ansatte holdt seg til etablerte metoder og lente seg på tidligere erfaringer når de avgjorde behandling for tjenestemottakerne.

4.3 Personavhengige barrierer

4.3.1 Helsepersonellens holdninger til tjenestemottakere

Helsepersonellens holdninger til tjenestemottakeren og deres kunnskaper ble sett som en barriere. En paternalistisk holdning til tjenestemottakerne hvor helsepersonellens kunnskap ble vektlagt i større grad enn tjenestemottakernes ekspertise var prevalent (Dahlqvist et al. (2015); Mathisen et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Helsepersonellet hadde en overbevisning om at de «visste best», noe som resulterte i en relasjon som ikke var preget av samarbeid og likeverdighet. Sosial kontroll på grunn av denne overbevisningen ble sett i Mathisen et al. (2016), ved at helsepersonell holdt tilbake informasjon for behandling de mente var viktig. På denne måten styrte de pasienter i den retningen de mente var best.

Stigma for psykiske lidelser blant helsepersonell ble også sett som en barriere. På grunn av den psykiske lidelsen hadde helsepersonellet liten tillitt til tjenestemottakernes evner til å medvirke. Enten på grunn av at tjenestemottakeren var for syk eller svak til å delta på møter om deres behandling (Dahlqvist et al., 2015; Mathisen et al., 2016; Farrelly, et al., 2016; Jørgensen et al., 2018), eller som Farrelly et al. (2016) forklarer, på grunn av en bekymring for at tjenestemottakeres valg ikke var passende. I tillegg til den fysiske utestengelsen fra å

medvirke, så fant Dahlqvist et al. (2015), Farrelly et al. (2016) og Knight et al. (2018) at opplevelsen av å ikke bli stolt på skapte en følelse av mistillit til egne evner.

4.3.2 Forståelse av brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)

I Mathisen et al. (2016), Farrelly, et al. (2016) og Jørgensen et al. (2018), uttrykker helsepersonellet at de ser på brukermedvirkning som en viktig ideal, samt at behandlingsstedene beskrev seg selv som recoveryorientert praktiserende, og opptatt av brukermedvirkningsidealet, men hva som ble gjort i praksis samsvarte ikke med beskrivelsen av disse ideologiene.

Mathisen et al. (2016) fant at helsepersonell hadde en forståelse for brukermedvirkning som hindret deltakelse i avgjørelsesprosessen og passiviserte tjenestemottakeren. Å informere tjenestemottakere om aktiviteter ble sett som medvirkning, men tjenestemottakerne hadde ingen innflytelse på organiseringen eller gjennomføringen av aktivitetene. Å ikke delta ble sett som behandlingsnekt, noe som resulterte i at tjenestemottakerne ikke hadde noe annet valg enn å delta. Farrelly et al. (2016) trekker også frem dette som en barriere. Her ser helsepersonell et behov, informerer om et forslag til behandling og venter på samtykke, men involverer ikke tjenestemottakere aktivt i avgjørelsesprosessen. På denne måten passiviseres tjenestemottakeren og fikk ikke muligheten til å aktivt ta ansvar i eget behandlingsforløp. Jørgensen et al. (2018) ser på samme fenomenet. Hovedfaktoren for om brukermedvirkning ble oppfylt var om tjenestemottakeren godtok behandling. Brukermedvirkning ble ikke målt i hvor aktiv tjenestemottakeren var i planleggingen av eget behandlingsforløp, men hvorvidt vedkommende var ettergivende. I tillegg til en forståelse for brukermedvirkning som passiviserte tjenestemottakeren fant Jørgensen et al. (2018) at helsepersonell hadde varierte forståelser for brukermedvirkning som kunne virke som en barriere.

4.3.3 Mangel på bevissthet i interaksjon, og mangel på bevissthet om mangfold.

Alle artiklene trekker frem bevissthet rundt individualitet som et behov for tilrettelegging. Knight et al. (2018) utforsket dette videre ved å se på forskjellige narrativ hos tjenestemottakere. De forskjellige narrative hadde vidt forskjellige preferanser i forhold til brukermedvirkning, og barrierene tjenestemottakerne møtte i forhold til sine preferanser kunne være det andre tjenestemottakere hadde behov for. Derfor påpeker Knight et al. (2018) at helsepersonells bevissthet rundt mangfoldet i behov er essensielt for å kunne tilrettelegge for den enkelte.

Knight et al. (2018) beskrev bevissthet i interaksjon som hovedfaktoren for å få forståelse for kvalitetene i tjenestemottakerens narrativ. Å aktivt lytte og få en felles forståelse for hva det primære behovet er med tjenestemottakeren ville styrke helsepersonellens evne til å tilrettelegge for brukermedvirkning. Mathisen et al. (2016) viser hvordan mangelen på denne bevisstheten påvirker brukermedvirkning. Spontane interaksjoner hvor tjenestemottakeren uttrykker sitt behov ble ignorert. Farrelly et al. (2016) fant også hvordan dette påvirker tjenestemottakeren. Måten helsepersonellet oppførte/kommuniserte på i interaksjonen forsterket en følelse av å ikke ha tillitt til seg selv, i tillegg til at de mistet troen på egen påvirkningsevne i eget behandlingsforløp.

5. Diskusjon

5.1 Personavhengige barrierer

5.1.1 Helsepersonells holdninger til tjenestemottakere

Helsepersonellens innehar rollen som fasilitator av brukermedvirkning. På grunn av dette hviler tjenestemottakerens evne til medvirkning på hvordan helsepersonellet handler og hvilke holdninger de har. Angel og Fredriksen (2015) viser til hvordan startpunktet i interaksjonen mellom en tjenestemottaker og helsepersonell er påvirket av en ubalanse i makt.

Helsepersonellet er den som innehar kunnskap om diagnosen, behandling og fagbegreper. Hvis ikke helsepersonellet aktivt prøver å endre denne balansen vil ikke brukermedvirkning kunne bli realisert. Resultatene fra denne undersøkelsen bekrefter Angel & Fredriksens (2015) tanker. Helsepersonalets overbevisning om at egen kunnskap var mer verdifull førte til en paternalistisk relasjon til tjenestemottakerne (Dahlqvist et al., 2015; Mathisen et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Ved å tenke at «jeg vet best» styrer helsepersonellet informasjonen, og dermed også behandlingsforløpet i en retning, noe som fratrar tjenestemottakeren mulighet til innvirkning (Angel & Fredriksen, 2015).

Helsepersonells holdninger til tjenestemottakeren førte også til tilfeller hvor tjenestemottakeren ble stigmatisert (Dahlqvist et al., 2015, Mathisen et al., 2016; Farrelly et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Som sett i Knight et al. (2018) har flere tjenestemottakere et behov for å bli identifisert som kapabel og verdifulle i et behandlingsforløp. Synet på at en tjenestemottaker ikke har evnen til å være med i avgjørelsesprosessen eller evnen til å ta passende valg for sitt behandlingsforløp, resulterer i at tjenestemottakerens kunnskap utelates fra avgjørelsesprosessen, noe som tar fra dem denne identitetsmarkøren (Imsen, 2017, s. 406-

407). Joseph-Williams et al. (2013) trekker fram et viktig punkt i forhold til dette. De ser en tendens hvor tjenestemottakere innehar en frykt for å bli sett som en vanskelig person, og en frykt for gjengjeldelse hvis man ikke er ettergiven. I tillegg til dette så de at tjenestemottakere undervurderer sin egen mulighet for medvirkning og egen kunnskap fra begynnelsen av behandlingsforløpet, på grunn av en tanke om at helsepersonellet vet best. De så seg ikke som likeverdige i møtet med helsepersonellet, noe som førte til at de passiviserte seg selv. Joseph-Williams et al. (2013) påpeker at tjenestemottakere trenger å bli støttet slik at de føler seg som verdifulle ressurser i en samarbeidsprosess, informasjon om behandling er ikke nok.

5.1.2 Forståelse for brukermedvirkning (passiv informasjonsdeling)

Dette drar oss over i hvordan helsepersonell forstår brukermedvirkning. Resultatene viser tendenser til en forståelse basert på informasjonsdeling og en forventning om at tjenestemottakeren skal følge helsepersonalets føringer (Mathisen et al., 2016; Farrely et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Jönsson et al. (2013) beskriver dette som passiv informasjon hvor tjenestemottakeren får informasjon om hva som vil skje, men har egentlig ingen reell innflytelse på hva utfallet vil bli. Den passive informasjonen fører til at tjenestemottakere passiviseres og som et resultat av dette, blir ikke behov eller syn sett, og tjenestemottakerens ressurser blir ignorert. Dette er et eksempel på tokenisme som forklart av Stomski & Morisson (2017).

Jørgensen et al. (2018) fant at flere forskjellige forståelser for brukermedvirkning, kan i seg selv være en barriere. Ved å ikke ha en entydig forståelse for hva brukermedvirkning er blant helsepersonell risikerer man at helsepersonell utviser vidt forskjellige fortolkninger av begrepet og dermed forskjellige handlinger (Færch & Harder, 2009). Dette kan være svært problematisk ettersom det skaper variasjoner i hvor mye innflytelse tjenestemottakere får. Variasjonen tilsier også at helsepersonell definerer selv hva som er god brukermedvirkning. Dette er problematisk ettersom tjenestemottakere har vidt forskjellige forståelser for hva god brukermedvirkning er (Knight et al., 2018). Personlige forståelser fra helsepersonell, eller generalisering kan ifølge Jönsson et al. (2013) ikke forekomme, ettersom den eneste som kan definere hva god brukermedvirkning er, er tjenestemottakeren.

5.1.3 Mangel på bevissthet i interaksjon og mangel på bevissthet om mangfold

Som vist av Knight et al. (2018) har tjenestemottakere svært varierte behov i møte med helsepersonell og bevissthet om dette beskrives som en av hovedfaktorene for å kunne tilrettelegge for brukermedvirkning. Hvordan brukermedvirkning oppfattes hviler dermed i

stor grad på hva tjenestemottakeren har behov for. Joseph-Williams et al. (2013) så på mangelen på lyst til å være en del av valg som en barriere, men dette viser et annet perspektiv. Viktige poeng trekkes frem av Eliacin et al. (2014), deres undersøkelse fant at tjenestemottakeres behov for medvirkning endret seg over tid. Selv om tjenestemottakeren hadde generelt et ønske om å delta, var det situasjonsavhengig. Eliacin et al. (2014) påpeker at brukermedvirkning ikke eksklusivt handler om valget, men å skape en sterk relasjon mellom tjenestemottakeren og helsepersonellet. Bruk av tid til å utvikle en god kommunikasjon mellom tjenestemottaker og helsepersonell kan åpne opp bevisstheten til helsepersonalet i forhold til tjenestemottakerens behov, noe som er essensielt når det gjelder å gjennomføre reell brukermedvirkning (Eliacin et al., 2014).

Farrelly et al. (2016) fant at mangelen på bevissthet i interaksjonen førte til at tjenestemottakeren utviklet en mangel på tillitt til seg selv, som nevnt tidligere har tjenestemottakere en tendens til å undervurdere sin egen påvirkningskraft og kunnskap (Joseph-Williams et al., 2013). Om kommunikasjonen ikke støtter tjenestemottakeren, kan tjenestemottakers tvil rundt egne evner øke, og dermed forsterke en ubalanse i makt (Joseph-Williams et al., 2013).

5.2 Kontekstuelle barrierer

5.2.1 Verdibaserte barrierer

Jørgensen et al. (2018) trekker frem et hierarki hvor enkelte yrkesgrupper, med en fortrinnsvis biomedisinsk bakgrunn, setter agenda som en barriere for brukermedvirkning. Hvis vi ser på personalgruppen innenfor et organisasjonspsykologisk perspektiv kan dette forklares ved at enkelte personer utviser en sosial makt som påvirker resten av personalgruppen. En makt som komme fra å inneha en lederposisjon eller inneha status (Kaufmann & Kaufmann, 2017, s. 353-357). Aasland et al. (2018) fant i sin undersøkelse av yrkesgruppers holdninger til tvang, at blant annet psykiatere var mer tilbøyelig til å være mer autoritær enn andre. Hvis medlemmer av en gruppe som utviser autoritære holdninger, topper et hierarkisk system kan det påvirke perspektivet for brukermedvirkning på grunn av deres sosiale makt (Kaufmann & Kaufmann, 2017, s. 357).

Resultatene viser at en slik påvirkning kan føre til et overhengende biomedisinsk perspektiv, noe som styrer hvordan brukermedvirkning praktiseres blant helsepersonell (Jørgensen et al., 2018; Mathisen et al., 2016). Jørgensen et al. (2018) og Mathisen et al. (2016) viser at personalet ønsker å praktisere en form for brukermedvirkning som er innenfor recovery

ideologien, men det biomedisinske rammeverket, og forventninger fra psykiatrifaget legger grunnlaget for organisasjonskulturen og hindrer reell brukervedvirkning. I en organisasjonskultur er verdier veiledende for handlinger, vurderinger og holdninger (Kaufmann & Kaufmann, 2016, s. 364). Hvis grunnpilaren for helsepersonalets praksis er et biomedisinsk perspektiv, vil gjennomføring av reell brukervedvirkning være vanskelig ettersom perspektivets fokus på evidensbasert kunnskap, kan føre til at tjenestemottakerens kunnskap ikke ses som likeverdig. Hvis reell brukervedvirkning skal gjennomføres må kulturen til behandlingsstedet adresseres (Williams, Smith & Lumbus, 2014).

5.2.2 Strukturelle- og organisatoriske barrierer

Resultatene viser at strukturelle barrierer, regler og rutiner skaper restriksjoner for brukervedvirkning. Overstrukturering av behandlingsforløpet i form av regler og rutiner viser seg å hemme kommunikasjonen mellom tjenestemottakeren og helsepersonalet (Mathisen et al., 2016). Dette gir et nytt perspektiv på tidligere funn rundt bråk og mangel på privatliv som barrierer på brukervedvirkning (Joseph-Williams et al., 2013) Thomas, Shatell & Martin (2002), fant at ustrukturerte og uformelle, interpersonlige møtene er svært viktige for tjenestemottakere i psykisk helsevern. Deres studie konkluderte med at kravet om kvalitet i interaksjoner og validering av tjenestemottakerens behov ikke ble møtt på grunn av at helsepersonalet ignorerte spontan kontakt fra tjenestemottakeren (Thomas, Shatell & Martin, 2002). Brukervedvirkning krever en god og givende kontakt (Laitila et al., 2018), en neglisjering av spontan kontakt fra tjenestemottaker fører dermed til at denne kontakten ikke blir etablert, som fører til at reell brukervedvirkning ikke blir en realitet.

Rutiner vises også som en fysisk barriere for medvirkning ved at diskusjoner rundt behandling skjer i møter, rapporter og avdelingsrunder, arenaer som tjenestemottakeren ikke har tilgang til (Mathisen et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Som Stomski & Morrison (2017) påpeker, må tjenestemottakeren ha mulighet til å bruke kunnskap i samarbeid med helsepersonalet hvis brukervedvirkning skal kunne realiseres. Ved å fysisk bli utestengt fra arenaer mister tjenestemottakeren muligheter til å ytre sine syn, og gjennomføring av reell brukervedvirkning blir hindret. Det ble vist at rutiner generelt sett ble brukt for å beskytte helsepersonell, ikke til gode for tjenestemottakeren (Jørgensen et al., 2018; Mathisen et al., 2016). Dette er eksempler på vridningseffekter, hvor overholdelse av rutiner og regler blir hovedfokuset, ikke de overordnede føringene rundt brukervedvirkning (Møller, Andersen & Iversen, 2016).

Resultatene viste at tid var essensielt for å oppnå brukervedvirkning. Tjenestemottakerne følte på tidsmangel som begrensende for brukervedvirkning, ved at de ikke fikk anledning til å reflektere over, eller støtte til å forstå informasjon. Dette resulterte i en følelse av å bli kontrollert (Dahlqvist et al., 2015). Det gikk også utover relasjonsbyggingen, og dermed tillitten tjenestemottakere hadde til helsepersonell (Knight et al., 2018). For helsepersonell ble tidsmangel oppfattet som en barriere for å starte gjennomføring av brukervedvirkning. Uten ressurser til å gjennomføre, ble brukervedvirkning nedprioritert (Farrelly et al., 2016; Mathisen et al., 2016). Angel & Fredriksen (2015) påpeker at prosessen mot brukervedvirkning krever tid. Tid som en ressurs brukes til å bygge tillitsfulle relasjoner, dele informasjon og kunnskap, og tilrettelegge for et givende samarbeid. Jönsson et al. (2013), beskriver tid som et underliggende premiss for brukervedvirkning, ikke kun som en barriere. Man kan dermed argumentere for at alle fasiliterende tiltak for å sikre gjennomføre brukervedvirkning begrenses på grunn av mangelen på tid (Jönsson et al., 2013).

Videre førte et effektivitets- og resultatkrav, til hindringer i gjennomføringen brukervedvirkning av brukervedvirkning (Jørgensen et al., 2016). Dette støttes av Joergensen & Prestegaard (2017), som fant i sin undersøkelse at underliggende diskurser som baserte seg på evidensbasert forskning førte til en stigmatisering av tjenestemottakere og en undervurdering av deres kunnskap. I tillegg har det blitt argumentert for at styringsdiskurser som fokuserer på effektivisering og resultatkrav begrenser mengden tid helsepersonell har til rådighet for å gjennomføre reell brukervedvirkning (Borg & Karlsson, 2011). I en rapport for om helsepersonells erfaringer med pakkeforløp, som har blitt implementert i et forsøk på å effektivisere, kvalitetssikre psykisk helsevern og styrke brukervedvirkning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020 s. 58), ble det funnet at helsepersonell opplevde at pakkeforløp begrenset muligheten til brukervedvirkning (Ådnes, Kaspersen, Melby & Lassemo, 2020).

Karlsson (2015) argumenterer for at den overordnede politiske styringsdiskursen som New Public Management (NPM) bringer, endrer atferd gjennom krav om evidensbasert forskning, overholdelse av profesjonell ansvarlighet og effektivisering. Møller et al. (2016) har vist at styringsdiskurser kan føre til strategisk atferd, noe vi til en viss grad ser i Mathisen et al. (2016) hvor personalet fokuserte på overholdelse av rutiner, samt den tokenistiske variasjonen av forståelsen for brukervedvirkning (Mathisen et al., 2016; Farrelly et al., 2016; Jørgensen et al., 2018). Det kan tyde på at de personavhengige barrierer som har blitt nevnt, verdibaserte barrierer og mangel på tid er et resultat av en overhengende styringsdiskurs som ikke støtter reell brukervedvirkning. Det er derimot ikke sikkert. Stokmo, Ness, Borg & Sommer (2018)

fant at behandlere i ACT-team opplevde ACT modellen, som baserer seg på samme styringsdiskurser, fremmet likeverdig kunnskap, styrket samarbeid og ga dem mer tid til å gjennomføre brukermedvirkning, noe som kan tyde på at det ikke er styringsdiskursen i seg selv som er en barriere, men helsepersonells evne til å tilpasse sin atferd innenfor den.

5.3 Metodediskusjon

Denne studien bruker kvalitative studier som datagrunnlag, dette er nødvendig ettersom problemstillingen søker etter å forstå de kvalitative bestanddelene i hvorfor brukermedvirkning ikke gjennomføres (Landridge, 2006, s. 76). Kvalitative studier har derimot en svakhet ved at man må utvise forsiktighet med å generalisere resultatene eller se de som objektive (Landridge, 2006, s. 28). Landridge (2006) viser et viktig poeng ved å referere til Chamaz sin teori rundt grounded theory. Chamaz mener at man må analysere forskerens rolle som fortolker. Altså hvordan forskeren påvirker konstruksjonen av realiteten i en analyse. Artikkelen jeg har valgt og til en viss grad denne studien, er slike konstruksjoner av realitet, ikke et speilbilde av realiteten som den er, dermed blir det vanskelig å konkludere med at resultatene er objektive sannheter (Landridge, 2006, s. 294). Det ikke at resultatene skal ses bort ifra. Konstruksjoner kan være en veiviser for videre forskning og være veiledende for helsepersonell i praksis, men de bør også tolkes som det (Landridge, 2006, s. 290-295).

Studien ser generelt på barrierer som hindrer gjennomføring av brukermedvirkning i psykisk helsevern og skiller ikke mellom helsetjenester. Å se på forskjellige helsetjenester ville gå utenom problemstillingen, men det betyr også at individuelle forskjeller på bakgrunn av hvilken tjeneste det er, vil eksistere, noe resultatene i denne studien ikke vil finne. I søkeprosessen var en av eksklusjonskriteriene, ikke-vestlige land. Dette ble gjort for å finne kunnskap som kunne overføres til norsk kontekst og for å unngå kulturelt betingede barrierer for brukermedvirkning. Dette kan derimot også ha gjort at nyttig kunnskap kan ha blitt oversett. Videre har søkene blitt gjort på engelsk og på grunn av variasjonen i begreper for brukermedvirkning, kan relevante kilder ha blitt oversett. Begrensninger i litteratur må også forventes ettersom det ikke er en systematisk litteraturstudie (Thiedemann, 2019, s. 79). Studien har derimot funnet perspektiver fra både helsepersonell og tjenestemottaker, noe som skaper et mer valid datagrunnlag (Dalland, 2018, s. 40).

Som Landridge (2006), påpeker kan forskeren selv være en feilkilde. Jeg har liten erfaring med forskning tidligere, noe som kan ha påvirket resultatene fra litteratursøkene og hvordan

analysen ble gjennomført. Min forforståelse (Dalland, 2018, s. 58) bør også gjøres rede for. Som nevnt under «begrunnelse for tema» har jeg personlig erfaring med brukervedvirkning, i tillegg til at mitt syn på brukervedvirkning er formet av et vernepleierfaglig perspektiv (Ellingsen, 2015). Et manglende tverrfaglig perspektiv og personlige synspunkter, kan ha innvirkning resultatene.

6. Konklusjon

Gjennomføring av reell brukervedvirkning virker å være avhengig av et komplekst nett av faktorer som påvirker hverandre. Helsepersonells innvirkning på hvordan brukervedvirkning gjennomføres kan ikke undervurderes. Hvilke holdninger man innehar, hva man observerer i interaksjoner, og kvalitetene i kommunikasjon med tjenestemottakeren vises å være av betydning for evne til medvirkning. I tillegg ser vi at helsepersonellens bevissthet på det menneskelige mangfoldet er viktig for å oppfylle den individuelle tilretteleggingen brukervedvirkning krever. En uklarhet rundt definisjonen på brukervedvirkning, ser ut til å skape forskjellige tolkninger rundt hva det betyr i praksis, noe som fører til at grad av medvirkning varierer og i noen tilfeller reduseres til «tokenisme», i form av passiv informasjonsdeling.

Resultatene viser at brukervedvirkning ikke kun hviler på samhandlingen mellom tjenestemottaker og helsepersonell, de overordnede verdiene og strukturene er vel så viktige. Styringsdiskurser som fokuserer på effektivisering, resultatmål og evidensbasert kunnskap kan ha skapt en grunnleggende barriere ved å støtte under et biomedisinsk-paternalistisk perspektiv, som endrer atferden og holdninger til helsepersonell, samt skape tidsbegrensninger. Stokmo et al. (2018) viser derimot at dette ikke nødvendigvis er tilfellet. Uansett, viser resultatene at helsetjenestens organisering kan skape strukturelle barrierer, samt at kultur, tid og det overordnede perspektivet som behandlingsstedet jobber under, kan skape fundamentale hindringer for gjennomføring av brukervedvirkning.

Flere funn samsvarer med tidligere forskning, noe som tilsier at det ikke blir gjort nok for å sikre at brukervedvirkning blir gjennomført. Det mest pressende funnet som har blitt diskutert tidligere, er hvordan kontekst påvirker praksis. Dette virker å være av stor viktighet og bør prege videre forskning på feltet. Noen nye perspektiver som ikke har blitt nevnt av litteraturgjennomganger, ble funnet. Overstrukturering av rom kan skape barrierer for observasjon av kontaktsøkende atferd (Mathisen et al., 2016), noe som viser at regler og

rutiner for å skape ro, noe som støttet brukermedvirkning (Joseph-Williams et al., 2013), kan ha sine baksider. Varierte forståelser for brukermedvirkning ble også funnet som en barriere (Jørgensen et al., 2018), noe som videreutvikler den allerede kjente barrieren «tokenisme». Videre forskning bør rettes mot hvordan kontekst har innvirkning på helsepersonells atferd i gjennomføringen av brukermedvirkning, og hvordan helsepersonell, på best mulig måte, kan gjennomføre brukermedvirkning under styringsdiskurser som NPM.

6.1 Avsluttende refleksjoner

Denne oppgaven har påpekt hvilke barrierer som hindrer gjennomføring av reell brukermedvirkning, den ser ikke på løsninger for hvordan slike barrierer kan fjernes. På grunn av det manglende løsningsorienterte elementet, hadde jeg en frykt for at jeg skulle sitte igjen med en følelse av å ha funnet problem, men ikke lært noe konstruktivt som kunne applikeres i arbeidslivet. Jeg føler derimot at bevissthet, er i seg selv en verdifull ressurs. For en vernepleier som er på vei ut i arbeidslivet har det vært svært opplysende å få innblikk i hvor betydningsfull min posisjon i samhandling er, samt hvor stort ansvar jeg har i møtet med mennesker, og samfunnet ellers.

7. Litteraturliste

- Aasland, O. G., Husum, T. L., Førde, R., & Pedersen, R. (2018). Between authoritarian and dialogical approaches: attitudes and opinions on coercion among professionals in mental health and addiction care in Norway. *International journal of law and psychiatry*, 57, 106-112. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.02.005>
- Angel, S., & Frederiksen, K. N. (2015). Challenges in achieving patient participation: a review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International journal of nursing studies*, 52(9), 1525-1538. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008>
- Askheim, O. P. (2017). Brukermedvirkningsdiskurser i den norske velferdspolitikken. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20(02), 134-149. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2017-02-03>
- Bakke, T., Udness, E., Larsen, B. T., Aarnes, A., De Vibe, M. F., & Vege, A. (2016). Utvikling av en ny brukerrolle i helse og omsorgstjenesten—en beskrivelse av suksessfaktorer.
- Bjørgen, D. (2013). Fremveksten av brukermedvirkning i Norge—strategier og tiltak for å styrke brukeres erfaringskunnskap i teori og praksis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 13(10), 372-378.
- Borg, M., & Karlsson, B. (2011). Recovery—og hva så? Om erfaringsbasert kunnskaps vilkår og muligheter. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(04), 314-323.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser: en systematisk kunnskapssammenstilling*. (NAPHA rapport 4/2013). Hentet fra: <https://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dahlqvist, J.P., Schön, U. K., Rosenberg, D., Sandlund, M., & Svedberg, P. (2015). Service users' experiences of participation in decision making in mental health services. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(9), 688-697. <https://doi.org/10.1111/jpm.12246>

Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *Journal of Mental Health, 24*(1), 24-28.
<https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954695>.

Ellingsen, K.E. (2015). *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Engedal, K. & Snoek, E.J. (2017). *Psykatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, R.C., Szmukler, G., & Thornicroft, G. (2016). Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations, 19*(2), 448-458. <https://doi.org/10.1111/hex.12368>.

FN. (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet 5. mai 2020 fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

FN. (2013). *Konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne*. Hentet 5. mai 2020 fra: <https://www.fn.no/om-fn/avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>

FO. (2017) *Om vernepleieryrket*. Hentet fra: <https://vernepleier.no/wp-content/uploads/2017/12/Vernepleierbrosjyre-2017.pdf>

Forvaltningsloven. (2019). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>

Færch, J., and I. Harder (2009). "Medinddragelse i egen pleje og behandling." *Sygeplejersken, 17*, 54.

Hanisch, H. (2018). *Funksjonshemmede prosesser*. Hentet fra: https://snl.no/funksjonshemmende_prosesser

Helsebiblioteket. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Henter fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>
- Helseforetaksloven. (2020). Lov om helseforetak (LOV-2001-06-15-93). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (Meld. St. 7 (2019-2020)) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>
- Helsepersonelloven. (2019). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Imsen, G. (2017). *Elevers verden – Innføring i pedagogisk psykologi* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Joergensen, K., & Praestegaard, J. (2018). Patient participation as discursive practice—A critical discourse analysis of Danish mental healthcare. *Nursing inquiry*, 25(2), e12218. <https://doi.org/10.1111/nin.12218>.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient education and counseling*, 94(3), 291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>.
- Jönsson, A. B. R., Nyborg, M., Pedersen, V., Pedersen, L., Wandel, A., & Freil, M. (2013). *Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse. En kvalitativ undersøgelse*. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS).
- Jørgensen, K., Rendtorff, J. D., & Holen, M. (2018). How patient participation is constructed in mental health care: a grounded theory study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(4), 1359-1370. <https://doi.org/10.1111/scs.12581>.

- Karlsson, B. (2015). Markedsliberalistiske forskyvninger i det psykiske helsefeltet—om forholdet mellom politisk styring og faglig disiplinering. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 153-162. <https://doi.org/10.7557/14.3719>.
- Kaufmann, A. & Kaufmann, G. (2016). *Psykologi i organisasjon og ledelse* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Klausen, R. K. (2016). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid—En oppsummering av kunnskap* (Oppsummering nr. 4). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Knight, F., Kokanović, R., Ridge, D., Brophy, L., Hill, N., Johnston-Ataata, K., & Herrman, H. (2018). Supported decision-making: the expectations held by people with experience of mental illness. *Qualitative health research*, 28(6), 1002-1015. <https://doi.org/10.1177/1049732318762371>.
- Laitila, M., Nummelin, J., Kortteisto, T., & Pitkänen, A. (2018). Service users' views regarding user involvement in mental health services: A qualitative study. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 695-701. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.009>.
- Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: en innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget
- Mathisen, V., Lorem, G. F., Obstfelder, A., & Måseide, P. (2016). Whose decision is it anyway? A qualitative study of user participation and how clinicians deal with the patient perspective in mental healthcare. *Mental Health Review Journal*, 4(21.), 249-260. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2016-0003>.
- Møller, M. Ø., Iversen, K., & Andersen, V. N. (2016). Review af resultatbaseret styring: Resultatbaseret styring på grundskole-, beskæftigelses-og socialområdet. (KORA 8774888617). Aalborg: Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning. Hentet fra: <https://vbn.aau.dk/en/publications/review-af-resultatbaseret-styring-resultatbaseret-styring-p%C3%A5-grun>
- NOU 2004: 18. (2004). Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene — Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-18/id150699/>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2020). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>

Psykisk helsevernloven. (2019). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevernloven>

Sverdrup, S., Myrvold, T. M., & Kristofersen, L. B. (2007). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter (NIBR-rapport 2007: 02). *Oslo: Norsk institutt for by-og regionforskning*. Hentet Fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2445325/Bm0113.pdf?sequence=1>

Ness, O., Borg, M., & Sommer, M. (2014). Helsearbeidernes erfaringer med hvordan krav om modelltrofasthet virker inn på brukermidvirkning i ACT-team. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(01), 14-23.

Stomski, N. J., & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *International journal of mental health systems*, 11(1), 67.
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0174-y>

Thomas, S. P., Shattell, M., & Martin, T. (2002). What's therapeutic about the therapeutic milieu?. *Archives of psychiatric nursing*, 16(3), 99-107.
<https://doi.org/10.1053/apnu.2002.32945>

Thiedemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Williams, T. M., Smith, G. P., & Lumbus, A. M. (2014). Evaluating the introduction of joint crisis plans into routine clinical practice in four community mental health services. *Australasian Psychiatry*, 22(5), 476-480.
<https://doi.org/10.1177/1039856214546172>

Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året* (SINTEF-rapport, 64). Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/evaluering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

