

Lisa Bjerke
Sofie Støversten

Brukermedvirkning på psykiatrisk avdeling

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Bente Schei Skagøy
Mai 2022

Lisa Bjerke
Sofie Støversten

Brukermedvirkning på psykiatrisk avdeling

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie
Veileder: Bente Schei Skagøy
Mai 2022

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleiere som jobber på psykiatrisk avdeling (spesialisthelsetjenesten) kan tilrettelegge for brukermedvirkning.

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie, der åtte forskningsartikler ble valgt ut for å besvare problemstillingen vår. Artiklene ble funnet i fire helserelaterte databaser, samt gjennom ett manuelt søk. Utvalgte artikler er hovedsakelig kvalitative studier publisert mellom 2011 og 2021.

Resultat: Vi identifiserte at relasjonsarbeid, gode holdninger, informasjonsflyt og høyt kunnskapsnivå hos sykepleier bidrar til brukermedvirkning. Symptomer, ressursknapphet og kultur på avdelingen hemmet brukermedvirkning. Involvering av pårørende både bidro til og hemmet brukermedvirkning.

Konklusjon: God relasjon danner produktiv samhandling, der pasienten lettere deler tanker og ønsker med sykepleier. Tilstrekkelig, tilpasset og forståelig informasjon, bidrar til at pasienten tar beslutninger som gagnar egen helse. Sykepleier bør søke veiledning og samarbeid hos personer med riktig kompetanse, hvis en ikke innehar nok kunnskap for å bidra til brukermedvirkning. I enkelte situasjoner kan det være nødvendig med en balanse mellom paternalisme og brukermedvirkning, spesielt for de svært symptompregede pasientene. Sykepleier må bidra med gode holdninger og brukermedvirknings-kultur, uavhengig av avdelingens økonomiske forutsetninger.

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine how nurses who work in a psychiatric ward can facilitate user participation.

Method: The study is a systematic literature study, where eight research articles were selected to answer our research question. The articles were discovered in four health-related databases, as well as through one manual search. In general, the articles were qualitative studies, published between 2011 and 2021.

Results: We identified that relationship building, good attitudes, information flow and a high level of knowledge among nurses, contributed to user participation. Symptoms, resource scarcity and culture in the ward hampered user participation. Involvement of relatives was both a facilitator and a barrier to user participation.

Conclusion: A good relationship forms a productive interaction, where the patient more easily shares thoughts and wishes with the nurse. Adequate, adapted and understandable information contributes to the patient making decisions that benefit their health. The nurse should seek guidance and cooperation from people with appropriate knowledge, if they lack the necessary competence to facilitate user participation. In some situations, a balance between paternalism and user participation may be necessary, especially for patients with pronounced symptoms. The nurse must contribute with good attitudes and user participation culture, regardless of the financial prerequisite of the ward.

«Jeg som bruker, pasient, person må få mulighet til – og har rett til – å finne og velge min egen vei. Jeg må få mulighet til å ta sjanser og feile, gå omveier, stoppe opp, ta et steg tilbake, gå alene hvis jeg ønsker, og be om følge underveis. Noen ganger trenger jeg at du guider og loser meg. Andre ganger ønsker jeg en dytt hvis motbakken blir for tung. Men veien og målet er mitt». (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 443)

Innhold

1.0 Innledning	11
1.1 Bakgrunn og valg av tema.....	11
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	11
1.3 Begrepsavklaring	12
1.4 Avgrensninger	12
1.5 Oppgavens videre oppbygging	12
2.0 Teori	13
2.1 Psykiske lidelser	13
2.2 Brukermedvirkning	13
2.2.1 Recovery	14
2.3 Salutogenese.....	15
2.4 Lover og offentlige dokumenter.....	15
2.5 Sykepleiers rolle og ansvar.....	16
2.6 Relasjonsarbeid	16
3.0 Metode	18
3.1 Datasamling	18
3.2 Søkestrategi	18
3.2.1 Søkeshistorikk	19
3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	19
3.3 Kvalitetsvurdering	20
3.4 Etisk vurdering	20
3.5 Analyse.....	20
4.0 Resultat	22
4.1 Sykepleierrelaterte faktorer	22
4.1.1 Relasjoner	22
4.1.2 Holdninger.....	22
4.1.3 Informasjon	23
4.1.4 Kunnskapsnivå	24
4.2 Pasienrelaterte faktorer.....	24
4.2.1 Symptomer.....	24
4.2.2 Pårørende.....	25
4.3 Organisatoriske faktorer.....	25
4.3.1. Ressurser	25
4.3.2 Kultur	26
5.0 Diskusjon.....	27

5.1 Metodediskusjon	27
5.2 Resultatdiskusjon	28
5.2.1 Sykepleiers påvirkningskraft	28
5.2.2 Et kompromiss mellom paternalisme og brukermedvirkning	30
5.2.3 Organisatoriske utfordringer	31
5.2.4 Er psykiatrien klar for endring?.....	32
6.0 Konklusjon	33
Referanser.....	34
Vedlegg – tidslinje	38
Vedlegg - søkehistorikk	40
Vedlegg – litteraturmatriser	41

Antall ord: 8389

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og valg av tema

Psykiske lidelser er viktige årsaker til sykdomsbyrden i Norge, og mellom 16-22% av voksne, vil i løpet av et år oppfylle kriteriene for en psykisk lidelse (Tesli et al., 2014). Behovet for å bedre rettighetene til og behandlingen av pasienter med psykisk sykdom har fått økt oppmerksomhet i helsepolitikken (Aarre, 2018, s. 36-37). Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* var et vendepunkt som avslørte brist i alle behandlingsledd i psykiatrien, og hadde i sammenligning til somatikken, liten prioritering. Det ledet til Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006(-2008)), som førte til mer bevilgede ressurser, der målet var å skape helhetlige behandlingsnettverk hvor brukerperspektivet sto i fokus (Aarre, 2018, s. 36). «Den gyldne regel» er også et politisk mål uttalt i flere år, som sier at psykisk helsevern skal prioriteres sterkere enn somatisk sektor (Rønningen, 2017).

Helsedirektoratet (2017a) understreker at brukermedvirkning bidrar til utbedring av helsetjenestene, i tillegg til å virke terapeutisk for pasienten. I 2019 ble det øremerket et stort beløp (124 800 000 kr) til bruker- og pårørendearbeid i rus, psykisk helse og voldsfeltet. Dette er viktig for at faktiske brukereffekter oppnås (Helsedirektoratet, 2019). Innføring av fritt behandlingsvalg i 2015, endringene i psykisk helsevernlov i 2017, samt forslaget om ny Tvangsbegrensningslov i 2019, fremhever også prioriteringen av brukermedvirkning i psykisk helsevern jfr. vedlegg tidslinje.

I arbeidet med bacheloroppgaven har vi fått et økende inntrykk gjennom de åtte utvalgte forskningsartiklene og egen erfaring fra praksisstudier, at brukermedvirkning i psykiatrien er enklere å snakke om i teorien, enn å utføre i praksis. Psykisk helsevern har også en mørk historie fra de psykiatriske sykehusene, med overkjøring av pasientens selvbestemmelse, noe som pasientene i dag i stor grad beskyttes mot (Aarre, 2018, s. 39-40). Vi ønsker derfor å lære mer om implementeringen av brukermedvirkning i psykisk helsevern, og bidra til oppmerksomhet rundt temaet.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Oppgavens hensikt er å finne ut av hva sykepleier som jobber i psykisk helsevern, kan gjøre for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Vår problemstilling er derfor følgende:

Hvordan kan sykepleier bidra til brukermedvirkning hos pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling?

1.3 Begrepsavklaring

Brukermedvirkning: tjenestetilbudet utformes, så langt det er mulig, i samarbeid med pasienten eller brukeren (Helsenorge, 2022).

Psykiatrisk avdeling: Er en avdeling på sykehus som er pliktig til å undersøke og behandle pasienter med en psykisk lidelse. Spesialisthelsetjenesten som arbeider med personer med psykiske lidelser, kalles for psykisk helsevern (Ramsdal, 2020, s. 477).

1.4 Avgrensninger

Målgruppen er voksne pasienter med mer alvorlig psykiatrisk sykdom. Derfor ønsker vi å undersøke personer som er innlagt på åpen eller lukket psykiatrisk avdeling på sykehus, da vi går ut fra at de har et mer alvorlig sykdomsbilde. Vi vil ikke skille mellom pasienter som frivillig innlagt (åpen avdeling) eller under tvang (lukket avdeling). Psykiske lidelser blir ikke videre avgrenset ettersom artiklene ikke skiller mellom sykdommer.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

Videre tar vi for oss teori med relevant pensum og litteratur, som kan hjelpe oss med å besvare problemstillingen. Deretter gjør vi rede for metoden som er brukt for å finne frem til og vurdere forskningsartiklene som oppgaven bygger på. Resultatene fra forskningsartiklene legges frem, før vi i diskusjonskapittelet tar vi for oss en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. Her vil resultatet av artiklene drøftes i sammenheng med teori og konsekvenser for utøvelse av sykepleie. Til slutt munner oppgaven ut i en kort konklusjon.

2.0 Teori

2.1 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser har ingen god og akseptert definisjon (Dahl, 2020, s. 8). Ifølge Aarre handler det om at vi vet lite om årsaken til psykiske lidelser, og at klassifiseringen av diagnose baseres på helsepersonellens observasjoner. Han mener videre at den kliniske diagnostikken som baseres på ICD-10 og DSM-5 i Norge, er tvilsom (Aarre, 2018, s. 41-43). Borg & Karlsson (2017, s. 34-35) kritiserer blant annet at diagnostikken baseres på krav til evidens, gjort av dominerende fagfolk. Aarre (2018, s. 46) understreker viktigheten av å la individet komme til syne, og ikke kun behandle pasienten som en representant for gruppen definert av diagnosen.

Det er viktig å være oppmerksom på reservasjonene som følger bruken av diagnoser og definisjoner (Aarre, 2018, s. 46). Likevel legger vi til Folkehelseinstituttets forståelse av begrepet, som en rekke tilstander der tanker, følelser, atferd, og/eller sosialt funksjonsnivå er forstyrret (Tesli et al., 2014).

Psykiske lidelser har store konsekvenser for enkeltindividet som bærer plagene, da de påvirker alle aspekter av livet, som skole, jobb, familie, venner, og muligheten til å delta i samfunnet (WHO, u.å). Det opptrer stor samsykelighet i gruppen, og i løpet av et år vil nesten halvparten av de som har en psykisk lidelse, også ha en eller flere psykiske lidelser. Det opptrer under- og feilbehandling av mennesker med psykiske lidelser. Mange er ikke i kontakt med helsevesenet, og flere får behandling for en annen lidelse (Tesli et al., 2014).

Psykiske lidelser i befolkningen har også konsekvenser for samfunnet. Det er en særlig årsak til ikke-dødelig helsetap i befolkningen under 50 år, og rammer derfor befolkning i reproduktiv og arbeidsfør alder. Folkehelseinstituttet viser til tall som sier at psykiske lidelser førte til overkant av 17% av sykefraværet i Norge i 2019 og 2020, og 36,8% av de som mottok uføretrygd i 2016. Levealderen for personer med psykiske lidelser er også 5-15 år kortere enn resten av befolkningen, som skyldes både større forekomst av ulykker/selv mord og fysisk sykdom hos gruppen (Tesli et al., 2014).

2.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en sentral verdi i moderne psykiatri og er beslektet til recovery-tradisjon og menneskerettigheter (Bank & Sælør et al., 2020, s. 448). Det er brukernes lovfestede rett å medvirke, og helsepersonellens plikt til å involvere (NAPHA, 2021). I Stortingsmelding 34 heter det at hovedpoenget med brukermedvirkning er at den kliniske kunnskapen helsepersonellet har, må sees i sammenheng med den enkelte brukers erfaringer og ønsker (Meld. St. 34 (2015-2016)). Det krever derfor at helsepersonell lytter til pasientens og pårørendes opplevelser og ønsker, til tross for at de

kan ha andre forventninger eller en helt annen oppfatning om hva som er beste løsning (Aarre, 2018, s. 59). Brukermedvirkning handler også om at brukerrepresentanter med erfaring fra tjenestene, brukes for å skape kvalitet. Pasienter og brukere kan se forhold ved tjenesten på en annen måte enn helsepersonellet (NAPHA, 2021). Bank & Sælør et al. (2020, s. 448) omtaler ulike grader av pasientdeltakelse i beslutningsprosesser, fra liten grad av brukermedvirkning til høy grad av brukermedvirkning. Reell brukermedvirkning er noe en først oppnår når det foreligger brukerinnflytelse;

Brukerperspektiv - pasientens interesser ivaretas av hjelpeapparat, men deltar ikke selv i beslutningsprosessen. Fagpersonene definerer pasientens behov, og hvordan de ivaretas best mulig (2020, s. 448).

Brukerdeltakelse - pasient deltar i beslutninger, men har ikke nødvendigvis innflytelse over tiltakene som iverksettes. Fagpersonene tar den endelige beslutningen (2020, s. 448).

Brukerinnflytelse - pasient deltar i beslutninger og har innflytelse over iverksettende tiltak (2020, s. 448).

Brukerstyring - pasient deltar i beslutninger og har avgjørende innflytelse over hva som vedtas. Brukeren tar selv beslutninger, fagpersonen utfører bare (2020, s. 448).

2.2.1 Recovery

Ideen om recovery vokste frem på 1960-tallet i borgerrettighetsdemonstrasjonene i USA, i likhet med brukermedvirkning jfr. vedlegg tidslinje. Recovery handler om at det er personen som søker hjelp som står i fokus, at det er hen som vet best og som er ekspert på eget liv (Karlsson & Borg, 2017, s. 11). Recovery bygger dermed på blant annet brukerens erfaringsbasert kunnskap om hva som hjelper og ikke hjelper, og hvilke rettigheter og valgmuligheter man har som bruker/pasient og samfunnsborger (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 438-439).

I et recoveryorientert perspektiv, har pasienten en aktiv rolle i samarbeidet med fagpersoner, hvor fagfolks observasjoner og definisjoner kommer i andre rekke. Dette perspektivet kan være vanskelig for fagpersoner og adaptere, da det innebærer å endre sin posisjon fra å være ekspert til å være en samarbeidende medspiller (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 441). Dette kan komme av en gammel innarbeidet paternalistisk tankegang. Det handler om en bevisst og kontrollert overkjøring av pasienters autonomi, på bakgrunn av overbevisningen om at fagpersoner vet best, og at pasientens symptombylde påvirker evnen til selvbestemmelse (Borgersen, 2016). I spesialisthelsetjenesten i dag ser man ofte en «lightversjon», der recovery og brukerens mulighet til medvirkning, må passe inn i standardiseringer, måltinger og effektivisering (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 444).

2.3 Salutogenese

Antonovsky mente man burde se på helse og sykdom som et sammenhengende hele, som beveger seg på et kontinuum mellom helse og uhelse. Gjennom en salutogen tilnærming, fokuserer en på å styrke pasientens potensiale, ressurser og kapasitet, kan en forsterke eller beskytte pasientens helse og opplevelse av sammenheng (OAS) (Mjøsund, 2020, s. 29). OAS er en viktig faktor når det kommer til å bevare sin posisjon på kontinuumet, eventuelt også for å kunne bevege seg i positiv retning mot helse.

Antonovsky (2012) beskriver OAS:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbar og forståelig, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som er verdt å engasjere seg i. (s. 41)

OAS består av tre kjernekomponenter, og høy skår på disse komponentene vil styrke en persons opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012):

Begripelighet – omhandler hvorvidt en person opplever at den stimulien man utsettes for, er forståelig, sammenhengende og strukturert. Det handler om hvordan en person forstår og takler den situasjon man befinner seg i (s. 40).

Håndterbarhet – handler om i hvilken grad en person føler at man har tilstrekkelig med ressurser tilgjengelig, for å kunne håndtere ulike utfordringer man møter, samt til å komme frem til en løsning på situasjonen (s. 40).

Meningsfullhet – legger vekt på en persons evne til å finne mening i livsområder som er viktige for dem. Selv om man møter utfordringer, er det noe i tilværelsene som skaper engasjement og innsats, dermed er det en belastning man ikke ville vært foruten (s. 42).

2.4 Lover og offentlige dokumenter

Brukermedvirkning kan deles i nivåer, og reguleres av ulike lovverk og politiske dokumenter.

Brukermedvirkning på individnivå er den enkeltes mulighet til å ha innflytelse over egen behandling (NK LMH, 2018). Hovedsakelig gjelder Lov om pasient- og brukerrettigheter, og omtaler hvilke rettigheter pasientene har ovenfor helsetjenestene (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I psykiatrien gjelder også Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven, 1999).

Brukermedvirkning på tjenestenivå innebærer at brukerrepresentanter og fagpersoner fra tjenesteapparatet samarbeider om å bedre den praktiske utførelsen av enhetene. Brukermedvirkning på systemnivå handler om at brukerorganisasjoner deltar i utforming av helsetjenester, råd og utvalg på styringsnivå (NK LMH, 2018).

Brukermedvirkning på politisk nivå kan sees i flere politiske dokumenter. Stortingsmelding 7 (2019-2020) har psykisk helse som et av hovedtemaene sine. NOU 2019:14 ser på mulighetene for en ny felles lov for helse- og omsorgstjenestene, Tvangsbegrensingsloven (NOU 2019: 14).

2.5 Sykepleiers rolle og ansvar

Sykepleier som jobber i spesialisthelsetjenesten følger pasienten fra diagnosen stilles, gjennom behandlingsforløpet, til de skrives ut fra avdelingen (Meld. St. 7 (2019-2020)). Det forutsetter at sykepleier jobber faglig forsvarlig og gir omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). Dette gjenspeiles i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer som påpeker blant annet viktigheten av helsefremming, informasjonsflyt, integritet og autonomi (NSF, 2019). Sykepleier praktiserer innenfor grensene for sin kompetanse og innhenter bistand eller samarbeider med annet kvalifisert personell, der egen kompetanse ikke strekker til eller der pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2019). Dersom sykepleier i spesialisthelsetjenesten er den første til å møte pasienten, har hen et ansvar for å sette i gang arbeid med individuell plan, om pasienten har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester (Helsepersonelloven, 1999).

Sykepleiers evne til å gi helhetlig omsorg er viktig for å oppnå bedring hos pasienten, og pårørende er en del av helheten. Involvering av pårørende blir desto viktigere jo sykere pasienten er (Helsedirektoratet, 2017b). Pårørende kan være en kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens eller brukerens nærmiljø/representant. Pårørende har spesielle rettigheter når pasienten ikke har samtykkekompetanse, som omtales i Psykisk helsevernloven (1999) og i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999).

2.6 Relasjonsarbeid

Innen psykisk helsearbeid er utviklingen av en relasjon, noe av det viktigste man gjør som sykepleier for å kunne hjelpe pasienten med sine problemer. Hvor mye man får hjelpe pasienten, tar utgangspunkt i pasientens tillit til sykepleieren, og kvaliteten på relasjonen (Gonzalez, 2020, s. 57-58). Sykepleier Joyce Travelbee beskriver viktigheten av å etablere et menneske-til-menneske-forhold, hvor rollene som pasient og sykepleier ikke eksisterer. Da kan man i stedet for å se det generelle med mennesker, fokuserer på det individuelle og spesielle hos hver enkelt (Kirkevold, 2001, s. 114). Gjennom denne samhandlingen opptrer pasient og sykepleier som likeverdige, hvor relasjonen er preget av gjensidighet. Dermed vil det være lettere for sykepleier å ivareta pasientens behov, samt at sykepleiekvalitet kan bli bedre. Dette arbeidet er viktig for at sykepleier skal kunne komme i en terapeutisk relasjon, hvor sykepleier og pasient samarbeider for en helsefremmende og produktiv samhandling (Gonzalez, 2020, s. 58-59).

Tillit og allianse er selve grunnlaget for en god relasjon. Som pasient kan man utvikle tillit til sykepleiere dersom man fremstår som sannferdig, omsorgsfull, tilstedeværende og at man har et ektefølt ønske om å hjelpe. Det er viktig å vise pasienten respekt, og at deres meninger og behov er selve grunnlaget for all behandling. Når man har utviklet

tillit og en god relasjon, har pasienten og sykepleier en allianse hvor de sammen jobber mot pasientens ønsker og mål (Gonzalez, 2020, s. 59-60).

3.0 Metode

Metode som en systematisk fremgangsmåte, innebærer å foreta valg angående undersøkelsens design, samt at det tas stilling til utvalgsmetoder, datasamlingsmetoder, gjennomføring av datainnsamling, og analysemetoder. Ethiske overveielser blir også vurdert (Forsberg & Wengström, 2016, s. 40). I dette kapitlet vil vi presentere analysen av de åtte utvalgte forskningsartiklene.

3.1 Datasamling

I oppgaven er systematisk litteraturstudie brukt. I denne metoden går man ut ifra en tydelig formulert problemstilling som man prøver å besvare systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016, s. 27).

3.2 Søkestrategi

For å formulere og avgrense problemstillingen brukte vi PICO-skjema. PICO står for patient/population (pasientgruppen), intervention (tiltak), control (kontrollgruppe eller alternative tiltak), og outcome (mål eller utfall) (Forsberg & Wengström, 2016, s. 68-69). Kontrollgruppe var ikke relevant i vår oppgave, og ble dermed ikke inkludert. I databasesøkene ble ord fra PICO-skjemaet brukt. Vårt PICO-skjema så slik ut;

	Patient/Problem		Intervention	Control		Outcome
PICO	Psykisk syke pasienter		Sykepleietiltak eller intervensjoner			Faktorer som bidrar til brukermedvirkning
Søkeord	Psychiatric patients OR mentally ill patients OR mental disorder OR mental health OR chronic mental illness OR serious mental illness	AND	Nursing OR nurses OR nursing interventions OR health care delivery OR clinical practice		AND	Patient involvement OR decision making OR patient participation OR client participation OR shared decision making OR decision making

For å finne relevant forskning har vi hovedsakelig gjort søk i databaser, samt ett manuelt søk. Databasene vi brukte var CINAHL, PsycINFO, PubMed og SveMed+, som alle er

kjente databaser som blant annet publiserer medisinske og sykepleieorienterte forskningsartikler (Forsberg & Wengström, 2016, s. 65-67). Herfra ble 7 artikler inkludert, og én gjennom et manuelt søk. Det manuelle litteratursøket ble gjennomført ved å søke på Google etter «forskningsartikkel, brukermedvirkning og psykiatrisk helsearbeid». Vi fikk da opp en masteroppgave som omhandler brukermedvirkning i tvungent psykisk helsevern. Ut fra referanselisten til oppgaven, fant vi en forskningsartikkel som passet med våre inklusjonskriterier.

3.2.1 Søkehistorikk

Etter at vi identifiserte de mest relevante søkeordene basert på vår problemstilling (psychiatric patients, nursing, patient participation), brukte vi MeSH til å finne aktuelle synonym, for å variere sammensetningen av søkeord. Søkeord ble kombinert med de boolske operatorene OR, AND og NOT, jfr. vedlegg søkehistorikk. I CINAHL og PsycINFO ble det også brukt emneord som databasene foreslo. «Keywords» ble også huket av, dette for å få opp artikler som inneholdt søkeordene, men som ikke nødvendigvis var oppnevnt som nøkkelord av artikkelens forfatter. I flere av databasesøkene vi gjorde, kom det opp et stort antall artikler, selv etter at alle inklusjons- og eksklusjonskriteriene var tatt med. For å velge ut de mest relevante artiklene, leste vi først alle overskrifter, for så å lese interessante abstrakter. Der vi ønsket å utforske innholdet i artikkelen videre, leste vi dem i sin helhet, for å kartlegge artikkelens relevans i henhold til å svare på problemstillingen, jfr. vedlegg søkehistorikk. På bakgrunn av databasesøkene, fant vi 7 artikler vi mener kan svare på problemstilling. Siden det kreves åtte artikler i bacheloroppgaven, valgte vi å ta et manuelt søk, for å se om vi kunne finne én god og relevant artikkel.

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble bestemt for å begrense antall artikler som kom opp basert på søkeordene, samtidig som det tydeliggjør oppgavens hensikt og avgrensninger.

Forskningsartiklene som ble inkludert i oppgaven måtte først og fremst ha relevans for problemstillingen, IMRAD-struktur, være publisert mellom 2011-2021, og være fagfellevurdert. Vi inkluderte artikler som hadde både sykepleieperspektiv, og sykepleieperspektiv og pasientperspektiv. Videre inkluderte vi kun artikler som omtalte voksne pasienter. Vi inkluderte artikler som omtalte det vi i Norge kaller spesialisthelsetjenesten, altså behandling på sykehus. Dette fordi vi anser pasienter innlagt på sykehus grunnet psykisk lidelse, som mer alvorlig – noe vi var ute etter. Eksempler på avdelinger som er omtalt og inkludert i oppgaven, er rettspsykiatriske avdelinger, akuttpsykiatriske avdelinger, og avdelinger som driver med utredning og behandling. Vi har valgt å ikke skille mellom avdelinger som er åpne eller lukkede, da det ikke forekom merverdige forskjeller i brukermedvirkningen ut fra artiklene.

Artikler som ble ekskludert omtalte behandling fra kommunen, eksempel distriktpsikiatriske senter (DPS) eller ambulante psykiatriske team. Artikler på et annet språk enn norsk, svensk, dansk eller engelsk ble ikke valgt, heller ikke artikler publisert før 2011. Vi ekskluderte alle artikler som ikke var publisert i godkjente tidsskrifter.

3.3 Kvalitetsvurdering

En systematisk litteraturstudie forutsetter at det er tilstrekkelig mengde studier av god kvalitet for å danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2016, s. 26).

Alle artiklene som er inkludert er fagfellevurderte forskningsartikler. Vi brukte Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) for å undersøke om tidsskriftene som artiklene var publisert i, er godkjent som vitenskapelige publikasjonskanaler (NSD, u.å). Alle artikler var publisert i nivå 1 tidsskrift. Vi har også gjennom bruk av sjekkliste for kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016), forsikret oss om at resultatet i artiklene er til å stole på. Kun kvalitative forskningsartikler, bortsett fra en review, er inkludert. Kjennetegn ved kvalitativ forskning er blant annet at data som samles inn beskriver en sammenheng, forståelse hos deltakerne, samt går i dybden på temaet (Dalland, 2017, s. 53). Dette vil bidra til å utdype oppgavens hensikt og svare på problemstillingen.

3.4 Etisk vurdering

I systematiske litteraturstudier skal studiene som inkluderes ha godkjenning av en forskningsetisk komité, eller at det er gjort grundige etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2016, s. 59). Forskningsetiske komiteer har et særlig ansvar for å kontrollere forskning. Studiene må følge etiske forskningsprinsipper etter Helsinkideklarasjonen, som slår fast at all forskning må følge aksepterte vitenskapelig prinsipper, da spesielt å ivareta rettighetene, interessene og integriteten til deltakerne (WMA, 2018).

Becher et al. (2021), Kortteisto et al. (2020), Giacco et al. (2018) og Solbjør et al. (2011) er godkjent av en etisk komité. Magnussen et al. (2019), Keresi et al. (2019) og Jørgensen et al. (2018), er ikke vurdert av etisk komite, da de kun intervjuer helsepersonell. Alle artiklene følger etiske prinsipper etter Helsinkideklarasjonen, og fulgt etiske overveielser i henhold til de krav som gjelder i landet artikkelen ble publisert. Giacco et al. (2018) er en review artikkel, og etisk vurdering er ikke omtalt. Siden forskningsartiklene bruker kvalitativ forskningsmetode, stilles det store krav til etiske overveielser. Det er sentralt at deltakernes integritet, informert samtykke og anonymitet er overholdt (Fangen, 2015). I samtlige artikler utenom reviewen, får deltakerne både muntlig og skriftlig informasjon om studien, før de samtykker til å delta. Dette sikre at etiske prinsipper rundt personvern og informert samtykke er ivaretatt.

3.5 Analyse

Analyse innebærer å dele opp fenomenet og undersøke det i mindre deler, for å så sette det sammen igjen og danne ny kunnskap (Forsberg & Wengström, 2016, s. 152). Ifølge Evans vil syntesen gi en styrket, sammensatt beskrivelse av fenomenet, da den er

generert fra flere populasjoner, omgivelser og omstendigheter. Metoden vi brukte for å analysere innsamlet materiale, var Evans' 4-fase-modell (2002);

(1) I første trinn handler om innsamling av forskningsartikler (Evans, 2002), der vi brukte systematisk litteraturstudie som metode. Dette er nærmere beskrevet i 3.2.

(2) Andre trinn handler om å identifisere nøkkelfunnene i forskningsartiklene (Evans, 2002). For å identifisere nøkkelfunn på tvers av artiklene, begynte vi med å lese gjennom materialet hver for oss – flere ganger. Gjennomgående konsepter og nøkkelfunn som etter hvert dukket opp, ble listet i et Excel-dokument basert på likhetstrekk i forhold til potensielle temaer/undertemaer.

(3) I tredje trinn, sammenlignes og vurderes artiklene opp mot hverandre for å danne felles tema og undertema (Evans, 2002).

Artikkel	Utdrag fra artikler	Undertema	Tema
1	God relasjon fremmer brukermedvirkning	Relasjoner	Sykepleierrelaterte faktorer
2	Viktig å skape allianse og god relasjon		
3	Trygg relasjon, være lyttende og forståelsesfull		
4	God relasjon skaper åpen og ærlig dialog		
5	God relasjon bidrar til at pasienten åpner seg, og lettere deler tanker og følelser		
6	Relasjon påvirker graden av pasientinvolvering		
7	Godt forhold fører til at pasienten føler seg hørt		

Tabell 1 - eksempel på analysen for utarbeiding av undertema «relasjon» og tema «sykepleierrelaterte faktorer»

(4) I fjerde trinn slås funnene sammen for å lage en ny beskrivelse av fenomenet, som vi vil ta for oss i resultatdelen (Evans, 2002). Konsept og funn ble kategorisert i grupper basert på likhetstrekk. Disse utgjør de overordnede temaene vi skal ta for oss i resultatdelen. Ut fra de overordnede temaene, har vi også laget undertemaer for å dekke flere nyanser av hovedtemaene.

Tema
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Undertema</i> (artikkelnummer)
Sykepleierrelaterte faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Relasjoner</i> (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) • <i>Holdninger</i> (1, 2, 3, 4, 5) • <i>Informasjon</i> (2, 4, 5, 6, 8) • <i>Kunnskapsnivå</i> (3, 4, 7)
Pasientrelaterte faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Symptomer</i> (1, 3, 4, 5, 6, 8) • <i>Pårørende</i> (1, 2, 3, 7)
Organisatoriske faktorer
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ressurser</i> (1, 2, 3, 4, 5, 7) • <i>Kultur</i> (3, 4, 5, 6, 7)

Tabell 2 - oversikt over temaer og undertema med artikkelnummer

4.0 Resultat

Basert på resultatene fra forskningsartiklene, har vi kommet frem til sykepleie-, pasient- og organisasjonsrelaterte faktorer, som påvirker sykepleiers mulighet til å bidra til brukermedvirkning hos pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling, i positiv og/eller negativ retning.

4.1 Sykepleierrelaterte faktorer

4.1.1 Relasjoner

Alle artiklene utenom Solbjør et al. (2011), snakker om en god relasjon mellom pasient og helsepersonell, hvor en trygg relasjon kan bidra til økt brukermedvirkning hos pasienten.

Faktorer hos helsepersonell som trygghet, engasjement, respekt, forståelse og en lyttende fremtoning, er sentrale elementer for at pasienten skal kunne skape en god relasjon til helsepersonell (Magnusson et al., 2020; Kortteisto et al., 2021; Keresi et al., 2019; Gurtner et al., 2020). Dersom man klarer å skape en trygg relasjon, vil pasienten kunne stole på sykepleieren. Pasienten vil ifølge Jørgensen et al. (2018) føle seg trygg på at det som blir fortalt er til pasientens beste interesse og basert på individuelle råd og behandlingsplaner. Dette vil gjøre det lettere for pasienten å åpne seg og dele sine ønsker og tanker. En slik åpen og ærlig dialog mellom pleier og pasient, fremmer brukermedvirkning. Pasienten får mulighet til å reflektere i fellesskap og samtidig påvirke egen behandling (Keresi et al., 2019).

«Courage is based on the confidential professional-patient relationship which should be aimed at as soon as possible and also there should be respect for the patient and the patient's wishes, whatever they may be regarding the treatment» (Kortteisto et al., 2021, s. 1492).

Samtidig poengterer Magnusson et al. (2020) at en allianse mellom pasient og sykepleier er viktig, men at det kan være vanskelig å oppnå på en psykiatrisk avdeling grunnet et upersonlig miljø og vanskelige forhold.

4.1.2 Holdninger

Helsepersonell har ulike og varierte holdninger til brukermedvirkning. Dette kommer frem i flere av artiklene, som forteller om negative holdninger til brukermedvirkning i utgangspunktet.

Både Jørgensen et al. (2018) og Kortteisto et al. (2021) beskriver helsepersonells paternalistiske holdninger som en faktor som hemmer brukermedvirkning. De påpeker at det er fagpersonen som vet best, og at fokuset bør ligge på sykdommen, ikke på hele

pasienten. Avgjørelser angående behandlingsalternativer tas av helsepersonell. Pasienten blir informert om behandlingsplanen, men har ingen mulighet til å være delaktig i beslutningsprosessen selv.

«We know what is best for the person, we believe. And maybe that corresponds to what the person needs, sometimes, but sometimes it doesn't...» (Keresi et al., 2019. s. 222).

Sykepleiers holdninger til brukermedvirkning på generell basis, vil ifølge Keresi et al. (2019) påvirke pasientens mulighet til brukermedvirkning i enten positiv eller negativ retning. En fagperson som har en «ovenfra og ned» holdning, hvor en selv mener at en vet best, vil hemme pasientens brukermedvirkning. På den andre siden vil positive holdninger til brukermedvirkning som åpenhet, toleranse, vennlighet og anerkjennelse, være med på å fremme deltakelse hos pasienten (Becher et al., 2021).

4.1.3 Informasjon

Helsepersonells oppgave å informere pasienten om rettigheten til brukermedvirkning, og samtidig gi pasienten nok informasjon om egen sykdom, var viktige temaer i fem av artiklene.

Magnusson et al. (2020) påpeker viktigheten av å informere pasienten om hva brukermedvirkning innebærer, rettigheter de har og hva forventninger de kan ha til å medvirke i utarbeidelsen av en behandlingsplan. Denne informasjonen bør komme tidlig i behandlingen, da den bidro til økt brukermedvirkning.

Studiene til Magnussen et al. (2020), Keresi et al. (2019), Jørgensen et al. (2018), Gurtner et al. (2020) og Solbjør et al. (2011), snakket alle om hvor viktig det var for brukermedvirkning at pasienten fikk tilstrekkelig med informasjon angående sykdommen, fordeler og ulemper med ulike behandlingsalternativer og medisiner.

«Because everything is new and unfamiliar and a bit frightening maybe and you don't have enough knowledge about the disease or the healthcare system to participate very much....» (Solbjør et al., 2011, s. 110).

“Well, the answer is to provide information” (Solbjør et al., 2011, s. 110).

For at pasienten skal kunne benytte seg av denne informasjonen, er det viktig at informasjonen er individuelt tilpasset (Gurtner et al., 2020; Solbjør et al., 2011). Samtidig sier Gurtner et al. (2020) at helsepersonell må være sikker på at pasienten har forstått informasjonen. Informasjonsskriv og annen skriftlige brosjyrer kan gis til pasienten, for å sikre at budskapet blir mottatt.

Både Magnusson et al. (2020) og Keresi et al. (2019) finner at det er lettere for pasienten å involveres i valg av behandlingsalternativer, når pasienten innehar den informasjonen som er nødvendig for å kunne foreta et informert valg. Samtidig sier

studien til Gurtner et al. (2020) at når pasienten er informert, vil helsepersonell ha en sentral rolle som samtalepartner. Her kan pasienten diskutere sine tanker og ønsker, hvor sykepleiers oppgave er å komme med objektiv informasjon og gi pasienten tid til å vurdere ulike alternativer, for deretter å støtte pasienten i sin beslutning.

4.1.4 Kunnskapsnivå

Tre av artiklene snakker også om hvordan kunnskapsnivået til helsepersonell, når det kommer til hva brukermedvirkning innebærer og hvordan det skal praktiseres i virkeligheten, kan påvirke pasientens mulighet til brukermedvirkning.

Kortteisto et al. (2021) og Keresi et al. (2019) nevner at mangel på kunnskap i hvordan man skal inkludere pasienter i brukermedvirkning, kan hindre pasientdeltakelse. Det kan komme av mangel på kompetanse på hvordan best engasjere eller kommunisere med pasienten for å tilrettelegge for økt brukermedvirkning.

Studien til Giacco et al. (2018) påpeker at mangel på kommunikasjonsteknikker hos helsepersonell, reduserer pasientens brukermedvirkning. Det kan være på grunn av manglende opplæring hos sykepleiere i hvordan tilpasse språket og informasjonen, for å kunne skape forståelse og engasjement hos pasienten.

«How ready are we (=professionals) for a patient to be involved and how do we wish or know how to listen?» (Kortteisto et al., 2021, s. 1493).

4.2 Pasienrelaterte faktorer

4.2.1 Symptomer

Syv artikler diskuterte hvordan pasientens grad av symptomer påvirket muligheten for brukermedvirkning.

Studien til Becher et al. (2021) og Solbjør et al. (2011) viste at tilstedeværelse av symptomer var en barriere, fordi dette hemmet pasientens beslutningskapasitet (ambivalens, manglende evne til å reflektere og planlegge fremover), kommunikasjon (negative symptomer, sterk angst, logoré, mutisme), samarbeidsevnen og innsikt i egen situasjon. Helsepersonellet i forskningsartiklene mente at pasienter preget av sterke symptomer, var den ideelle formen for brukermedvirkning ikke mulig å oppnå (Becher et al., 2021; Kortteisto et al., 2020; Keresi et al., 2019; Jørgensen et al., 2018; Solbjør et al., 2011; Gurtner et al., 2020).

«Some patients' illnesses are so debilitating that they prevent them from full participation in their care» (Keresi et al., 2019, s. 222).

Det kan være nødvendig at sykepleier overtar beslutningstakingen når pasient har så uttalte symptomer, at de ikke evner å ta avgjørelser som er hensiktsmessige for egen helse (Jørgensen et al., 2018; Solbjør et al., 2011). Keresi et al. (2019) og Gurtner et al. (2020) finner at om pasienten var så symptompreget at det ikke var mulig å ta avgjørelser, ville hen heller ha behov for empati og omsorg, og det kunne være

hensiktsmessig å utsette brukermedvirkning til et senere tidspunkt. Becher et al. (2021) og Magnussen et al. (2019) viste likevel at en viss grad av brukermedvirkning opptrådte samtidig med paternalisme i flere tilfeller.

«[...]she didn't accept the whole thing, because she didn't accept her diagnosis and was just willing to take quetiapine» (Becher et al., 2021, s. 1743).

4.2.2 Pårørende

Fire av artiklene viser at involvering av pasientens pårørende, både bidrar til og hindrer brukermedvirkning.

Involvering av pårørende var en måte å se pasienten i en større sammenheng, og derav få en bedre forståelse av hva pasienten trenger (Magnusson et al., 2019). Familiemedlemmer og nære venner kunne bidra med bakgrunnsinformasjon om pasienten til helsepersonell, og formidle støtte og omsorg til pasienten (Kortteisto et al., 2020). Det var i større grad enighet mellom artiklene om at involvering av pårørende kunne vanskeliggjøre muligheten for brukermedvirkning (Becher et al., 2021; Magnusson et al., 2019; Kortteisto et al., 2020; Giacco et al., 2018).

«Sometimes carers can have quite a remarkable role in shutting the patient's mouth» (Kortteisto et al., 2020, s. 1492).

Sykepleierne i studien til Magnussen et al. (2019) mente at pårørende hadde lite forståelse for rammer og regler på avdelingen. De kunne også ha manglende innsikt i pasientens diagnose, og derav ikke forstå eller være uenig i alvorligheten og behovet for eventuelle tvangstiltak (Giacco et al., 2018).

4.3 Organisatoriske faktorer

4.3.1. Ressurser

Seks artikler nevner ressursknapphet som en viktig barriere for brukermedvirkning.

Det er en oppfattelse hos helsepersonellet at implementering av brukermedvirkning krever ressurser som dagens psykiatri ikke har (Jørgensen et al., 2018; Keresi et al., 2019; Kortteisto et al., 2020). Utfordringer som underbemanning, overbelegg, få behandlingstilbud, dårlig fysisk utforming av avdelingen, og høyt arbeidspress blir nevnt av helsepersonellet (Becher et al., 2021; Keresi et al., 2019; Giacco et al., 2018; Magnussen et al., 2020). Keresi et al. (2019) trekker frem at å bygge relasjon med pasientene krever tid og at man gjerne må være tålmodig før gjennombrudd i relasjonen skjer. Tidsaspektet er derfor utfordrende da effektivisering og produktivitet ofte er et mål, og som et resultat blir behandlingstid og lengden på innleggelsene redusert (Kortteisto et al., 2020). Det har også ført til mindre pasient-sentrert omsorg og mer standardisering av pasientforløp og behandlinger, som en måte å jobbe evidensbasert og kost-effektivt (Jørgensen et al., 2018).

4.3.2 Kultur

I fem av artiklene kommer det frem at det eksisterer flere holdninger i psykisk helsevern som kan være ugunstige for pasienten.

Det er en oppfatning om at biomedisinske og paternalistiske tilnærminger fungerer best, der pasienten bak sykdommen og hvordan de opplevde problemene sine, sjeldent kom frem (Jørgensen et al., 2018; Kortteisto et al., 2020). Det opptrer også ifølge Jørgensen et al. (2018), et hierarki der psykiater setter agendaen, der hovedfokuset gjerne er diagnose og symptomer. Pasientens etterlevelse av behandlingen ble da avgjørende for om behandlingen var suksessfull eller ikke (Jørgensen et al., 2018). Den biomedisinske tilnærmingen baserer seg i hovedsak på det som er evidensbasert, og betydde indirekte at tilnærmingene ikke skulle utfordres eller argumenteres imot. Ifølge Kortteisto et al. (2020) og Gurtner et al (2020), har tradisjonelle arbeidsmetoder, helsepersonellens makt, og synet på pasienten som passiv mottaker av behandling, fortsatt godt fotfeste på avdelingene. Helsepersonellet i studiene til Kortteisto et al. (2020) og Giacco et al. (2018) nevner at det må skapes en kultur på avdelingen der alle fremmer brukermedvirkning.

«Unlearning old ways of doing things takes time and is quite difficult. It needs the input of the whole working group. It is not enough that only one worker is interested» (Kortteisto et al., 2020, s. 1493).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

De fleste artiklene snakker om at brukermedvirkning innen psykisk helsearbeid ikke er tilstrekkelig forsket på. Likevel samsvarer de meste av resultatene i de åtte uavhengige artiklene, noe som vi mener styrker funnene i artiklene. Studiene ble utført i nord-europeiske land, samt en i Tyskland. Alle disse landene er sammenlignbare med Norge med tanke på oppbygging av helsesektoren, levestandard og kultur. Dette gjør at funnene i forskningsartiklene til en viss grad kan relateres til spesialisthelsetjenesten i Norge.

I oppgaven tar vi utgangspunkt i begrepet «brukermedvirkning», som kan oversettes til «user/patient participation» på engelsk. Både på norsk og på engelsk har en ulike begreper som omfatter omtrent samme betydning. Dette gjorde at vi i søkeprosessen måtte bruke flere synonymer for brukermedvirkning for å finne relevante artikler. På norsk har vi observert andre begreper som samvalg, involvering, delt beslutningstaking, synonymt med brukermedvirkning.

I flere av studiene er «helsepersonell» brukt som samlebetegnelse for ansatte som jobber på de psykiatriske avdelingene. Vi har inkludert disse studiene, men påsett at sykepleiere har inngått i studienes utvalg. Det kan være en svakhet ved oppgaven at ikke alle studiene så på hva sykepleiere isolert sett kan gjøre for å påvirke pasientens brukermedvirkning. Samtidig tror vi det kan være interessant, da det i realiteten faktisk er et stort profesjons-mangfold på psykiatriske avdelinger i Norge.

Fire av artiklene hadde både sykepleieperspektiv og pasientperspektiv, noe som kan være en svakhet. Vi anså artiklene likevel som relevante da de hadde samme tematikk som problemstillingen vår og besto inklusjonskriteriene. Artikkelen til Becher et al. (2021) inkluderte vi da den fikk godt frem hvordan pasientens symptomer oppleves av helsepersonell. Artikkelen til Gurtner et al. (2020) hadde flere innspill om sammenhengen mellom informasjon og brukermedvirkning. Artikkelen til Giacco et al. (2018) ga oss et innblikk i pårørendes innvirkning på brukermedvirkning, mens artikkelen til Solbjør et al. (2011) hadde mye informasjon om pasienter med alvorlig psykisk sykdom. For å ikke blande perspektivene i oppgaven, unnlot vi å bruke resultater med pasientperspektiv, og fokuserte kun på sykepleieperspektivet.

Alle artiklene er kvalitative studier, bortsett fra studien til Gurtner et al. (2020) som er en review artikkel. Dette kan ses på som en svakhet, da oppgaven kan mangle generaliserbar kunnskap, basert på et stort utvalg deltakere. Kvalitative studier styrker oppgaven, da de beskriver og forklarer subjektiv informasjon, som vi trenger for å svare på problemstillingen. Reviewen kan derimot styrke resultatet, da den både inneholder kvalitativ og kvantitativ forskning, noe som igjen øker størrelsen på utvalget som oppgaven er basert på.

Vi skiller ikke mellom lukket og åpen avdeling, selv om pasienter innlagt under tvang var tema i to av artiklene. Det kan være en svakhet, da det kan finnes forskjeller i hvordan brukermedvirkning praktiseres i de ulike avdelingene. Samtidig skilte ikke resultatene i disse artiklene seg merkverdig ut fra de andre. Derfor er dette et perspektiv som vi ikke har valgt å studere videre, men heller fokusere på den generelle erfaringen sykepleiere har med brukermedvirkning på psykiatrisk avdeling.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil vi drøfte funnene fra forskningsartiklene i lys av relevant teori. Hensikten er å kartlegge hva sykepleier i psykisk helsevern, kan gjøre for å tilrettelegge for brukermedvirkning. Videre vil vi belyse hvilke konsekvenser dette har for utøvelsen av sykepleie til denne pasientgruppen.

5.2.1 Sykepleiers påvirkningskraft

Relasjoner, holdninger, informasjonsflyt og kunnskapsnivå, påvirker sykepleiers muligheter for tilretteleggingen av brukermedvirkning på forskjellige måter.

En trygg og god relasjon mellom sykepleier og pasient, er sentralt for å motivere og hjelpe pasienten til å involveres i beslutninger angående eget behandlingsløp (Gonzalez, 2020, s. 57). Viktigheten av relasjonsarbeidet kommer tydelig frem i både forskningen og faglitteraturen. Allianse og tillit mellom pasient og sykepleier er selve grunnlaget for å danne god relasjon og produktiv samhandling (Magnusson et al., 2020; Gonzalez, 2020, s. 59-60). Dette gjøres gjennom relasjonsarbeidet, hvor sykepleier etablerer et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2001, s. 114). Dersom sykepleier har en engasjert, forståelsesfull, respektfull og lyttende fremtoning, vil pasient kunne få tillit til sykepleier og dermed et grunnlag for å danne en god relasjon (Magnusson et al., 2020; Kortteisto et al., 2021; Keresi et al., 2019; Gurtner et al., 2020). Det kan da være lettere for pasienten å ha en åpen og ærlig dialog med sykepleier, hvor hen kan dele sine tanker og ønsker (Keresi et al., 2019). Det kan i en slik sammenheng være hensiktsmessig å ha en salutogen tilnærming. Da får sykepleier kartlagt hva som for øyeblikket oppleves som god helse for pasienten, og hva som skal til for å svekke eller styrke pasientens OAS (Mjøsund, 2020, s. 29). I mange tilfeller kan innlagte pasienter være kjent for avdelingen fra tidligere. Da vil det være hensiktsmessig at sykepleiere som kjenner pasienten, og som har en god relasjon til hen, får et slags primæransvar for pasienten. Da slipper relasjonsarbeidet å starte på nytt, og sykepleieren har allerede erfaringer med hva som er pasientens ressurser, hvordan hen håndterer situasjoner, samt hva hen opplever som meningsfullt (Antonovsky, 2012, s. 40-42). Samtidig har man produktiv samhandling gjennom meningsfulle og tillitsbaserte samtaler, som igjen kan føre til økt brukermedvirkning.

Holdningsendringer kan være en forutsetning for å skape en god relasjon og tilrettelegge for brukermedvirkning i psykiatrien (Løken, 2006, s. 193).

Paternalistiske holdninger er fortsatt et aktuelt tema, der helsepersonell vet best og pasientens meninger ikke blir prioritert (Jørgensen et al., 2018; Kortteisto et al., 2021; Keresi et al., 2019). Denne innarbeidede tankegangen bør erstattes med åpenhet, toleranse, anerkjennelse og vennlighet til å fremme brukermedvirkning (Becher et al.,

2021). Sykepleierne må være bevisst egne holdninger og ikke forveksle dette med fagkunnskap (Løken, 2006, s. 193). Sykepleier må også være bevisst sin profesjonelle rolle og respektere pasientens integritet (NSF, 2019). Det kan bety at for å fremme brukermedvirkning, må helsepersonellet være bevisst og villig til å endre maktforholdene (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 444). Samtidig bør sykepleier ha et mer recoveryorientert perspektiv. Et av hovedpoengene med brukermedvirkning er at pasientens erfaringer og ønsker sees i sammenheng med den kliniske kunnskapen sykepleier innehar (Meld. St. 34 (2015-2016)). Sykepleier bør jobbe for å skape en likeverdig relasjon basert på åpenhet og samarbeid, samt forstå, synliggjøre og arbeide for forhold som undertrykker pasientens integritet. Først da kan pasientens erfaringsbaserte kunnskap komme til rette, og behandlingsopplegget vil bygge på pasientens egne erfaring om hva som hjelper og ikke hjelper (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 438-441).

Brukermedvirkning tar utgangspunkt i at pasienten får tilstrekkelig og forståelig informasjon fra sykepleier. En forutsetning for samvalg, hvor man drøfter og medvirker til valg av helsetjenester, altså pasientinnflytelse, er at pasienten tidlig i behandlingsforløpet får god informasjon om egen tilstand, aktuelle behandlingsmetoder og risiko (Meld. St. 7 (2019-2020)). Dette kommer også frem i flere av forskningsartiklene, sammen med viktigheten av å informere pasienten om hva brukermedvirkning går ut på (Magnussen et al., 2020). Dette er også en pasientrettighet i henhold til § 3-2 i pasient- og brukerrettighetsloven, som stadfester at pasienten skal få informasjon angående egen helsetilstand, innholdet i helsehjelpen, samt om mulige risikoer og bivirkninger (1999). Dersom pasienten skal klare å benytte seg av denne informasjonen, må den være tilpasset hver enkelt (Gurtner et al., 2020; Solbjør et al., 2011). Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og pasient- og brukerrettighetsloven nevner også at dette er viktig, i tillegg til at informasjonen må være forstått (NSF, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Mange opplever det likevel vanskelig å forstå informasjonen som gis, grunnet faguttrykk eller omfanget på det som blir fortalt (Meld. St. 7 (2019-2020)). Informasjonen og språket bør tilpasses hver enkelt basert på pasientens helsekompetanse, som omhandler pasientens evne til å vurdere, nyttiggjøre seg av og forstå informasjonen, slik at man kan ta beslutninger om egen helse (Meld. St. 7 (2019-2020)). Informasjonen bør også repeteres og gis i ulik form, som for eksempel et informasjonsskriv. Samtidig kan bruk av samvalgsverktøy, hvor pasienten blir kjent med ulike valgmuligheter og får kjennskap til mulig resultat og risiko ved behandlingen, gi pasienten et innblikk i og øke bevisstgjøringen rundt egne verdier og ønsker (Meld. St. 7 (2019-2020)). Dersom pasienten er innforstått med informasjonen som er gitt, kan pasientens OAS styrkes ved at situasjonen kan oppleves mer begripelig og kanskje mer håndterbar. Beslutninger rundt eget behandlingsopplegg kan bli lettere å ta, og i tillegg vil man få et mer produktivt samarbeid med sykepleier (Gurtner et al., 2020).

Sykepleier må selv ha kunnskap om brukermedvirkning og hvordan best tilrettelegge for det. Sykepleiernes manglende kommunikasjonsteknikker, evne til å tilpasse språket og informasjonen etter pasientens helsekompetanse, samt hvordan inkludere og engasjere pasienten i beslutningsprosessene, hindrer for brukermedvirkning (Kortteisto et al., 2021; Keresi et al., 2019; Giacco et al., 2018). I dag arbeider helseregionene med å lære opp helsepersonell i hvordan de kan tilrettelegge for samvalg. På denne måten kan målet om å oppnå reell brukermedvirkning, altså pasientinnflytelse, etter hvert bli en integrert del av helsepersonellens arbeidsmåte (Bank & Sælør et al., 2020; Meld. St. 7

(2019-2020)). Brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter er gode kilder til informasjon og kunnskap, og er viktige for å skape kvalitet og økt fokus rundt brukermedvirkning (NAPHA, 2021). Brukerrepresentanter vil kunne bidra til en mer brukerorientert kultur, siden de selv sitter inne med erfaringsbasert kunnskap (Meld. St. 7 (2019-2020)). Et samarbeid mellom brukerrepresentantene og fagpersonene på avdelingen, kan bidra til at den praktiske utførelsen av tjenesten får et bredere kunnskapsbasert perspektiv. Brukerorganisasjoner derimot, bistår i rekrutteringen av brukerrepresentanter, samtidig som de tilbyr kompetanseheving og opplæring i brukermedvirkning (NK LMH, 2018). Sykepleier bør erkjenne sine grenser når det kommer til egen kompetanse, og søke veiledning eller opplæring når situasjonen krever det (NSF, 2019).

5.2.2 Et kompromiss mellom paternalisme og brukermedvirkning

Brukerstyring vil ifølge forskningen og pensumlitteratur, ikke være mulig hos pasienter med sterke symptomer (Becher et al., 2021; Kortteisto et al., 2020; Keresi et al., 2019; Jørgensen et al., 2018; Solbjør et al., 2011; Gurtner et al., 2020; Bank & Sælør et al., 2020, s. 449). Til tross for at helsepersonellet i forskningsartiklene opplevde det vanskelig å inkludere pårørende, kan godt samarbeid mellom pasient, pårørende og sykepleier, samt å ta i bruk eksisterende verktøy, bidra til at pasienten i det minste har en viss grad av brukermedvirkning (Meld. St. 7, (2019-2020); Giacco et al., 2018).

I situasjoner der tvangsbehandling eller tvangstiltak mest sannsynlig vil føre til pasientens bedring eller hindrer hen i å skade seg selv eller andre, bør sykepleier være bevisst sin maktutøvelse og tilstrebe ivaretagelse av brukerperspektivet i en ellers paternalismepreget setting (Becher et al., 2021; NSF, 2019). Recovery-tenkning handler om at pasientens erfaringskunnskap om hva som hjelper og ikke hjelper kommer i første rekke, og gjennom journalføringer fra tidligere innleggelse, individuell plan (IP) eller kriseplan, samt informasjon fra pårørende, kan pasientens ønsker og behov fremmes (Aarre, 2018, s. 59-62). Sykepleier kan da bidra til at brukerperspektivet oppnås, og i beste utfall brukerinnflytelse, da full brukerstyring kan være vanskelig å implementere (Becher et al., 2021; Kortteisto et al., 2020; Keresi et al., 2019; Jørgensen et al., 2020; Solbjør et al., 2011; Gurtner et al., 2020). Med en detaljert IP med pasientens preferanser, kan helsepersonell iverksette tiltak etter instruksjonen og kan bedre opplevelsen av tvangsbruken for pasienten (Aarre, 2018, s. 60; NOU (2019:14)).

En utfordring kan være når helsepersonell ikke har tilgjengelig informasjon om pasientens ønsker og behov. Ramsdal (2020, s. 479) beskriver hvordan arbeidet med IP i praksis ikke alltid følges. Det kan også være snakk om en førstegangssyk pasient som gjerne mangler tidligere journalføringer, IP eller kriseplaner. Da kan pårørende bli viktige (NOU (2019:14)). Hvis tvangstiltak initieres, som forutsetter manglende samtykkekompetanse, skal pårørende informeres og kan uttale seg på vegne av pasienten, uavhengig av pasientens samtykke til involvering (Psykisk helsevernloven, 1999). Om en ikke har tilgang til pårørende, kan det i større grad bli behov for å overta beslutningstakingen for pasienten, slik det nevnes i Jørgensen et al. (2020) og Solbjør et al. (2011), og sykepleier har liten mulighet til å bidra til brukermedvirkning. Brukermedvirkning må kanskje utsettes til senere tidspunkt slik Keresi et al. (2019) påpeker. Etter at tvangstiltak- eller behandling er opphevet, forpliktes helsepersonellet til å ha minst én samtale med pasienten hvor de evaluerer tvangsbruken (Psykisk

helsevernloven, 1999). Dette kan kanskje være den eneste måten brukermedvirkning kan implementeres i enkelte tilfeller. Samtalen skal journalføres, og kan være nyttig informasjon ved eventuelle senere innleggelse (Psykisk helsevernloven, 1999).

5.2.3 Organisatoriske utfordringer

De organisatoriske utfordringene i psykiatrien er veldig sammensatt. Suksessfull gjennomføring av brukermedvirkning blir innhentet av økonomiske strategier og «gammeldage» synspunkt.

Organisasjonens økonomiske strategier om effektivisering og produktivitet, kolliderer med sykepleiers gjennomføringskapasitet av brukermedvirkning. Sentralt var tidsaspektet i Kortteisto et al. (2020), der blant annet behandlingstid og lengden på sykehusoppholdet ofte var forhåndsbestemt. Et politisk mål er å redusere ventetiden i psykisk helsevern (Meld. St 7, (2019-2020)). Dette er viktig for å hjelpe flest mulig raskest mulig. En ulempe kan være at det legger større press på helsepersonellet, blant annet til å ta i bruk metoder som er evidensbasert der målbare resultater oppnås «raskere og enklere», i motsetning til mer ressurskrevende tilnæringer som recovery (Jørgensen et al., 2018; Keresi et al., 2019). Helsepersonell beskriver at grunnet manglende mulighet til å tilby ulike behandlinger, har pasienten få valgmuligheter (Becher et al., 2021; Keresi et al., 2019). Ramsdal (2020, s. 480) bekrefter at mangel på økonomiske ressurser, kompetanse og god organisering flere steder, fører til at pasientene ikke får hjelpen de har behov for.

Paternalistisk og biomedisinsk tilnærming har fortsatt fotfeste i psykisk helsevern. Jørgensen et al. (2018) finner at pasientens opplevelse av problemene sine kom sjeldent frem, og at hovedfokus hos psykiater var symptomer, diagnose og etterlevelse av behandling. Dette kan gjenspeile det som kalles klinisk recovery. Dette er en tolkning av helsepersonell der recovery er observerbart og målbart, med lite vekt på kontekst og pasientens erfaringskunnskap, og mer på sykdom, behandlingseffekt og resultat (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 440). Bank & Karlsson et al. (2020, s. 444) mener at helsetjenestene også bør se på andre resultatmål, eksempel til hvilken grad pasientene føler at de tas med i vurderinger og beslutninger angående behandlingen sin. I forskningsartiklene tyder det på at er en grunnleggende oppfatning om at evidensbasert kunnskap har mer tiltro fordi det kan måles (Kortteisto et al., 2020; Gurtner et al., 2020; Jørgensen et al., 2018). Kulturen kan være problematisk når det kommer til mottakelsen av tilnæringer som fremmer brukermedvirkning, slik som recovery. Å jobbe recoveryorientert krever at helsepersonellet støtter hverandre i muligheten og nødvendigheten til noen ganger å handle på «kanten av rammene», er åpne om å prøve nye arbeidsformer, samt drive erfaringsdeling eksempelvis med andre fagpersoner og erfaringskonsulenter (Bank & Karlsson et al., 2020, s. 444). Til tross for at økonomi kan være en barriere for gjennomføringskapasiteten, bør kultur som fremmer brukermedvirkning være et fokus hos alle ansatte, inkludert sykepleier.

5.2.4 Er psykiatrien klar for endring?

Siden Stortingsmelding 25 *Åpenhet og helhet* fant brister i psykisk helsevern og startet med Opptappingsplanen, har det skjedd positive endringer (Aarre, 2018, s. 36). I Stortingsmelding 7 (2019-2020) nevner de at brukervedvirkning på systemnivå generelt er god. Dette kan sees i sammenheng med en rekke lovendringer, offentlige dokumenter og verktøy som er utviklet for å bidra til at brukerens ønsker og behov fremmes. NOU 2019:14 påpeker også at ifølge brukerne, har lovendringene ført til økt rettssikkerhet og økt mulighet for brukervedvirkning (NOU (2019:14)). Vedlegg tidslinje illustrerer også hvordan samfunnet gradvis har beveget fra overgrep og undertrykkelse av pasientgruppen, til mer brukervedvirkning og selvbestemmelse.

Forskningsartiklene viser at holdninger, kultur og kunnskapsnivået hos helsepersonell, kan hindre suksessfull gjennomføring av brukervedvirkning. Inkluderingen av brukervedvirkning på individnivå, kan derfor være vanskelig å overføre fra teori til praksis. Dette kan fremheve viktigheten av bevisstgjøring gjennom kunnskap og refleksjon. I tillegg kan manglende kunnskap eller opplevelser av at alternative metoder ikke fungerer, gjøre at maktmisbruk og tvang oppleves normalt og nødvendig for de ansatte (NOU (2019:14)).

Forskningsartiklene fremhevet mangel på kunnskap og potensielt ekskluderende holdninger hos enkelte helsepersonell. NOU 2019:14 trekker frem et eksempel på en akuttpost på Lovisenberg sykehus, der bruken av beltelegging ble redusert med 85% ved hjelp av preventiv og deeskalerende kommunikasjon, brukervedvirkning, holdningsendringer i personalgruppen, fleksibilitet og individuell behandling – uten at det skjedde flere skader på de ansatte (NOU (2019:14)). Det tyder på at sykepleiere, men også andre profesjoner, trenger mer kunnskap om brukervedvirkning og implementeringen av den - i utdanningsløpet sitt. Leder på avdelingene bør også sette av ressurser til at det drives kontinuerlig kompetanseheving (Bank & Karlsson et al., 2020).

Borgersen (2016) bruker begrepet «reflekterende praksis», som beskriver hvordan helsepersonell opparbeider seg erfaring over tid, og samtidig reflekterer over egen praksis gjennom hele handlingen, og stille kontinuerlige spørsmål rundt handlinger og handlingsalternativer. Dette fremhever viktigheten av at sykepleier fremmer en kultur der kunnskap og refleksjon verdsettes, og fremstår som et godt eksempel. Dette gjenspeiles i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4; at sykepleier holder seg oppdatert på nyere forskning, utvikling og dokumentert praksis innen det psykiatriske fagområdet, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2019).

6.0 Konklusjon

Oppgavens hensikt har vært å undersøke hva sykepleier som jobber i psykisk helsevern, kan gjøre for å bidra til brukermedvirkning. Brukermedvirkning har fått større oppmerksomhet de siste årene, og er stadig under endring og forbedring. God relasjon danner en produktiv samhandling, hvor pasienten lettere deler tanker og ønsker med sykepleier. Tilstrekkelig, tilpasset og forståelig informasjon, er viktig for at pasienten skal kunne ta beslutninger som gagnar egen helse. Dersom sykepleier ikke innehar riktig kunnskap for å engasjere og inkludere pasienten i brukermedvirkning, bør man søke veiledning og samarbeid hos personer med riktig kompetanse. Dette er faktorer som fremmer brukermedvirkning. I enkelte tilfeller for pasienter med uttalte symptomer, kan et kompromiss mellom paternalisme og brukermedvirkning, være det nærmeste en kommer målet om reell brukermedvirkning. Sykepleier bør gå frem som et godt eksempel på avdelingen, og stille spørsmål til organisatoriske aspekter som økonomiske strategier, holdninger og kultur som kan representere en risiko for umenneskelig behandling.

Forskningsartiklene og pensumlitteratur, lovverk og offentlige dokumenter, har ikke en felles og tydelig forståelse av brukermedvirkning. Dette kan føre til ulike tolkninger av hva brukermedvirkning innebærer, hvor sykepleier risikerer å være en del av en praksis der gammeldagse metoder og holdninger er innarbeidet. Brukermedvirkning får da lite fokus, selv om teorien påpeker viktigheten av det. Dette kan gå på bekostning av integriteten i yrket, da sykepleien ikke bygger på nyeste forskning og brukerkunnskap.

Forskningsartiklene viste at det å involvere pårørende var problematisk. Lovverk, offentlige dokumenter og pensumlitteratur fremhever likevel nødvendigheten av godt pasient-pårørende-helsepersonell samarbeid. Dette misforholdet bør utforskes videre. Nesten samtlige forskningsartikler påpeker at graden av symptomer påvirker brukermedvirkning, og spesielt at sterke symptomer hindrer. Det trengs derfor mer forskning på konkrete metoder for å bidra til brukermedvirkning hos denne pasientgruppen. Til slutt viser forskningsartiklene at det generelle kunnskapsnivået til fagpersoner rundt brukermedvirkning, ikke er tilstrekkelig. Her bør det forskes mer på hvilken kunnskap som mangler, og hvordan sykepleiere best kan tilegne seg denne kompetansen.

Referanser

- Aarre, T. F. (2018). *Psykiatri for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. (1.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bahus, M. (2017, 14. desember). *Psykisk helsevernloven*. Store norske leksikon. https://snl.no/psykisk_helsevernloven
- Bank, R-M., Karlsson, B. E. & Borg, M. (2020). Recovery. I Gonzalez, M. T. (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bank, R-M., Sælør, K. T. & Ness, O. (2020). Brukermedvirkning psykisk helsearbeid. I Gonzalez, M. T. (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Becher, S., Holz Hüter, F., Heres, S., & Hamann, J. (2021). *Barriers and facilitators of shared decision making in acutely ill inpatients with schizophrenia - Qualitative findings from the intervention group of a randomised-controlled trial*. Health Expectations (24), s. 1737-1746. doi:<https://doi.org/10.1111/hex.13313>
- Borg, M. & Karlsson, B. (2017). *Recovery - tradisjoner, fornyelser og praksiser*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Borgersen, G. (2016, 22. april). *I spennet mellom paternalisme og likegyldighet*. NAPHA. <https://napha.no/content/20684/i-spennt-mellom-paternalisme-og-likegyldighet>
- Dahl, A. A. (2020). Hva er psykiske lidelser. I Gonzalez, M. T. (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Endringslov til to helselover. (2015). *Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)*. (LOV-2003-08-29-87). Lovdata. <https://lovdata.no/LTI/lov/2015-05-22-32>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2). <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Fangen, K. (2015, 17. juni). *Kvalitativ metode*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Forsberg, C. & Wengströ, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analyse och presentation av omvårdnadsforskning*. (4.utg.). Stockholm: Natur og kultur.
- Giacco, D., Mavromara, L., Gamblen, J., Conneely, M. & Priebe, S. (2018). Shared decision-making with involuntary hospital patients: a qualitative study of barriers and facilitators. *BJPsych Open* 4, s. 113-118. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.6>

- Gonzalez, M, T. (2020). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I Gonzalez, M. T. (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Halfens, R. J. G. & Hahn, S. (2020). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 28(4), s. 531-548. <https://doi.org/10.1111/jpm.12712>
- Haave, P. (2020, 14. desember). *Lobotomi i psykiatrien*. Norgeshistorie. <https://www.norgeshistorie.no/forste-verdenskrig-og-mellomkrigstiden/1633-lobotomi-i-psykiatrien.html>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistet*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helsedirektoratet. (2017a, 17. oktober). *Brukermedvirkning*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>
- Helsedirektoratet. (2019, 3. januar). *Bruker- og pårørendearbeid innen rus, psykisk helse og voldsfeltet*. <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/bruker-og-parorendearbeid-innen-rus-og-psykisk-helsefeltet#regelverk-dette-ma-vaere-med-i-rapporteringen>
- Helsedirektoratet. (2017b, 10. januar). *Pårørendeveilederen*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helseforetaksloven. (2001). *Lov om helseforetak*. (LOV-2001-06-15-93). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93>
- Helsenorge. (2022, 4. februar). *Brukermedvirkning - din rett og mulighet til å medvirke*. <https://www.helsenorge.no/rettigheter/brukermedvirkning/>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- 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), s. 1359-1370. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12581>
- Keresi, Z., Carlsson, G., & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective. *Nordic journal of nursing research* (39), s. 218-225. doi:<https://doi.org/10.1177/2057158519866393>
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kortteisto, T., Laitila, M. & Pitkänen, A. (2020). Professionals' views on patient involvement in acute psychiatric wards: A qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care* 57(3), s. 1489-1496. <https://doi.org/10.1111/ppc.12716>.
- Løken, K. H. (2006). Å lykkes med brukermedvirkning. I A. Almvik & L. Borge. (Red.). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Magnusson, E., Axelsson, A. K., & Lindroth, M. (2019). 'We try' how nurses work with patient participation in forensic psychiatric care. *Scandinavian journal of caring sciences* (34), s. 690-697. doi:<https://doi.org/10.1111/scs.12773>

Meld. St. 21 (1998). *Ansvar og mestring*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037>

Meld. St. 7. (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=1>

Meld. St. 34. (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Mjøsund, N. H. (2020). *Psykiatrisk helse - et salutogent perspektiv*. I Gonzalez, M. T. (Red.). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

NAPHA. (2021, 28. mai). *Få brukerrepresentantene med*. <https://napha.no/content/25017/brukermedvirkning-nar-tjenester-utformes>

NAV-loven. (2006). *Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen*. (LOV-2006-06-16-20). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2006-06-16-20>

NK LMH - Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. (2018, 3.oktober). *Brukerorganisasjoner*. <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/brukerorganisasjoner/>

Norsk Senter for Forskningsdata. (u.å). *Vitenskapelige publikasjonskanaler*. <https://www.nsd.no/publiseringskanaler>

NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven - Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensningsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?expand=horingsnotater>

NOU 2011: 9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/>

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Psykisk helsevernloven. (1999). (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-62>

Ramsdal, H. (2020). *Tjenesteperspektiver på psykisk helsearbeid*. I M. T. Gonzalez. *Psykiske lidelser*. (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Rise, M. B. (2012, 4. september). *Mer brukermedvirkning?* Tidsskriftet - Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2012/09/kronikk/mer-brukermedvirkning#literature>

Rønningen, L. (2017). *Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 - "Den gyldne regel"*. Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioritering-av-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-tsb-den-gylne-regel/Prioritering%20av%20psykisk%20helsevern%20og%20rusbehandling%20TSB%20Den%20gylne%20regel.pdf/_/attachment/inline/ed10c7e4-cbe6-4a09-a565-9f6c65e9b532:60430754f76a9ce9e6ed4249eccded20b17c0eb1/Prioritering%20av%20psykisk%20helsevern%20og%20rusbehandling%20TSB%20Den%20gylne%20regel.pdf

Solbjør, M., Rise, M.B., Westerlund, H. & Steinsbekk, A. (2011) Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. *International Journal of Social Psychiatry* 59(2), s. 107-113. <https://doi.org/10.1177%2F0020764011423464>.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. *Lov om spesialisthelsetjenesten*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>

Statsforvalteren. (2017, 29. august). *Endringer i lov om psykisk helsevern*. <https://www.statsforvalteren.no/nb/portal/Arkiv-Nyheter/2017/08/Endringer-i-lov-om-psykisk-helsevern/>

Store Norske Leksikon (2020, 16. april). *Juklerød-saken*. <https://sml.snl.no/Jukler%C3%B8d-saken>

St.prp. nr 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K., Odsbu, I., Gustavson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot A. (2014, 30. juni) (Oppdatert 2021). *Psykiske lidelser hos voksne*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

WHO. (u.å). *Mental health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

WMA. (2018, 9. juli). *WMA declaration of helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. World medical association. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Østby, B. A. (2014, 11. april). *En 35 år gammel bekymringsmelding*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2014/04/en-35-ar-gammel-bekymringsmelding>

Vedlegg – tidslinje

- 1960-årene: Borgerrettighetsbevegelser i USA
Brukermedvirkning som fenomen og ide sprer seg til Europa (Rise, 2012)
- 1974: Lobotomi ble gjort for siste gang
Før dette har minst 2500 psykiatiske pasienter i Norge blitt lobotomert (Haave, 2020)
- 1979: «Health, stress and coping» gis ut
Salutogenese, som en motsats til den dominerende patogenesen, tas i bruk av Aaron Antonovsky (Mjøsund, 2020)
- 1979: Reitgjerdet-saken
Den nyutdannede legen Svein Solberg gir ut boka «Rapport fra Reitgjerdet», med kraftig kritikk av forholdene ved det psykiatiske sykehuset. Året før hadde han hjulpet en innlagt med å rømme. Stortinget vedtar i 1982 at sykehuset skal avvikles innen 5 år (Østby, 2014).
- 1980-årene: ideen om brukermedvirkning sprer seg til Norge (Rise, 2012)
- 1983: Sykepleiernes første utgave av Yrkesetiske retningslinjer
Omtaler ikke brukermedvirkning direkte, med sier blant annet at sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (2.5) (NSF, 2019).
- 1987: Reitgjerdet legges ned
Høyesterett konkluderer med at samtlige tidligere innlagte pasienter skal få erstatning (Østby, 2014).
- 1990-årene: Brukermedvirkning har fått fotfeste i politikken internasjonalt, men også i Norge (Rise, 2012)
- 1996: Juklerød-saken
Arnold Juklerød (1925-1996), en tidligere tvangsinnlagt pasient på Gaustad mentalsykehus i perioden 1971-1974, oppholder seg frem til sin død på sykehusets område i protest mot diagnosen og skadelig psykiatrisk behandling. Bidro til styrking av rettsvernet til psykiatiske pasienter, blant annet med mulighet til innsyn i journal (Store norske leksikon, 2020).
- 1998-1999: Brukermedvirkning omtales i Stortingsmelding 21 Ansvar og mestring
Pålegger pasient ansvar for egen helse, der brukermedvirkning innebærer medansvar. Tjenesteapparatet skal yte hjelp til selvhjelp (Meld. St. 21 (1998)).

- 1999: En rekke lovverk etableres:
Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999), Lov om spesialisthelsetjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999), samt Lov om helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999)
- 1999: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
Erstatter Lov om psykisk helsevern fra 1961 etter mye kritikk av psykisk helsevern og enkelte store skandaler (Bahus, 2017). Kommer en rekke endringer, det er blant annet betydelig vanskeligere å utøve tvang mot pasientene.
- 1999-2006: Opptappingsplan
En økonomisk forpliktende sum bevilges til utbedring av brister i psykiatrien i alle ledd. Et mål er at brukermedvirkning skal bidra til tjenestens kvalitet (St. prp. 63. (1997-1998)).
- 2001: Lov om helseforetak
Pålegger brukermedvirkning på systemnivå (Helseforetaksloven, 2001).
- 2006: Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV-loven)
Skal sikre at arbeids- og velferdsforvaltningen møter den enkelte med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet (NAV-loven, 2006).
- 2011: NOU 11: 9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet
Utredde balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern (NOU (2011:9)).
- 2015: Fritt behandlingsvalg
Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven gir pasienter lovfestet rett til å velge ved hvilken offentlig eller privat virksomhet helsehjelp skal ytes (Endringslov til to helselover, 2015).
- 2017: Endringer i Psykisk helsevernloven
Flere endringer, den mest inngripende endringen er at pasienter med samtykkekompetanse ikke lenger kan bli innlagt eller behandlet mot sin vilje (Statsforvalteren, 2017).
- 2019: Forslag til ny tvangslov sendt på høring
Helse- og omsorgsdepartementet sender på høring NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven. Tvangslovutvalget fikk i 2016 i oppdrag å foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren (NOU (2019:14)).

Vedlegg - søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Psychiatric patients OR Mentally ill patients AND Nursing OR Nursing interventions OR Nursing care AND Patient participation OR Patient involvement OR Shared decision making	30/1 1-21	CINAHL	2011-2021 Peer reviewed	27	8	4	Magnusson et al. (2019) Keresi et al. (2019)
Psychiatric patients OR Chronic mental illness OR Serious mental illness OR Mental disorder OR Mentally ill patients AND Nursing OR Nursing interventions OR Health care delivery OR Clinical practice AND Patient participation OR Client participation	2/12 -21	PsycINFO	2011-2021 Peer reviewed	103	6	1	Becher et al. (2021)
Psychiatric patient AND Nursing AND Patient participation	2/12 -21	SveMed+	Peer reviewed	29	5	2	Jørgensen et al. (2018)
Patient involvement AND Mental health AND Decision making	6/12 -21	PsycINFO	2011-2021 Peer reviewed	72	25	9	Gurtner et al. (2020) Giacco et al. (2020) Solbjør et al. (2011)
Psychiatric patients AND Nursing interventions AND Patient involvement NOT Dementia NOT Alzheimer's NOT Delirium	16/1 -22	PubMed	2011-2021 English Peer reviewed	398	32	3	Kortteisto et al. (2020)

Vedlegg – litteraturmatriser

Litteraturmatrise. 1

Referanse	Becher, S., Holzhüter, F., Heres, S., & Hamann, J. (2021). <i>Barriers and facilitators of shared decision making in acutely ill inpatients with schizophrenia - Qualitative findings from the intervention group of a randomised-controlled trial</i> . Health Expectations (24), s. 1737-1746. doi: https://doi.org/10.1111/hex.13313
Studiens hensikt/mål	Målet med studien var å undersøke faktorer som hindrer og fremmer samvalg (shared decision making (SDM)) for akuttinnlagte pasienter med schizofreni.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Health services research, patient autonomy, schizophrenia, shared decision making
Metode	<p>Metoden: Multimetode-studie fra 12 akuttpsykiatriske avdelinger på 5 sykehus i Tyskland. Artikkelen tar for seg de kvalitative funnene. Deltakerne ble delt i to grupper; intervensjonsgruppe med ansatte og pasienter som brukte et samvalgsprogram og en kontrollgruppe som mottok vanlig behandling. I samvalgsprogrammet fikk de ansatte to halvdags fagdager om kommunikasjonsteknikk, og pasientene hadde gruppetreninger om samvalg to ganger i uken.</p> <p>Utvalg: Både ansatte og innlagte er inkludert i studien. Ansatte inkluderte psykologer, sykepleiere, konsulenter, og LIS innenfor psykiatri og nevrologi. Pasienter med diagnosen schizofreni eller schizoaffektiv lidelse ble rekruttert.</p> <p>Datainnsamling: 40 tema-guidede intervjuer med 18 pasienter og 14 korresponderende ansatte. Pasientintervjuer ble matchet med et tilsvarende klinikerintervju. I to tilfeller ble et pasientintervju matchet av to eller tre tilsvarende klinikerintervjuer. I to tilfeller ble det gjennomført to intervjuer med samme pasient på ulike stadier av behandlingen. Det ble holdt et intervju med to klinikere samtidig (begge var involvert i pasientens omsorg).</p> <p>Analyse: Intervjuene ble transkribert ordrett og kodet av forskerne. I det andre stadiet ble hindrende- og tilretteleggende</p>

	faktorer for samvalg hentet ut fra materialet, og delt inn etter samvalg eller ikke-samvalg.
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Studien kom frem til pasientrelaterte faktorer som bidro til og hindret samvalg, var ifølge de ansatte; lite eller uttalte symptomer, medgjørlig eller krevende oppførsel/personlighet, positive eller negative tidligere erfaringer med helsevesenet, positiv eller negativ helseoppfatning. Relasjonens karakter mellom helsepersonell og pasient kunne også bidra til eller hindre pasientens mulighet til samvalg. Setting-relaterte faktorer som ble identifisert var blant annet god eller dårlig bemanning, lovverk og rammer på avdelingen, atmosfæren på avdelingen, involvering av pårørende.</p> <p>Konklusjon: Til tross for at intervensjonsgruppen fikk opplæring i samvalg, var det fortsatt vanskelig å ta i bruk samvalg hos schizofreni-pasienter i akutte faser. Likevel klarte studien å identifisere faktorer som fremmet og hindret samvalg, noe som kan bli brukt til videre implementering.</p>
Relevans	Studien bevisstgjør viktigheten av opplæring i brukermedvirkning av både helsepersonell og pasienter. Gjennom intervjuer kommer frem til at det trengs bedre implementering av samvalg i psykiatriske avdelinger, selv etter gjennomgått opplæringsprogram. Identifisering av faktorer som fremmer og hemmer samvalg, kan brukes som mal for hva man bør gjøre mer av, og hva som bør unngås på psykiatriske avdelinger.

Litteratormatrise. 2

Referanse	Magnusson, E., Axelsson, A. K., & Lindroth, M. (2019). 'We try' how nurses work with patient participation in forensic psychiatric care. <i>Scandinavian journal of caring sciences</i> (34), s. 690-697. doi: https://doi.org/10.1111/scs.12773
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å beskrive sykepleieres erfaringer med brukermedvirkning i rettspsykiatrisk behandling.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Compulsory care, forensic psychiatric care, nurses, people with mental illness, participation
Metode	<p>Metode: Kvalitativ intervjustudie med en semi-strukturert intervju-guide ble gjennomført på 5 rettspsykiatriske avdelinger i Sverige.</p> <p>Utvalg: Avdelingsledere på avdelingene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien, og ga informasjonen videre til ansatte som kunne velge å delta. Ni sykepleiere (fem kvinner, fire menn) mellom 25 og 65 år intervjuet. Alle hadde arbeidserfaring innen rettspsykiatrisk omsorg på minst 2 år.</p> <p>Datainnsamling: Intervjuene ble gjort ansikt-til-ansikt med den ene forfatteren til stede. Lydopptaker ble brukt under intervjuene, med unntak av to intervjuer der sikkerhetsrestriksjoner på avdelingen forbød dette. Da ble det brukt notater. Intervjuene ble transkribert ordrett.</p> <p>Analyse: Materialet ble analysert etter innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman. Likheter og forskjeller i sykepleiernes utsagn ble kodet og delt inn hovedkategorier og videre i underkategorier.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Det var fire kategorier som ble fremhevet i intervjuene. Brukermedvirkning er et viktig-klingende ord for fagfolk, men som sjelden brukes i daglig kontakt med pasientene - pasientene forstår ikke alltid hva ordet innebærer. Alliansebygging og omsorgsrelasjonen ansatt hadde til pasienten, gjennom kontinuerlig støtte og oppmuntring, ble sett på som avgjørende for brukermedvirkning. Helsepersonellets potensielt avvisende holdninger kunne påvirke omsorgen. Til slutt kom studien frem at de ansatte hadde et ønske om å implementere brukermedvirkning i daglige aktiviteter, til tross for at de så på det som vanskelig å gjennomføre. De hadde tro på at forbedring var mulig.</p> <p>Konklusjon: Tvungent psykisk helsevern er en komplisert og krever at sykepleier balanserer pasientens rettigheter og behov, opp mot rammer og regler som straffen tilsier. Dette gjør brukermedvirkning spesielt vanskelig, da blant annet selve rammene setter begrensninger til hva sykepleier kan implementere.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Studien viser at det er en generell positiv holdning hos sykepleierne på rettspsykiatrisk avdeling til å implementere mer brukermedvirkning. De kommer med forslag til hvordan de som sykepleiere kan styrke pasientenes brukermedvirkning, og diskuterer hva som kan hindre tilfredsstillende omsorg og brukermedvirkning.</p>

Litteratormatrise. 3

Referanse	<p>Kortteisto, T., Laitila, M. & Pitkänen, A. (2020). Professionals' views on patient involvement in acute psychiatric wards: A qualitative study. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> 57(3), s. 1489-1496. https://doi.org/10.1111/ppc.12716.</p>
Studiens hensikt/mål	<p>Studiens hensikt var å undersøke helsepersonellens syn på brukermedvirkning ved akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Målet var å kartlegge hvilke faktorer helsepersonell mener fremmer, og hvilke som hemmer, brukermedvirkning på en akuttpsykiatrisk avdeling.</p>
Nøkkelbegrep/ Keywords	<p>focus group, patient involvement, professional, psychiatric ward</p>
Metode	<p>Metoden: Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer på fire forskjellige sykehus i Finland mellom desember 2016 og mars 2017. Alle deltakerne jobbet med psykisk helsearbeid.</p> <p>Utvalg: Besto av totalt 17 helsepersonell fordelt på fire fokusgrupper fra fire forskjellige sykehus. Av disse jobbet 7 som sykepleiere. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 43 år. En kontaktperson informerte avdelingslederne om studien, som igjen rekrutterte helsepersonell som var interessert i å delta på studien, fra sin avdeling.</p> <p>Datainnsamling: Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, med deltakerne fra hvert sykehus og to forskere til stede. Intervjuene ble tatt opp på lydfil, samt det ble skrevet notater fra samtalene. Det ble brukt en intervju-guide for å kontrollere for variabler mellom de ulike fokusgruppene. Alle deltakere var delaktig under intervjuene.</p> <p>Analyse: Datasamlingen ble analysert med hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Lydfilen ble transkribert, og relevant innhold ble kodet. Deretter ble informasjonen det delt inn i kategorier basert på likheter og ulikheter.</p>
Resultat/ konklusjon	<p>Resultat: Basert på intervjuene ble det klart fem forskjellige hovedtemaer som kan fremmer eller hindre brukermedvirkning på en akutt psykiatrisk avdeling. Det var faktorer relatert til pasienten selv, omsorgspersoner rundt pasienten, profesjoner, sykehuset og/eller helsesystemet i seg selv. Faktorer som ble nevnt som påvirker brukermedvirkning i negativ retning var: lite</p>

	<p>engasjement, pasientens symptombylde og psykiske helsetilstand, tidligere og/eller forutinntatte meninger om psykisk helsearbeid, helsepersonells holdninger, mangel på kunnskap, tids- og ressursmangel, stigma og manglende kommunikasjon på tvers av behandlingsarenaer.</p> <p>Faktorer som ble nevnt som påvirker brukervedvirkning i positiv retning var: at brukeren satte seg mål i starten av behandlingen og var delaktig i beskrivelsen av egen behandlingsplan, støtte fra omsorgspersoner, et godt forhold mellom pasient og behandler, pasientsentrert omsorg og respekt for pasientens følelser, tilstrekkelig med informasjon om ulike valgmuligheter, samarbeid og kultur for deltakelse på avdelingen.</p> <p>Konklusjon: Det er viktig at helsepersonell har en støttende og motiverende holdning overfor pasienten for å kunne fremme brukervedvirkning. At pasienten inntar en aktiv rolle i egen behandlingsplan, er også sentralt. Omsorgspersoner kan med fordel involveres mer. Det burde legges mer vekt på undervisning og veiledning av helsepersonell, når det kommer til hvordan de bør tilrettelegge for brukervedvirkning. Ugunstige kulturer og holdninger på avdelingen, basert på tidligere praksis og paternalistisk syn, bør endres.</p>
Relevans	<p>Det er i dag ingen klare retningslinjer eller praksis for tilrettelegging av brukervedvirkning hos pasienter ved psykiatriske avdelinger. Gjennom gruppeintervjuer, får man en diskusjon og en bevisstgjøring av hva helsepersonell mener fremmer, og hva som hemmer pasientens brukervedvirkning. Man får dermed en oversikt over faktorer som bør endres, og hva som må til for å tilrettelegge for økt brukervedvirkning.</p>

Litteratormatrise. 4

Referanse	Keresi, Z., Carlsson, G., & Lindberg, E. (2019). A caring relationship as a prerequisite for patient participation in a psychiatric care setting: A qualitative study from the nurses' perspective. <i>Nordic journal of nursing research</i> (39), s. 218-225. doi: https://doi.org/10.1177/2057158519866393
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å utforske hvordan sykepleiere innenfor psykiatriske avdelinger erfarer brukermedvirkning hos pasientene, og hvordan de bidrar til å øke det.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Caring relation, patient participation, psychiatric care, qualitative research
Metode	<p>Metoden: Kvalitativ intervjustudie fra Sverige, der deltakerne ble strategisk utvalgt, da deres erfaring var relevant for studien.</p> <p>Utvalg: Deltakerne var 8 autoriserte sykepleiere, der 5 var kvinner og 3 var menn. Alder varierte fra 25 til 43 år. Fire jobbet i en psykiatrisk institusjon, de fire andre jobbet på en psykiatrisk poliklinikk. Intervjuene ble holdt på arbeidsplassen til de to gruppene.</p> <p>Datainnsamling: Deltakerne ble stilt tre åpne spørsmål, med oppfølgende spørsmål. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert ordrett.</p> <p>Analyse: Kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundmann ble brukt. Intervjuene ble lest nøye. Deretter ble uttrykk for hvordan sykepleiere i psykisk omsorg opplever brukermedvirkning, og hvordan de jobber for å øke dette, komprimert og kodet. Likheter og forskjeller i kodene ble sortert i grupper. De kom frem til et hovedtema med fem underkategorier.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Hovedtemaet var at omsorgsrelasjonen var en forutsetning for brukermedvirkning. Fem undertema sykepleierne fremhevet: Å gi rom for dialog; det må opparbeides en tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Etablere et åpent og innbydende miljø; sykepleier legger til rette for at pasienten kan føle seg trygg, slik at hen kan reflektere rundt behandlinger og uttrykke ønsker. Pasientens avhengighet av andre; kan gi en følelse av underlegenhet, der sykepleier må jobbe for å etablere en likeverdig relasjon og reflektere over makten de har i forbindelse med tvangsinnlagte pasienter. Pasientens sårbarhet hemmer medvirkning; uttalte symptomer og reduserer pasientens mulighet til å medvirke. Et umyndiggjørende miljø; eksempler som ble nevnt, var manglende kompetanse blant ansatte, endringer i behandling blir gjort uten at pasient vet om dette, underbemanning og stort arbeidstrykk.</p> <p>Konklusjon: Sykepleiere må reflektere over yrkesutøvelsen sin og trenger mer opplæring om hvordan å implementere brukermedvirkning. Den omsorgsfulle relasjonen mellom sykepleier og pasienten er en forutsetning for tillit og øker pasientens eget ansvar for sykdommen.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Studien viser at sykepleierne har ofte gode intensjoner som et ønske om å bygge tillitsfulle og likeverdige relasjoner, slik at pasienten kan være med på å forme egen behandling. I studien tas det opp at det må mer kunnskap til slik at helsepersonell vet at brukermedvirkning er individuelt tilpasset, og ikke et generelt og standardisert fenomen.</p>

Litteraturmatrise. 5

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), s. 1359-1370. doi: https://doi.org/10.1111/scs.12581
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt var å undersøke hvordan brukermedvirkning er konstruert i sosiale samhandlingsprosesser mellom sykepleiere/andre profesjoner og pasientene, og hvilke rammer brukermedvirkning må passe inn i på psykiatrisk avdeling.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Patient participation, mental health, psychosocial nursing, holistic care, communication, compliance
Metode	<p>Metode: En grounded theory-studie, der datasamling og analyse foregår samtidig med intervju og observasjoner, fra en åpen psykiatrisk avdeling i Danmark.</p> <p>Utvalg: 10 sykepleiere ble intervjuet og observert når de samhandlet med andre profesjoner (leger, psykologer, sosialarbeidere, assistenter og terapeuter), og med pasientene. Alder var fra 29 til 52 år.</p> <p>Datainnsamling: En semi-strukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble brukt. Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker og transkribert ordrett. Observasjonene ble gjort i tverrfaglige møter, rapporter og avdelingsrunder. Observasjonene konsentrerte seg om sykepleierens språk, handlinger, og hvordan pasientens perspektiver ble formidlet i samtalen mellom helsepersonell.</p> <p>Analyse: Først ble fragmenter av data, ord, setninger, segmenter og hendelser undersøkt og kodet. De hyppigst forekommende kodene ble sortert i kategorier. Kategoriene ble kontinuerlig sammenliknet med dataen, og kategoriene ble regnet som mettet når fersk data ikke bidro til ny teori eller nye kategorier.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Som hovedtema som det frem at brukermedvirkning ligger som et kontinuum mellom det de i studien kaller etisk omsorg (maksimal grad av brukermedvirkning), og biomedisinsk/paternalistisk tilnærming. Etisk omsorg involverer brukerens ressurser og ekspertkunnskap som en viktig faktor i recovery og styrking av egenomsorgskapasitet. Den biomedisinske/paternalistiske tilnæringsmetoden overskygget den etiske omsorgen. Rammer for brukermedvirkningen var å ta vare på individuelle behov, pasientene som eksperter, biomedisin, og paternalisme.</p> <p>Konklusjon: Sykepleierne var forpliktet til en biomedisinsk- og evidensbasert- tilnærming. Brukermedvirkning er et samarbeid der pasienten tilegner seg kunnskap om diagnosen og behandlingen, samt fordeler og ulemper ved tilbudt behandling. Likevel ble det vist at pasientenes synspunkter sjeldent kommer frem, og de ofte er passive mottakere av behandlingen.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Studien viser hvordan brukermedvirkning konstrueres i psykiatriske avdelinger, og rammer som regulerer det. Viktige fenomener kommer frem gjennom intervju og observasjoner av sykepleierne. Disse funnene kan bidra til å håndtere utfordringene med å implementere brukermedvirkning som ideologi i alle psykiatriske sammenhenger, og er viktig kunnskap for sykepleiere.</p>

Litteratormatrise. 6

Referanse	Gurtner, C., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Halfens, R. J. G. & Hahn, S. (2020). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 28(4), s. 531-548. https://doi.org/10.1111/jpm.12712
Studiens hensikt/mål	Artikkelens hensikt er å kartlegge forståelsen av hva brukermedvirkning er, samt hvordan det er implementert i psykiatrisk helsearbeid. I tillegg vil den belyse barrierer og gunstige forhold for brukermedvirkning på avdelingen.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Health professionals, integrative review, mental health, nursing, shared decision-making.
Metode	<p>Metode: Integrative review etter metoden til Whitemore & Knafl. Det baserer seg på å identifisere et problem, litteratursøk, evaluering av data, analyse og presentasjon.</p> <p>Utvalg: 10 empiriske (5 kvalitative, 4 kvantitative og 1 blandet design), 4 teoretiske og konseptuelle forskningsartikler mellom 1997 og 2019. Av 754 forskningsartikler som kom opp, ble 14 brukt etter inklusjons- og eksklusjonskriterier var tatt med.</p> <p>Datainnsamling: Forskningsmaterialet ble valgt gjennom å først identifisere et problem og finne relevante nøkkelord. Deretter ble det foretatt et litteratursøk i 5 helserelaterte databaser (MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library, EMBASE og PsycINFO).</p> <p>Analyse: Syntesen av temaer ble gjort gjennom metode for tematisk analyse av Braun & Clarke. For å identifisere konsept, rammeverk og modeller for samvalg i psykiatrien, ble likheter og forskjeller mellom dataen sammenliknet etter analysemetoden til Walker & Avant.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Det ble ikke funnet en universell forståelse av hva brukermedvirkning i psykiatrien er. Prosessen som fremmer brukermedvirkning var; å skape en relasjon til pasienten; bestemme et mål/kartlegge et problem; kartlegge tidlig i forløpet hvor involvert pasienten ønsker å være i beslutningstakingen; tilstrekkelig og tilpasset informasjon der fordeler og ulemper med ulike valg er forklart og pasientens forventninger/frykt til behandlingen er kartlagt; gi pasienten nok tid til å ta avgjørelser, utsette, avslutte eller start prosessen på nytt, dersom man ikke kommer til enighet; pårørende. Barrierer for brukermedvirkning var pasientens sykdomsbilde, mangel på tid/ressurser, kommunikasjonsvansker og mangel på informasjon/forståelse.</p> <p>Konklusjon: Sykepleier må ta hensyn til svingende sykdomsforløp og derfor integrere brukermedvirkning i starten av pasientkontakten. De må også ta hensyn til at pasientens evne til og ønsket om å delta i beslutninger, kan endres over tid. Pårørende kan være en støtte og ressurs, og bør involveres i beslutningstakingen. Trening i kommunikasjon hos helsepersonell virker lovende for å øke pasientens deltakelse.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Ved å bruke en «review» får vi et bredt innblikk i hvordan brukermedvirkning tolkes og tilrettelegges for, i ulike sammenhenger. Vi får beskrevet ulike faktorer som fremmer eller hemmer tilrettelegging av brukermedvirkning, og hva som bør inngå i denne prosessen for å gjøre den mest mulig suksessfull. Basert på resultatet fra reviewen, vil vi fokusere på den informasjonen som er relevant for vår oppgave ut ifra valgte avgrensninger.</p>

Litteratormatrise. 7

Referanse	Giacco, D., Mavromara, L., Gamblen, J., Conneely, M. & Priebe, S. (2018). Shared decision-making with involuntary hospital patients: a qualitative study of barriers and facilitators. <i>BJPsych Open</i> 4, s. 113-118. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.6
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er å identifisere hva som vanskeliggjør og hva som tilrettelegger, for brukermedvirkning hos pasienter som er tvangsinnlagt på psykiatrisk avdeling på sykehuset.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Inpatient treatment, qualitative research, psychosocial interventions, ethics, psychiatry og law.
Metode	<p>Metode: Det er en kvalitativ studie hvor det er brukt fokusgruppe intervjuer, samt noe individuelle intervjuer. Studien tok sted i England.</p> <p>Utvalg: Både pasienter og helsepersonell ble intervjuet, men i hver sine fokusgrupper. Utvalget besto av 24 pasientene (14 kvinner og 10 menn) med en gjennomsnittsalder på 38,5 år, og 16 helsepersonell (12 kvinner og 4 menn) med en gjennomsnittsalder på 33,6 år. I snitt hadde de jobbet i psykiatrien i 5,8 år, hvor 6 av disse jobbet som sykepleiere.</p> <p>Datasamling: Fokusgruppe intervjuene ble hovedsakelig utført på avdelingen med inneliggende pasienter. Gruppene ble holdt adskilt, hvor helsepersonell og pasienter ble intervjuet hver for seg. To av forskerne var alltid til stede under intervjuene, og det ble brukte en tema-guide, for å sikre at alle aktuelle temaer ble tatt opp under intervjuene.</p> <p>Analyse: Intervjuene ble tatt opp og transkribert av forskerne selv, eller av et uavhengig selskap. All identifiserbar informasjon ble fjernet. Deretter ble informasjonen kodet og sortert etter tema.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Basert på intervjuene av helsepersonell, kom det frem fire temaer som kan tilrettelegge eller vanskeliggjøre brukermedvirkning på en psykiatrisk avdeling hvor pasienter er tvangsinnlagt. Det første temaet var manglende opplæring i kommunikasjonsteknikker, hvor man informerer i stedet for å forhandle. Så var det enighet om at det ofte er dårlig tilrettelagt og tidvis kaotisk miljø på avdelingene, med mye støy og tidspress. Involvering av pårørende var et annet tema som var sentralt, hvor de ble sett på som en faktor som både kan vanskeliggjøre og tilrettelegge brukermedvirkning. Det kreves mer av helsepersonell når de må håndtere treveis-kommunikasjon, samt at det er flere parter å inkludere når avgjørelser tas. På den andre siden kan pårørende bistå helsepersonell i å øke brukermedvirkning, gjennom å være en ressurs, informasjonspartner og en trygghet for pasienten. Siste temaet omhandler viktigheten av å ha fokus på brukermedvirkning tidlig i innleggelsen, samt at hele teamet rundt pasienten er involvert, for å kunne ha en felles forståelse for pasientens brukermedvirkning</p> <p>Konklusjon: Intervjuene viser at det er viktig å ha en samkjørt og proaktiv holdning til brukermedvirkning. Vansker med kommunikasjon, tilrettelegging av miljøet rundt pasienten, involvering av pårørende og tidlig involvering av pasienten, er alle faktorer som påvirker graden av brukermedvirkning på en psykiatrisk avdeling.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Fokusgruppe-intervjuer kan skape et miljø for diskusjon og samhandling, som igjen kan skape nye idéer på hvordan man kan forbedre brukermedvirkningen på avdelingen. Gruppene med helsepersonell bidrar til å skape en økt bevissthet og forståelse rundt temaet brukermedvirkning hos tvangsinnlagte pasienter.</p>

Litteratormatrise. 8

Referanse	Solbjør, M., Rise, M.B., Westerlund, H. & Steinsbekk, A. (2011) Patient participation in mental healthcare: when is it difficult? A qualitative study of users and providers in a mental health hospital in Norway. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> 59(2), s. 107-113. https://doi.org/10.1177%2F0020764011423464 .
Studiens hensikt/mål	Studiens hensikt er kartlegge pasienter og helsepersonells syn på brukermedvirkning hos pasienter under en periode med økt symptombilde.
Nøkkelbegrep/ Keywords	Patient participation, mental health, service users, Norway, qualitative methods.
Metode	<p>Metode: I denne studien ble det brukt kvalitative intervjuer som forskningsmetode. Studien ble gjennomført på et psykiatrisk sykehus i Norge.</p> <p>Utvalg: Utvalget besto av 17 helsepersonell og 8 ledere, som ble valgt for å sikre variasjon i kjønn, alder, arbeidserfaring og arbeidssted. Også 17 pasienter og 3 pasientrepresentanter med forskjellige diagnoser og ulikt innleggelsesforløp deltok i studien.</p> <p>Datasamling: De fleste intervjuene ble gjennomført individuelt, hvor to forskere var til stede. Det ble brukt en allerede utarbeidet guide for å kartlegge holdninger og erfaringer hos de ulike deltakerne.</p> <p>Analyse: Lydopptak ble brukt under intervjuene, som senere ble ordrett nedskrevet. Deretter ble intervjuene kodet til ulike kategorier, som ble tolket og sammenlignet.</p>

<p>Resultat/ konklusjon</p>	<p>Resultat: Helsepersonell synes at brukermedvirkning var vanskelig å ta hensyn til, når pasienten hadde en periode med mange symptomer på sykdommen. Dette kan være pga. vrangforestillinger, liten innsikt i egen sykdom/situasjon, kommunikasjonsvansker og pasientens manglende evne til å samarbeide. Under slike perioder, hvor pasient ikke var i stand til å ta vare på egen helse, ble brukermedvirkning «omgjort» til at helsepersonell handlet i pasientens beste. I stedet for å involvere pasienten i alle beslutninger og behandlingsplaner, fokuserte helsepersonell på å utveksle informasjon med pasienten, redusere antall valgmuligheter, samt prøve å øke pasientens motivasjon til å lytte til anbefalingene fra helsepersonell. Pasienten ble fremdeles sett på som et individ med egenverd og verdighet, hvor det å opprettholde pasientens verdighet ble sett på som viktigere i slike perioder enn å fokusere på brukermedvirkning.</p> <p>Konklusjon: Brukermedvirkning bygger på blant annet at mennesket regnes som ansvarlig og rasjonelt. Når en pasient er i en akutfase, er det vanskelig for helsepersonell å fokusere på brukermedvirkning. Verdier som verdighet og egenverd blir prioritert, selv om helsepersonell i enkelte perioder må ta avgjørelser på vegne av pasienten og begrense pasientens muligheter for medvirkning.</p>
<p>Relevans</p>	<p>Brukermedvirkning har i senere tid fått mye oppmerksomhet innen helsesektoren. Det kan bidra til at pasienten føler seg inkludert og ekspert på eget liv og helse. Denne studien beskriver helsepersonells holdninger til brukermedvirkning hos pasienter i en akutfase, og hvordan de jobber for å involvere pasienten best mulig, samt hva man bør fokusere mer på.</p>

