

Bogey Stefansdottir

Autonomi hos den psykiatriske pasienten

Et spørsmål om etikk i sykepleie

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Vesna Forbergskog

Juni 2023

Bogey Stefansdottir

Autonomi hos den psykiatriske pasienten

Et spørsmål om etikk i sykepleie

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Vesna Forbergskog
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med alvorlige psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 10-15 år kortere enn den gjennomsnittlige nordmann. Det er en rekke potensielle årsaker for dette, slik som rusproblematikk, men en utfordring som gjelder tilnærmet hele pasientgruppen er tidvis innskrenket grad av autonomi.

Hensikt: Å undersøke hvordan sykepleiere kan arbeide med pasientene for å fremme deres grad av autonomi, samtidig som de bidrar til deres helhetlige helse.

Metode: Et systematisk litteraturstudium gjennomført våren 2023.

Resultater: Sykepleiere som så på autonomi som et relasjonelt begrep kan fremme autonomi hos sine pasienter, ettersom autonomibegrepet her ikke ses på som et absolutt. Verktøyene guided self-determination (GSD) og shared decision-making (SDM) ser ut til å ha en positiv effekt på pasientenes grad av autonomi. Ved uenighet mellom pasient og sykepleier bør autonomi opprettholdes, og et fokus på pasientens egenvalgte mål bør fremmes i stedet for enkeltstående situasjoner.

Konklusjon: Ved å benytte seg av det relasjonelle autonomiprinsippet, gjerne i sammenheng med GSD eller SDM, kan sykepleiere arbeide sammen med pasientene om å fremme både deres autonomi og deres helhetlige helse. Prosessen vil kunne være langvarig, men ved å arbeide fra det punktet pasienten er på (til tross for tilbakefall) kan pasientens helhetlige helse potensielt ivaretas i større grad.

Abstract

Background: Patients with serious mental illnesses live, on average, 10-15 years shorter than the average Norwegian. There are several potential reasons for this, such as drug dependency, but an issue that covers most of the population is a periodically diminished degree of autonomy.

Aim: To investigate how nurses can work with their patients to increase their degree of autonomy while still contributing positively to their health as a whole.

Method: A systematic literature study completed the spring of 2023.

Results: Nurses that considered autonomy as a relational concept could enhance autonomy within their patients, since relational autonomy works as a continuum and not as an absolute. The tools guided self-determination (GSD) and shared decision-making (SDM) seem to have a positive effect on patients' degree of autonomy. When a disagreement occurs between the nurse and patient, patient autonomy should stay ruling. The focus should remain on the patients' self-chosen goals instead of on isolated instances.

Conclusion: By making use of the relational autonomy principle, preferably in the context of GSD or SDM, nurses can work together with patients to promote both their autonomy and their holistic health. The process could be lengthy, but by working from the point the patient is at (despite relapse), the patient's overall health can potentially be safeguarded to a greater extent.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	5
1.1 Introduksjon til tema	5
1.2 Teori	5
1.2.1 <i>Definisjoner</i>	5
1.2.2 <i>Kari Martinsen</i>	6
1.2.1 <i>Aaron Antonovsky</i>	7
1.3 Formål og problemstilling	7
1.3.1 <i>Formål med studien</i>	7
1.3.2 <i>Problemstilling</i>	7
2.0 Metode	8
2.1 Beskrivelse av metode	8
2.1.1 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	8
2.1.2 <i>Søkehistorikk</i>	8
2.2 Søketablell	9
3.0 Resultat	11
3.1 Søkeresultater	11
3.2 Artikkelmatrise	11
3.3 Analyse	16
3.4 Syntese	17
3.4.1 <i>Autonomi i sammenheng med helhetlig helsefremming</i>	17
3.4.2 <i>Autonomi: fornuft versus relasjonisme</i>	18
3.4.3 <i>Autonomi og shared decision-making (SDM) som verktøy</i>	18
3.4.4 <i>Autonomi og guided selfdetermination (GSD) som verktøy</i>	18
3.4.5 <i>Pasient versus sykepleier: når uenighet oppstår</i>	19
4.0 Diskusjon	20
4.1 Hvordan kan autonomi fremmes?	20
4.1.1 <i>Autonomi: fornuft versus relasjonisme</i>	21
4.1.2 <i>Autonomi og SDM og GSD som verktøy</i>	22
4.1.3 <i>Pasient versus sykepleier: når uenighet oppstår</i>	23
4.2 Hvordan kan helhetlig helse ivaretas?	24
4.2.1 <i>Autonomi i sammenheng med helhetlig helsefremming</i>	24
4.3 Styrker og svakheter	25
4.4 Implikasjoner	25
4.5 Konklusjon	25
5.0 Referanseliste	27

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
Tabell 2 Konsepttabell	9
Tabell 3 Søkerunde 1	9
Tabell 4 Søkerunde 2	10
Tabell 5 Søkerunde 3	10
Tabell 6 Artikkelmatrise.....	11
Tabell 7 Sammenfatning av fenomener	17
Tabell 8 Yrkesetiske retningslinjer	20

1.0 Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Behandling av psykiatriske pasienter i Norge er basert på en grunnleggende ivaretagelse av pasientens selvbestemmelsesrett (psykisk helsevernlov, 1999, §1-1). Dette er igjen basert på prinsippet om autonomi, som er et av de etiske prinsippene som styrer moderne sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2.2, 2019). Begrepet autonomi kommer av det greske *autos*, som betyr selv, og *nomos*, som betyr lov, styre eller regel. Autonomi omhandler altså et individs rett til styre over selvet (Hoffman, 2002).

Til tross for dette prinsippet, så er tvangsvedtak fortsatt sett på som en nødvendig del av behandlingen av særlig den alvorlig psykisk syke. Helsedirektoratet definerer alvorlig psykisk lidelse som psykoselidelser, bipolare lidelser, alvorlig depresjon og alvorlige personlighetsforstyrrelser (helsedirektoratet, 2019). For at det hos pasienter som går innunder overnevnte kategori skal fattes tvangsvedtak må pasienten enten ha blitt fratatt samtykkekompetanse (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3) eller at et av kriteriene fra §3 i psykisk helsevernlov (1999) møtes.

Ivaretagelse av autonomi hos nettopp denne pasientgruppen er et tema som er relevant med tanke på psykisk helsevernreformen i 2017, der autonomiprinsippet skulle styrkes hos den psykiatriske pasienten og mengden tvang skulle reduseres. Lovendringen tilsier at samtykkekompetente pasienter kan nekte å akseptere mottatt tilbud om behandling i psykisk helsevern, med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv og helse (psykisk helsevernlov, 1999).

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har en forventet levealder som er 15-20 år kortere sammenlignet med befolkningen for øvrig (helsedirektoratet, 2022). Av den grunn er et av målene til det Nasjonale pasientforløpet for psykisk helse og rus at forløpet skal bidra til bedret ivaretagelse av pasientenes fysiske helse (helsedirektoratet, 2022).

Denne studien vil derfor forsøke å se på hvordan sykepleiere innen psykiatrisk helsevern kan bidra til ivaretagelsen av både autonomi og helhetlig helse hos den alvorlig psykiatriske pasienten.

1.2 Teori

1.2.1 Definisjoner

I denne studien blir autonomi koblet opp mot pasientenes helhetlige helse. Av den grunn bør helsebegrepet defineres, samt hva helhetlig helse omfatter. Helse defineres gjerne enten som fravær av sykdom, eller som en ressurs i seg selv (Gammersvik & Larsen, 2018). Den førstnevnte definisjonen har sitt grunnlag i det biomedisinske perspektivet, og anses ofte som et negativt helsebegrep. Helse vurderes ut ifra hvilken grad et menneske er sykt eller ikke, og helsehjelp rettes mot å behandle eller forebygge sykdom. Den sistnevnte definisjonen refererer til helse som noe eget, ikke i relasjon til sykdom. Helse ansees som en opplevelse av styrke, motstandskraft og mestring (Gammersvik & Larsen, 2018). Helhetlig helse omtales i denne studien som et menneske sin fysiske og mentale helse i biomedisinsk forstand, samt helse som en ressurs for livsmestring.

Ansvarliggjøring, som er et viktig element innenfor det psykiske helsearbeidet, omfatter å oppmuntre pasienten til å ta ansvar for eget liv (Næss & Biong, 2014). Ansvarliggjøring innebærer å gi pasienten makt til å ta egne valg, samtidig som det arbeides innenfor et visst normativt rammenettverk. Dette kan inkludere noe alt mellom å plukke opp klær fra gulvet, til å forstå konsekvensene av egne handlinger og å akseptere dem. Ansvarliggjøringsarbeidet kan på noen måter sees på som en motsetning til og som en form for omsorg. Dette ved at arbeidet med å fremme ansvarlighet hos pasienten kan virke som en manglende lyst til å hjelpe ved at man forsøker å få pasienten ut av egen komfortsone. Samtidig vil det å ikke arbeide med ansvarliggjøring være en form for manglende omsorg, i at man ikke arbeider mot pasientens selvstendighet (Næss & Biong, 2014).

Et begrep som er tett knyttet opp mot ansvarliggjøring er brukermedvirkning (Aarre, 2010). I regjeringserklæringen står det at «brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet» (Regjeringen, 2009). Brukermedvirkning er en arbeidsform der enkeltpersoner som er eller blir påvirket av tjenesten skal ha påvirkning på beslutningsgrunnlaget for tjenestens utforming. Dette tilsier at brukeren, her den psykiatriske pasienten, skal ha mulighet til å virke inn på sin behandling. Implementering av brukermedvirkning kan blant annet hindres av stigmatisering av pasientene (Aarre, 2010).

I det psykiske helsearbeidet finnes det en rekke stigma, henholdsvis negative tanker og holdninger, relatert til psykiske lidelser. Det er som helsepersonell viktig å være bevisst stigmatisering. Dette kan en gjøre ved å holde fokus på pasienten som menneske, og å forsøke å se situasjonen fra deres ståsted, fremfor å se pasienten som diagnosekriterier (Karlsson & Borg, 2015).

1.2.2 Kari Martinsen

Denne studien vil benytte seg av Kari Martinsens omsorgsteori og dens filosofiske bakgrunn. Omsorgsteorien til Martinsen er å anse som en fenomenologisk teori, der en kan trekke paralleller til filosofer som Løgstrup, Heidegger og Lévinas verker om omsorg og mennesket selv (Kirkevold, 1998).

Kari Martinsens omsorgsteori er basert på omsorg som et ontologisk fenomen. Altså, at omsorg er en grunnleggende forutsetning for det menneskelige liv. Dette begrunnes ved at menneskets mest grunnleggende behov er andre mennesker, og vår avhengighet av andre. Denne avhengigheten tydeliggjøres og forsterkes ved sykdom og lidelse, men er alltid tilstedeværende. Martinsen omtaler omsorg som motsvaret på denne avhengigheten (Kirkevold, 1998).

Martinsen forteller at omsorg; er et relasjonelt begrep som omfatter et nært, åpent forhold mellom to mennesker; er et moralsk begrep knyttet til prinsippet om ansvaret for svare; og omfatter utførelsen av konkrete, situasjonsbetingede handlinger basert på en forståelse av hva som er til den andres beste (Martinsen, 2003).

Sykepleieteorien til Martinsen bygger på prinsippet om at mennesker er avhengige av hverandre, og at dette er uunngåelig. Denne avhengigheten omtales som negativ, generalisert eller balansert gjensidighet. Herav omtales balansert gjensidighet måten eksempelvis venner er avhengige av hverandre. Generalisert gjensidighet er når en tar vare på en annen, uten å forvente noe tilbake, slik som i sykepleie. Den negative gjensidigheten forklares som et manipulativt forhold der en forsøker å få mest ut av en annen for minst mulig innsats, denne formen kan ikke kalles omsorg (Martinsen, 2003).

Makt er et naturlig prinsipp å diskutere i sammenheng med menneskers avhengighet av hverandre. Maktforholdet mellom sykepleier og pasient er basert på det avhengighetsforholdet som relasjonen er bygget på. Ettersom pasienten er avhengig av hjelpen til sykepleieren, står sykepleieren i en maktposisjon ovenfor pasienten. Slik, ansvarlig maktbruk omtaler Kari Martinsen som makt. Motsetningen, uansvarlig maktbruk eller misbruk av makt, omtales derimot som avmakt (Martinsen, 2003).

For at en sykepleier skal handle etisk, ifølge Martinsen og hennes filosofiske inspirasjoner, er en nødt til å anerkjenne at mennesker utøver makt over andre. Ved å bevisstgjøres dette prinsippet, kan sykepleier påse at pasienten ikke fratras moralsk ansvar og at vedkommende selv kan utøve makt. På den måten anerkjenner man pasienten som et menneske, og bidrar til å minke den skjeve maktfordelingen som oppstår ved økt avhengighet (Martinsen, 2003).

1.2.3 Aaron Antonovsky

Helse som ressurs er tett knyttet opp mot Antonovsky sin teori om salutogenese; det som skaper helse (salutogen), fremfor det som forårsaker sykdom (patogen). Helse defineres som kombinasjonen av et menneskes motstandsressurser og deres følelse av sammenheng. En følelse av sammenheng (sense of coherence: SOC) er som noe et menneske kan oppnå ved at en situasjon kjennes håndterbar, begripelig og meningsfull (Gammersvik & Larsen, 2018).

Antonovsky beskriver helse som et kontinuum, der helse og uhelse er de to polene. Han mener at det er gjennom motstandskraften og menneskets evne til å mestre at en kan bevege seg fra uhelse mot helse. Videre forklarer han at det er gjennom SOC at dette muliggjøres (Gammersvik & Larsen, 2018).

Likeså beskriver Antonovsky empowerment. Dette omtales som en måte å fremme mestring hos pasienten, der et ønske om bemyndigelse gjennom å gi pasienten makt over egen livssituasjon er i fokus. Han forklarer det som at ved å tilrettelegge for at pasienten kan bruke egne ressurser, samtidig som man forsøker å fjerne unødige stressorer, og forsøker å opprettholde pasientens autonomi så fører dette til økt SOC og mestring (Gammersvik & Larsen, 2018).

1.3 Formål og problemstilling

1.3.1 Formål

Denne studien vil forsøke å se på autonomi i lys av sykepleieetik. Studien vil ta for seg pasient- og sykepleieperspektiver, og vil undersøke hvordan sykepleier kan arbeide med å fremme pasientens autonomi og samtidig fremme deres helhetlige helse. Formålet med studien er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme pasientenes autonomi når pasienten lider av en alvorlig psykisk lidelse. Videre ønsker studien å undersøke hvordan dette kan gjøres uten at pasientens helhetlige helse blir svekket.

1.3.2. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier styrke den psykiatriske pasienten sin autonomi og samtidig ivareta deres helhetlige helse?

2.0 Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Oppgaven er utformet som et litteraturstudium, og baseres på et systematisk litteratursøk. Søket er foretatt etter grundig undersøkelse av potensielle konkretiseringer av temaet, derav flere nøkkelord ble fastsatt og ansett som særlig relevant for problemstillingen.

Søket ble gjennomført i to databaser med fokus på helsefaglig forskning, Pubmed og Medline, samt norske Sykepleien for å inkludere lokale, sykepleiefaglige artikler. En rekke artikler ble i første omgang vurdert relevante. Disse ble så gjennomgått og satt opp i skjema der potensiell benyttelse ble tydeliggjort. Noen artikler ble vurdert som best benyttet i teorikapittelet, noen på grunnlag av alder, andre på grunnlag av innhold. Etter å ha fullført den teoretiske delen av oppgaven, ble 9 artiklene utvalgt.

2.1.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ble fastslått for oppgaven ble bestemt med tanke på rammene fastsatt av oppgavetekst, samt nødvendige kriterier for å oppnå relevante resultater for søket. Ettersom problemstillingen omtaler et begrep som har nytte av å sees i et historisk perspektiv, ble det valgt å ikke ekskludere artikler som var eldre enn 2012 i søknadsprosessen, men å heller ha et øye på når artikkelen var skrevet under utvelgelsesprosessen.

Tabell 1

Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Autonomi hos langvarig alvorlig psykisk psyke voksne	Autonomi i somatikk
Årstall: hovedsakelig 2012-2023	Velfungerende psykisk syke
Fagfellevurderte tidsskrift eller artikler	Personer under 18 år
Norsk, svensk, dansk eller engelsk språk	Pårørendeperspektiv
Sykepleie-, pasient-, etikk- eller jusperspektiv	

2.1.2 Søkehistorikk

For å tydeliggjøre hvilke temaer det ville vært mest relevant å finne artikler om, ble det benyttet en konsepttabell. Her ble en tydeligere oversikt over ulike perspektiver skapt, samt klargjøring av potensielle psykiske lidelser og behandlingsformer som var verdt å søke spesifikt etter. Likeså gjorde konsepttabellen det enklere å sortere artiklene i ettertid.

Tabell 2

Konsepttabell

Perspektiv	Behandlingsform	Lidelse	Fokus
Etikk	Tilfrinskingsorientert praksis (recovery oriented)	Psykiske lidelser (generelt)	Minke autonomi
Sykepleier	Veiledet selvbestemmelse (GSD)	Psykoselidelser Personlighetsforstyrrelser	Øke autonomi
Pasient	Delt beslutningstaking (SDM)	Schizofreni Bipolar lidelse	

En pico-analyse ble også forsøkt, men denne ga lite videre utdypning for søk eller oppgaven, og legges derfor ikke ved.

Søkene ble gjennomført i tre hovedrunder. Først på Medline, som resulterte i fire relevante artikler. Deretter i Pubmed, som resulterte i tre relevante artikler, og til slutt i sykepleien, som resulterte i to relevante artikler.

2.2 Søketablell

Tabell 3

Søkerunde 1

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	12.03.23	S1	Patient autonomy.mp.	Peer reviewed	12 099	
Medline	12.03.23	S2	psychiatry.mp.	Peer reviewed	297 330	
Medline	12.03.23	S3	nursing.mp.	Peer reviewed	64 6251	
Medline	12.03.23	S4	care.mp.	Peer reviewed	3 391 445	
Medline	12.03.23	S5 (S1-S4)	1 and 2 and 3 and 4	Peer reviewed 2012-2023	187	1. 2. 3. 4.

1. Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions
2. Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review

3. Embedding shared decision-making in the care of patients with severe and enduring mental health problems: The EQUIP pragmatic cluster randomised trial
4. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards

Tabell 4

Søkerunde 2

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	14.03.23	S2	((schizophrenia) AND (autonomy)) AND (nursing)	Fagfelleurdert 2012-2023	42	5. 6. 7.

5. Impact of the person-centred intervention guided self-determination across healthcare settings-An integrated review

6. Inhibited autonomy for promoting physical health: qualitative analysis of narratives from persons living with severe mental illness

7. Changes in Persistent Delusions in Schizophrenia Using Guided Self-Determination

Tabell 5

Søkerunde 3

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Sykepleien	18.03.23	S1	Ansvarliggjøring	Fag og forskning	12	8.
Sykepleien	18.03.23	S2	Autonomi	Fag og forskning	173	9.

8. Få pasienten ut av offerrollen

9. Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever

3.0 Resultat

3.1 Søkeresultater

Søket resulterte i totalt ni artikler, hvorav to studier var review, to var analyser, en var semistrukturert intervju, en var klyngerandomisert studie, en var enkeltcasestudie og to var fagutviklingsartikler. De utvalgte artiklene ble lagt i tabell 4, der hensikt, metode og resultater ble vist, samt at relevans for denne studien ble etablert.

3.2 Artikkelmatrise

Tabell 4

Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultater	Relevans
Olesen, M. L., & Jørgensen, R. (2023). Impact of the person-centred intervention guided self-determination across healthcare settings—An integrated review. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 37(1), 37–59. https://doi.org/10.1111/scs.13138	Å gjennomgå bevisene fra den eksisterende litteraturen om virkningen av veiledet selvbestemmelse (GSD) på tvers av metoder i ulike helsemiljøer.	Integrert fem-steps review.	Kognitiv innsikt (selvrefleksjon og selvsikkerhet) vurdert med selvvurderingsinstrumentet Beck Cognitive Insight Scale. Baseline og etter 3, 6 og 12 måneder. Ingen effekt på kognitiv innsikt ble funnet mellom grupper 6 måneder etter behandling. Selvrefleksjon: Intervensjonsgruppe – 0.8 (4.1) vs kontrollgruppe –1.0 (4.0)	Studien er av middels relevans. Ettersom den tar for seg både somatisk og psykisk syke og effekten av GSD som metode, kan den vise til forskjellene som er nødvendige å ta hensyn til i behandling av alvorlig psykisk syke i forhold til somatisk syke.

			gjennomsnittlig diff. -0.79 ($p = 0.275$)	
			Selvsikkerhet: Intervensjonsgruppe -1.2 (3.4) vs kontrollgruppe -0.6 (3.3) gjennomsnittlig diff. 0.71 ($p = 0.222$)	
Nakanishi, M., Tanaka, S., Kurokawa, G., Ando, S., Yamasaki, S., Fukuda, M., Takahashi, K., Kojima, T., & Nishida, A. (2019). Inhibited autonomy for promoting physical health: qualitative analysis of narratives from persons living with severe mental illness. <i>BJ Psych Open</i> , 5(1), e10–e10. https://doi.org/10.1192/bjo.2018.77	Å klargjøre den kritiske mekanismen som ligger til grunn for autonomi i fysisk helsefremmende arbeid hos mennesker med alvorlig psykisk lidelse.	En konvensjonell innholdsanalyse av narrative data	Hemmet autonomi ble hentet ut som en sentral komponent formet av brukernes erfaringer, både i helsevesenet og i det virkelige liv. Denne komponenten dukket opp basert på mangelen på en myndiggjøringsmekanisme i psykiatriske tjenester.	Studien er av høy relevans. Ettersom den ser på autonomi i kontekst av helhetlig helsefremmende arbeid.
Lovell, K., Bee, P., Brooks, H., Cahoon, P., Callaghan, P., Carter, L.-A., Cree, L., Davies, L., Drake, R., Fraser, C., Gibbons, C., Grundy, A., Hinsliff-Smith, K., Meade, O., Roberts, C., Rogers, A., Rushton, K., Sanders, C., Shields, G., & Bower, P. (2018). Embedding shared decision-making in the care of patients with severe and enduring mental health problems: The EQUIP pragmatic cluster randomised trial. <i>PLoS One</i> , 13(8), e0201533–e0201533. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201533	Målet med studien var å teste om vi kunne levere en praktisk og gjennomførbar intervensjon i rutinemessige psykiske helsetjenester i samfunnet for å bygge inn delt beslutningstaking (SDM) for pasienter med alvorlig psykisk lidelse, ved å forbedre pasient-	Klyngerandomisert studie. Randomiserte valg av psykiske helseteam til enten trening eller vanlig omsorg. Adskilt for å unngå kontaminering.	Totalt ble 604 pasienter og 90 omsorgspersoner rekruttert til hovedforsøkskohorten. Retensjon etter seks måneder var 82% ($n = 497$). I hovedanalysen viste resultatene ingen statistisk signifikant forskjell i primærutfallet mellom intervensjon og	Studien er av høy relevans. Ettersom den ser på effekten av SDM som behandlingspraksis av pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

	og omsorgsinvolvering i omsorgsplanlegging.		vanlig behandling ved 6 måneder (justert gjennomsnittlig forskjell -0.064, 95% CI -0.343 til 0.215, $p = 0.654$).	
Marquis, N. (2022). Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions. <i>Culture, Medicine and Psychiatry</i> , 46(2), 248–276. https://doi.org/10.1007/s11013-019-09624-x	Denne artikkelen tar sikte på å beskrive spenningene som oppstår ved å jobbe 'på' og med noen i psykiatrien, for å gjøre denne personen mer "autonom".	Analyse av praksis i to ulike psykiatriske helseinstitusjoner i Belgia og Frankrike. (Recoverybasert praksis)	Denne studien viser uansett at omsorgspersoner føler seg ganske fortaapt når pasienter ikke tar på seg ansvar for hans/hennes egen omsorg, og at de går tilbake til en klassisk form for asymmetri (der omsorgspersonen tar alt ansvaret for pleien).	Studien er av høy relevans. Ettersom den tar for seg vanskene med balansen mellom pasientens ønsker og pleierens ønsker. (Når pasienten ikke ønsker å ta valget – hvordan fremmer man autonomi?) Høy relevans.
Gurtner, C., Schols, J. M. G. ., Lohrmann, C., Halfens, R. J. ., & Hahn, S. (2021). 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), 531–548. https://doi.org/10.1111/jpm.12712	Å gjennomgå den nåværende forskningstilstanden angående konseptuell forståelse og implementering av «shared decision making» (SDM) i psykiatrisk klinisk praksis	En integrert review som inkluderte empirisk, teoretisk og konseptuell forskning publisert mellom 1997 og 2019 ble utført.	Ingen universell konseptuell forståelse av SDM angående psykiatrisk behandling kunne identifiseres, selv om flere artikler fremhevet sammenhengen med andre konsepter, som autonomi og pasientsentrerthet. Videre ble ytterligere fire nøkkeltemaer med relevans for vellykket implementering av SDM	Reviewstudien viser til koblinger mellom SDM og pasientsentrert omsorg og autonomi, samt hvilke roller sykepleier kan ha i SDM-prosessen.

			<p>i klinisk praksis bestemt: rollen til helsepersonell under SDM-prosessen; barrierer mot SDM; krav til en vellykket implementering av SDM; og intervensjoner med SDM som allerede er utført i psykiatrisk setting og deres utfall.</p>	
<p>Muir-Cochrane, E., van der Merwe, M., Nijman, H., Haglund, K., Simpson, A., & Bowers, L. (2012). Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 21(1), 41–49. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00758.x</p>	<p>Målet med studien var å undersøke akseptabiliteten av dørlåsing for ansatte, pasienter og besøkende.</p>	<p>En kvalitativ, fortolkende metode ved bruk av semistrukturerte intervjuer ble tatt i bruk.</p> <p>Det ble gjennomført intervjuer med 14 ansatte, 15 pasienter og seks besøkende fra tre ulike psykiatriske akuttavdelinger.</p>	<p>Pasientene hadde blandede følelser om dørens status, uttrykte depresjon, en følelse av stigma og lav selvtillit når døren var låst.</p> <p>Personalet uttrykte skyldfølelse og frykt for å bli klandret når en pasient stakk av. De rapporterte også at åpne avdelinger skapte engstelig årvåkenhet for å hindre avvik, og økt arbeidsbelastning ved å tildele personalet til å se på døren.</p>	<p>Høy relevans.</p> <p>Studien gir et godt innblikk i friksjonen mellom pasientenes og personalets følelser relatert til et tiltak som hemmer pasientens autonomi.</p>
			<p>Likeså rapporterte personalet på avdelinger med delvis låste dører også økt arbeidsbelastning med å slippe inn og ut av avdelingen.</p>	

<p>Jørgensen, R., Hansson, L. & Zoffmann, V. (2012). Changes in Persistent Delusions in Schizophrenia Using Guided Self-Determination: A Single Case Study. <i>Mental Health Nursing</i>, 33:5, 293-300. DOI: 10.3109/01612840.2011.653624</p>	<p>Hensikten med denne studien var å analysere hvordan vrangforestillinger indirekte ble målrettet og forbedret ved bruk av veiledet selvbestemmelsesmetode (GSD) med en innlagt pasient med begrenset innsikt.</p>	<p>Enkelt casestudie.</p>	<p>Pasienten virket å oppnå en ny form for sykdomsinnsikt etter GSD.</p> <p>Proessen fra å begynne å snakke om opplevelsene til å kategorisere opplevelsene som vrangforestillinger kan beskrives i fire kategorier: 1) å ha negative erfaringer fra tidligere møter som gir motstand 2) føler seg trodd og ansvarlig 3) beveger seg fra motstand til mottakelighet 4) og å være i tvil om opprinnelige oppfatninger.</p>	<p>Høy relevans.</p> <p>Til tross for at studien kun gjelder en enkelt pasient, så er den et godt eksempel på hvordan GSD-metoden kan bidra til sykdomsinnsikt og dermed bidra til at pasienten kan få økt grad av autonomi (etter Kants fornuftsautonomi-prinsipper).</p>
<p>Larsen, K. B. (2017). Få pasienten ut av offerrollen. <i>Sykepleien</i>, 105(3):50-53. https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60660</p>	<p>Studien undersøker hvordan pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (E-UPF) behandles og hvordan dette kan forbedres for å fremme autonomi og forbedre lidelsessymptomer.</p>	<p>Fagutviklingsartikkel.</p>	<p>Pasienter med EUP tar gjerne på seg offerrollen. Grenseløs empati, stakkarsliggjøring og fritak fra ansvar for eget liv forsterker denne offerrollen og virker mot sin hensikt.</p>	<p>Høy relevans.</p> <p>Studien tydeliggjør viktigheten av autonomiprinsippet hos pasienter med EUP som en del av behandlingen.</p>
<p>Heggestad, A. K. T. (2021). Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever. <i>Sykepleien</i>, 109(83901):e-83901.</p>	<p>Studien undersøker hvordan autonomibegrepet forstås og har</p>	<p>Etisk fagutviklingsartikkel</p>	<p>Ved å gå bort fra Kant sin fornuftsautonomi og heller ta i bruk en</p>	<p>Høy relevans.</p>

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83901>

blitt forstått tidligere og knytter dette opp mot sykepleiens fire etiske grunnpilarer.

relasjonell forståelse av autonomi, kan sykepleiere bidra til at pasienter i større grad kan medvirke og være medbestemmende.

Studien vektlegger sykepleieetiske prinsipper og diskuterer autonomiens viktighet i pasientbehandling .

3.3 Analyse

Artiklene ble analysert ved å ta i bruk Evans (2002) sin analysemodell. Modellen inkluderer fire steg for analysering og fremstilling av data:

Trinn 1: Samle data

Det første steget handler om å samle aktuell data, ettersom dette er utdypet i detalj i kapittel 2 vil dette ikke gjøres rede for her (Evans, 2002).

Trinn 2: Identifisere nøkkelfunn

Det andre steget omhandler identifisering av nøkkelfunn fra hver enkelt studie, samt å danne seg et overblikk over den innhentede forskningens helhet (Evans, 2002). Dette ble gjort ved nøye gjennomlesing av studiene, der fenomener relevante for problemstillingen gradvis ble etablert.

Trinn 3: Sammenligne funn på tvers av studier

Det tredje steget er å sammenlikne nøkkelfunnene fra steg to på tvers av studiene, for så å finne felles fenomener (Evans, 2002). Dette steget ble gjennomført ved å se på likheter og ulikheter ved studiene, for deretter å sammenfatte fenomenene for videre drøfting. Resultatet av trinn tre er presentert i tabell 6.

Tabell 7

Sammenligning av fenomener

Hvilke fenomener ble beskrevet	Artikler som inkluderte fenomenet
Autonomi: fornuft versus relasjonisme	2, 4, 9
Autonomi i sammenheng med helhetlig helsefremming	2, 4,
Autonomi og shared decision making (SDM) som verktøy	3, 5
Autonomi og guided self-determination (GSD) som verktøy	1, 7
Pasient versus sykepleier: når uenighet oppstår	4, 6, 8

Trinn 4: Beskrive fenomenet

Det fjerde steget skal gi en nærmere beskrivelse av fenomenene, sammenfattet i steg tre, for så å referere tilbake til originalartiklene. Dette gjøres for å kontrollere nøyaktigheten i beskrivelsen (Evans, 2002). Dette presenteres i kapittel 3.4: syntese.

3.4 Syntese

3.4.1 Autonomi: fornuft versus relasjonisme

I studiene gjennomgått er det blitt etablert to ulike former for autonomi. Dette ble tydeliggjort i artikkelen til Heggstad (2021), som fordrer til at sykepleiere burde gå vekk fra den tradisjonelle fornuftsautonomi til Kant og heller benytte det relasjonistiske autonomiprinsippet.

Fornuftsautonomien er et absolutt; et menneske enten er autonomt, eller så er det ikke. Dette krever fornuft og evnen til å tenke rasjonelt, noe som tilsier at pasienter

med svekket realitetskonsept eller nedsatt kognitiv funksjon ikke kan være autonome. Denne autonomiformen kan raskt føre til økt paternalisering, noe som ble synliggjort i studien til Nakanishi et al. (2019).

Den relasjonelle autonomien, ser på autonomi som et spekter. Her vektlegges menneskets avhengighet av andre, fra fødsel til død, samt hvordan de valg vi tar er avhengige av disse relasjonene – vår sosiale kontekst. Denne formen for autonomi, gir rom for økt medbestemmelse og er tydeliggjort i studiene til Marquis (2020) og Larsen (2017).

3.4.2 Autonomi i sammenheng med helhetlig helsefremming

Deltagerne i studien til Nakanishi et al. (2019) rapporterte vansker med å bli hørt av helsepersonell da de hadde spørsmål relatert til sin fysiske helse. De opplevde at de hadde liten innflytelse på behandlingen de ble gitt, og at problemer de opplevde relatert til medisiner og eventuelle bivirkninger ofte ble ignorert. Disse ytre vanskene, i møte med helsepersonell, fungerte som en barriere for deres helhetlige helse. Likeså kjente deltagerne på indre vansker, relatert til lidelsessymptomer, når det kom til å fremme egen fysiske helse. Det var da særlig de negative symptomtypene, slik som alvorlig tretthet, som oftest ble nevnt (Nakanishi et al., 2019).

Marquis (2022) viste til recoverybasert behandling, der pasientene i aller størst grad skulle ta ansvar for sine handlinger innad i åpne institusjoner. De største vanskene som ble etablert her var pasientenes manglende ønske om å ta dette ansvaret, og deres ønske om at pleierne skulle sette krav og grenser. Gjennom veiledning, der pasientens egensatte mål ble påminnet om, kunne pleierne bidra pasientene til å støtte egen helseutvikling. Dette gjaldt både mål relatert til fysisk og psykisk helse (Marquis, 2022).

De overnevnte studiene kan tyde på at fysisk helse er en utfordring hos denne pasientgruppen, noe som kan være et resultat av manglende fokus på dette helseaspektet. Likeså kan det tyde på at ved å fremme autonomi gjennom veiledning kan en som helsepersonell bidra til å styrke deres fysiske helse. Ved å ta både fysisk og psykisk helse seriøst kan man arbeide mot fremmet helhetlig helse (Nakanishi et al, 2019; Marquis, 2022).

3.4.3 Autonomi og shared decision making (SDM) som verktøy

SDM, eller delt beslutningstaking, er et viktig aspekt ved den recoveryorienterte helsetjenesten. Dette er noe vi ser tydeliggjort både i studien til Gurtner et al. (2021) og Lovell et al. (2019).

Delt beslutningstaking, blir av Lovell et al (2018) sett på som en integrert del av høykvalitetsomsorg. Videre formidler studien at delt beslutningstaking sikrer at pasienter er aktive i beslutninger, at tjenestene fokuserer på pasientbehov og at helsepersonell er i bedre stand til å yte personsentrert omsorg (Lovell et al., 2018).

Gurtner et al. (2019) undersøkte resultatene av ti ulike studier, derav sykepleiere og annet helsepersonell (lege, psykolog, mm.) ble sett på. Her kom det frem at det er samarbeidet mellom det tverrfaglige teamet, pasienten og andre støttespillere som er avgjørende for å fremme SDM i psykiatrisk omsorg. Herunder er sykepleierens rolle særdeles viktig, ettersom sykepleieren i større grad er i kontakt med pasienten, har en mulighet til å fremme pasientens behov og preferanser (Gurtner et al., 2019).

3.4.4 Autonomi og guided selv-determination (GSD) som verktøy

Den veiledede selvbestemmelsesmetoden (GSD) er en personsentrert intervensjon, som består av 21 refleksjonsark som pasienten fyller ut i en

forhåndsdefinert rekkefølge. Disse refleksjonsarkene tar pasienten så med seg til sesjoner med helsepersonell, der de gjennom diskusjon forsøker å støtte pasientens refleksjoner gjennom delt innsikt og problemløsning (Olesen & Jørgensen, 2023).

Til tross for at GSD ikke er en metode som passer absolutt alle, så kom Olesen og Jørgensen (2023) frem til at GSD kunne assosieres med tre grunnleggende behov: slektskap, kompetanse og autonomi. GSD kunne assosieres med en reduksjon i sykdomsrelatert ensomhet, ettersom pasientene fikk et bedret forhold til helsepersonell, og forbedrede relasjonelle og kommunikative kompetanser, som igjen økte deres evne til å kommunisere generelt. Gjennom denne forbedrede evnen til å engasjere seg i gode og pålitelige relasjoner, opplevde pasientene en økt grad av slektskap. Med tanke på kompetanse, opplevde pasientene en forbedret evne til å håndtere konsekvenser av egne helseutfordringer. De fikk støtte til å utvikle livsferdighet som økte deres kompetanse til å ta beslutninger, løse problemer, sette mål og iverksette tiltak. Når det gjelder autonomi, er de kompetansene nevnt tidligere, kompatible med en økt følelse av frihet til å ta personlige avgjørelser. Likeså viste studien til at de samme grunnleggende behovene ble møtt hos helsepersonellet (Olesen & Jørgensen, 2023).

Jørgensen et al. (2012) støtter opp om resultatene fra Olesen og Jørgensen (2023), derav deltageren etter gjennomført GSD oppnådde en endret oppfatning om sine vrangforestillinger. Deltageren følte en ny form for kontroll over behandlingen, noe som førte til økt tillit til pleieren og behandlingsformen i seg selv (Jørgensen et al., 2012).

3.4.5 Pasient versus sykepleier: når uenighet oppstår

Når målet med helsehjelpen er at pasienten skal oppnå et selvstendig liv, kan det oppstå problemer når sykepleier og pasient er uenige om hvordan dette målet skal nås. I studien til Marquis (2022) ble et interessant fenomen oppdaget. Mange av pasientene hadde manglende interesse for autonomi: de ønsket ikke være autonome. Det ble observert at en betydelig del av arbeidet med å fremme autonomi hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser handlet om å bygge opp om deres lyst og vilje. Marquis (2022) forklarte det videre som at det handler om å gi pasienten en smak av autonomi. Dette innebar ikke kun å vise at livet er verdt å leve, men å overbevise dem om at et autonomt liv er bedre enn et administrert liv. Likeså at det, litt mer, autonome livet er fullstendig tilgjengelig for pasienten der og da.

Studien viste også at pleierne, til tross for deres ønske om å fordre autonomi, formet begrensninger og viste manglende respekt for det symmetriske aspektet ved kontrakten. De godtok ikke alle prosjektene til pasientene, kun de som pleierne selv anså som gode prosjekter, noe som førte til en drastisk reduksjon i de opprinnelige variasjonene av prosjekter utviklet av pasientene (Marquis, 2022).

I artikkelen til Larsen (2017) ble dette manglende ønsket om å være autonome koblet opp mot diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, derav pasientene ofte ønsket å tre inn i rollen som barn. De hadde ofte et ønske om at helsepersonellet skulle tre inn i rollen som den voksne som passet på dem, og helsepersonellet hadde ofte en tendens til å ta på seg denne rollen. Viktigheten av å ikke tillate disse rollene å fylles, men å oppmuntre til selvstendighet ble presisert (Larsen, 2017).

En annen form for utfordring ble tydeliggjort i Muir-Cochrane et al. (2012), der pasienter og pleiere var uenige om styrker og svakheter ved å ha låste dører i en institusjon. Der pasientene kjente på maktesløshet, frustrasjon, sinne og nedstemthet, fortalte pleierne om økt tid til relasjonsbygging ettersom de ikke måtte holde fokus på døren (Muir-Cochrane et al., 2012).

4.0 Diskusjon

Problemstillingen i denne studien kan sees på som todelt. Først, hvordan kan sykepleier bidra til å fremme autonomi, og deretter, hvordan kan helhetlig helse opprettholdes under slikt arbeid? Dette vil, sammen med fenomenene fra analysekapitlet, fungere som rammeverk for diskusjonskapitlet. Likeså er det relevant å se alt i lys av sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer, i tabell 8 vises noen utvalgte punkter (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Tabell 8

Yrkesetiske retningslinjer

Nr.	Retningslinjer
2.1	Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.
2.2	Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.
2.3	Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.
2.4	Sykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle. Sykepleieren respekterer pasientens integritet og utnytter ikke pasientens sårbarhet.
2.5	Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.
2.6	Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse

(Norsk sykepleierforbund, 2019)

I tabell 8 så kan en se en tydelig sammenheng mellom punktene og det som har vært diskutert i de ulike studiene. De yrkesetiske retningslinjene forteller noe om hvordan sykepleierne skal fungere. Det tydeliggjøres her at sykepleierens rolle først og fremst er å fremme pasientens helse, gi pasienten tilstrekkelig informasjon til å ta valg, samtidig som de respekterer disse valgene. Dette inkluderer også retten til å ikke være selvbestemt (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Ved å se på de yrkesetiske retningslinjene side om side med Martinsens sykepleieteori, som belyst i teorikapitlet, er det tydelig at de to samsvarer godt. Viktigheten av autonomiprinsippet skinner tydelig gjennom begge steder, med tanke på både omsorg og respekt for pasienten som et eget menneske med egne meninger. Viktigheten av å ikke bruke det skjeve avhengighetsforholdet som en arena for maktmisbruk, eller avmakt slik Martinsen omtaler det, presiseres særlig i punkt 2.4, 2.5 og 2.6.

Som grunnlag for etisk sykepleie er kanskje punkt 2.4 det som er tettest knyttet opp mot Martinsens teori. En sykepleier som er bevisst på at hen står i en maktposisjon, der pasienten er avhengig av vedkommende, står i en bedre posisjon til å yte sykepleie. Ettersom mennesker alltid er i et maktforhold, der de er avhengige av hverandre, er det enkelt å falle inn i rutiner og ikke være bevisst de måter man i et balansert gjensidighetsforhold behandler den andre på en måte som ikke er passende i et generalisert gjensidighetsforhold.

4.1 Hvordan kan autonomi fremmes?

4.1.1 Autonomi: fornuft versus relasjonisme

For sykepleiere som arbeider innen psykiatrisk helsevesen kan det være nyttig å se på hvordan en tolker autonomikonseptet. Dette ble belyst i artikkelen til Heggstad (2021), der den relasjonelle autonomien ble foretrukket fremfor det tradisjonelle fornuftskonseptet. Martinsen er enda en forkjemper for slik relasjonell autonomi, noe man kan se tydeliggjort gjennom hennes syn på mennesket og omsorg (Martinsen, 2003). Ved å se på mennesker som avhengige av hverandre, kan en se hvordan autonomi ikke fungerer som en absolutt. For det å være avhengig av andre tilsier at en ikke er absolutt autonom. Ved å heller se på autonomi som et spekter, der et menneske er mer eller mindre autonomt, kan arbeidet mot autonomi gjøres mer oppnåelig (Martinsen, 2003).

En pasient med en alvorlig schizofrenilidelse, der det positive symptomtrykket er høyt, vil kunne ha store vansker med å fungere som et autonomt menneske innad i samfunnet. Ved å se på autonomi som et spekter, vil sykepleier og pasient kunne arbeide gradvis mot økt autonomi og på den måten opprettholde motivasjon (Heggstad, 2021; Gammersvik & Larsen, 2018). Pasienten vil, sammen med sykepleieren, arbeide mot mål som kjennes oppnåelige ut. Her påpekes viktigheten av å opprettholde prinsippene om hensiktsmessighet og meningsfullhet, ettersom dette vil bidra til pasientens av sammenheng. Ved at pasienten kjenner på en opplevelse av sammenheng kan motivasjonen økes, og pasienten kan lettere bevege seg mot helse. (Gammersvik & Larsen, 2018).

Viktigheten av å ha et bevisst forhold til de to ulike autonomiperspektivene ble også tydeliggjort i artikkelen til Larsen, (2017), der autonomi ble sett på i lys av behandling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (heretter: E-UPF). Artikkelen så på hvordan sykepleiere, ved å gi grenseløs ikke-konfronterende empati, fratar pasientene muligheten til å ta ansvar. Dette blir sett i lys av E-UPF pasientenes tendens til å omtale seg selv som et evig offer, og hvordan det å påta seg offerrollen gir pasienten en mulighet til å frasi seg alt ansvar – både for egne handlinger og eget liv (Larsen, 2017).

Denne offerrollen blir beskrevet slik (Larsen, 2017):

Dupont, gjengitt av Gabbard og Wilkinson, omtalte tidlig offerrollen som et drama med fire hovedpersoner: et offer, en krenker, en idealisert frelser og en uengasjert mor. Rollen som offer formes i barndommen og danner grunnlag for pasientens problematiske livsførsel senere i livet.

Med tanke på sykepleierens rolle i behandling av pasienter med slike lidelser, kan det være enkelt å falle i fellen der en forsøker å fylle rollen som idealisert frelser. Dette gjennom at en tar på seg ansvaret for pasientens emosjoner, valg og handlinger, ved at man gir denne grenseløse omsorgen pasienten søker. Dette kan føre til at man bygger opp under lidelsens natur, og hemmer pasientens autonomi (Larsen, 2017).

Pasienter med E-UPF har ofte store traumer som gjør at en som pleier kan få et ønske om å gi omsorg. Ved å se på ens egen reaksjon på pasientens situasjon og lidelse, bør en som sykepleier gå inn i seg selv og vurdere hvordan man best kan bidra til at pasienten kan oppnå selvstendighet. For dette er det overordnede målet med pleien, at pasienten skal kunne ta selvstendige avgjørelser, at de skal kunne klare seg på egenhånd (Larsen, 2017). En sykepleier som derimot stiller krav til pasienten, som fordrer til ansvarliggjøring, vil på denne måten oppmuntre pasienten til å holde fokuset på nåtiden i stedet for den traumatiske fortiden. Dette blir tydeliggjort som viktig av Larsen (2017),

ettersom pasientene kan føle at livet er urettferdig, at siden de ble traumatisert i fortiden så har de et krav på kompensasjon, og at de kan ha et ønske om å tas hånd om som et lite barn – bare uten å bli korrigeret.

Likeså ble viktigheten av å gjenta for pasienten at vedkommende har valg, alternativer og ansvar, ettersom dette kan bidra til å formidle håp og optimisme. Dette er en tidkrevende oppgave, men en tålmodig sykepleier kan her bidra til økt selvstendighet hos pasienten. Et element her er å begynne med situasjoner som kan kjennes overkommelige for pasienten, ettersom et fokus på ansvar for eget liv kan forsterke usikkerhet og en følelse av redsel hos pasientene (Larsen, 2017). Dette konseptet ble videre knyttet opp mot Antonovskys teori om følelse av sammenheng, som ble etablert tidligere i denne studien.

Larsen (2017) viser til viktigheten av å unngå et rent paternalistisk, og dermed fornuftsautonomisk, utgangspunkt når en skal veilede pasienter med E-UPF ettersom pasientene ofte kan tendere til regresjon; å returnere til rollen som barn. Det er derimot sett på som nødvendig å se på pasientens helhetlige situasjon, dens sosiale kontekst, for å best mulig kunne bidra til å sette overkommelige mål for å øke selvstendighet (Larsen, 2017).

Av de ni utvalgte artiklene var det kun en der den tradisjonelle fornuftsautonomien virket å være grunnleggende, nemlig Nakanishi et al. (2019). Pasientene i denne studien fortalte om vansker med å bli hørt av helsepersonellet og hvordan dette påvirket dem negativt, noe som støtter opp om tanken til Heggstad (2021) om at denne formen for autonomi burde legges på hylla.

For å fremme autonomi hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser virker det nyttig å ha et relasjonistisk syn på autonomi. Dette vil også bidra til at sykepleieren oppfyller de yrkesetiske retningslinjene på en best mulig måte, ettersom pasienten respekteres som et eget menneske med egne valg og meninger.

4.1.2 Autonomi og SDM og GSD som verktøy

Studiene tyder på at både SDM og GSD er nyttige verktøy for å fremme autonomi hos denne pasientgruppen. Begge teknikkene kan knyttes opp mot den recovery-orienterte tankegangen som vektlegges i større og større grad innen psykisk helsevern. Her er målet ikke at pasienten skal bli frisk, men at pasienten skal lære seg å leve med sykdommen. De psykiske lidelsene sine symptomer kan for noen være vanskelige å skille helt fra deres oppfatning om selvet, ettersom de påvirker tanker, følelser og oppfatninger, så ved å ikke skulle kurere sykdommen skapes det rom for at pasienten kan være seg selv. Når målet ikke er å kurere sykdommen blir fokuset noe ganske annet. Det blir mindre rom for stigmatisering ved at pasientenes symptomer ikke lenger anses som fienden, noe som kan fremme pasientens selvfølelse og motivasjon for positivt helsearbeid (Gurtner et al., 2019).

Delt beslutningstaking har vist seg å fungere som en effektiv måte å engasjere pasienten i beslutninger angående sin behandling og sin hverdag. En sykepleier som benytter seg av SDM som verktøy vil kunne bidra til at pasienten tar hensiktsmessige avgjørelser og fremme et mer likestilt gjensidighetsforhold mellom de to (Gurtner et al., 2019; Martinsen, 2003). I denne prosessen er det viktig at sykepleieren evner å gi pasienten makt og forsøker å unngå at ens egen makt blir misbrukt. Pasientens ønsker skal respekteres, samtidig som sykepleieren skal kunne oppmuntre til handlinger som fremmer pasientens målsettinger (Gurtner et al., 2019).

GSD er et verktøy der en forsøker å gi pasienten makt og ansvar for eget behandlingsløp (Jørgensen et al., 2012). Alt som skal tas opp i løpet av behandlingsløpet

er bestemt av dem, noe som gjør at verktøyet bidrar både til ansvarliggjøring av pasienten og til utjevning av avhengighetsforholdet mellom pasient og sykepleier (Jørgensen et al., 2012). Studiene viste til at dette påvirket pasient-sykepleier-forholdet på en positiv måte, ettersom pasientene i mindre grad følte på at sykepleieren presset en behandling på dem. Ved å diskutere temaene med pleieren oppnådde pasientene en økt følelse av kompetanse relatert til sykdommen og livsmestring, noe som igjen virket positivt inn på pasientens autonomi (Olesen & Jørgensen, 2023).

I en enkeltcasestudie gjennomført av Jørgensen et al. (2012) undersøkte de effekten av GSD på en pasient (55 år) med en 30 år lang historikk med schizofreni. Til tross for optimal behandling med antipsykotika, opplever noen pasienter en manglende forbedring av symptomer, selv når det har blitt benyttet tilleggsbehandling som eksempelvis kognitiv atferdsterapi. Ettersom pasienter med schizofreni kan ha manglende grad av selvinnstikt, kan forbedring av vrangforestillinger med tradisjonelle virkelighetstestende tilnærminger være krevende. Disse vanskene kan skyldes at pasienten ikke selv klarer å se vrangforestillinger som symptomer (Jørgensen et al., 2012).

Studien konkluderte med at deltageren hadde en endret oppfatning om sine vrangforestillinger under de individuelle sesjonene med GSD (Jørgensen et al., 2012). Innsikten utviklet seg gradvis, først fra motstand til mottagelighet, og deretter fra tvil til å oppnå et nytt tenkningssystem. Deltageren fortalte at han kjente på en ny form for kontroll over behandlingen, at refleksjonsarkene fungerte som en nøytral grunn mellom ham og pleieren. Han følte seg lyttet til og at han ble tatt på alvor, noe som, sammen med refleksjonsarkenes nøytralitet, skapte en situasjon der han kunne fokusere energien sin på prosessen. Deltageren hadde tidligere opplevd hørselshallusinasjoner i form av daværende pleier som fortalte ham negative ting om ham. Dette opplevde han ikke under sesjonene, noe han forklarte slik (Jørgensen et al., 2012):

Når fagfolk stiller spørsmål, spør de fra sitt eget perspektiv og ofte ser de etter et spesifikt svar. For det meste kan jeg ikke se gjennom spørsmålene deres, og jeg kjenner ikke intensjonene deres. Refleksjonsarkene er imidlertid nøytrale og jeg er aldri i tvil om intensjonene deres. De er ikke en del av deg [pleieren som ledet sesjonene]. Refleksjonsarkene er laget på forhånd og det er jeg som bestemmer hva som skal legges i dem.

Han oppnådde å evne å skille mellom hva som var hans tidligere trossystem (egen guddommelighet) og hva som var psykiske lidelser (Jørgensen et al., 2012). Fra å ha vedvarende tro på opplevelsene sine og tro at de var ekte og ikke en del av den psykiske sykdommen, gikk John over til å tvile på sin gamle tro og komme med nye forklaringer. Han fikk ny innsikt i sin forståelse av tidligere hendelser og oppfatninger. Hans egne tanker om hva han oppnådde med GSD-metoden var (Jørgensen et al., 2012): "Jeg har nådd et nytt system i mine tanker."

Ved å benytte seg av slike verktøy vil en som sykepleier kunne bidra til å styrke pasientens autonomi ved at pasienten selv tar beslutninger som er viktige for eget liv og egen behandling.

Verktøyene gir pasienten en stemme, gir pasienten makt og gjør pasienten ansvarlig.

4.1.3 Pasient versus sykepleier: når uenighet oppstår

Vansker kan oppstå når pasienten har ønsker som ikke samsvarer med sykepleierens. Et eksempel her er en pasient med en alvorlig depresjonslidelse som ikke ønsker å spise middag sammen med medpasientene på fellesstua. Sykepleieren mener at pasienten har godt av å bevege seg og av å møte andre mennesker. Sosialt samvær og

fysisk aktivitet er begge positivt assosiert med behandling av depresjon, mens det å være stilleliggende og isolert ikke er det. Fra et rent behandlingsperspektiv har pasienten derfor godt av å høre på sykepleieren, likeså vil det være et overtramp dersom sykepleieren bestemmer at pasienten *skal* gjøre som hen sier. I en slik situasjon kan det være nyttig å benytte seg av teknikker fra SDM eller metoden tydeliggjort i studien til Marquis (2022). Med andre ord så kan det være av nytte å etablere målsettinger sammen med pasienten, mål de selv ønsker å nå som sykepleieren kan støtte opp om. Da kan en eksempelvis oppmuntre pasienten slik: «ifølge målene du har satt så vil det være positivt for deg å delta på måltidet, men det er ditt eget valg.» Her vektlegges pasientens egne ønsker om fremtiden, og samtidig som sykepleier støtter opp om dette målet blir pasienten utfordret til å ta valget på egenhånd.

Utfordringer relatert til tvangsvedtak er særlig kompliserte når en forsøker å fremme autonomi. Når pasientene eksempelvis er tvangsinnlagt og tvangsmedisinert er deler av pasientens autonomi innskrenket. Pasientene kan ha et ønske om å forlate institusjonen som ikke blir møtt, og begynner å se på sykepleierne mer som fengselsvoktere enn pleiere slik som i studien til Muir-Cochrane et al. (2012). Likeså kan de kjenne på vansker relatert til medisineren med tanke på bivirkninger som eksempelvis sløvhet eller vektøkning (Nakanishi et al., 2019). Det er heller ikke uvanlig at pasienten kjenner på økt grad av stigmatisering ved tvangsvedtak, ettersom de er fratatt makt over seg selv og dermed kan føle seg mindre verdt og sett ned på av sykepleiere og andre (Muir-Cochrane et al., 2012).

Pasientenes manglende ønske om autonomi er også en betydelig utfordring. Herunder finner en eksempelvis de pasientene med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som kan ha et ønske om å tre inn i rollen som barn (Larsen, 2017). Likeså ble utfordringen tydeliggjort i studien til Marquis (2022), der en pasient blant annet ba sykepleierne om å tvinge vedkommende til å delta på aktiviteter. Studien belyste viktigheten av å vise det positive ved et autonomt liv, hvordan et autonomt liv er bedre enn et administrert liv, samt hvordan et litt mer autonomt liv er tilgjengelig der og da.

Her igjen tydeliggjøres viktigheten av å anse autonomibegrepet som et spekter, noe en kan bevege seg langs. Ved å kontinuerlig oppmuntre pasienten til å ta egne valg, i den grad de har mulighet (rel. tvangsvedtak), kan sykepleier fremme pasientens langsiktige mål samtidig som pasient og sykepleier er uenige om den konkrete situasjonen. Dersom pasienten fra eksempelet velger å forbli på rommet og ikke delta på måltidet så er det noe sykepleieren må akseptere. Det betyr ikke at pasienten ikke tok samtalen til seg eller har endret sitt langsiktige mål. Det betyr derimot at pasienten tok et bevisst valg, med kunnskap om valgets potensielle positive og negative resultater. Ved at sykepleier og pasient fortsetter å arbeide sammen mot pasientens mål vil de mindre uenighetene på veien mot det målet kunne bli mindre betydelige.

4.2 Hvordan ivareta helhetlig helse?

4.2.1 Autonomi i sammenheng med helhetlig helsefremming

Ved å benytte seg av overnevnte verktøy, metoder og tankesett kan sykepleieren forsøke å ivareta pasientens helhetlige helse. Det kan gjøres ved å oppmuntre pasienten til å sette mål som ikke bare omhandler psykisk helse, men også mål relatert til fysisk helse. Likeså viser studiene viktigheten av en god relasjon mellom pasient og helsepersonell, ettersom dette gir pasienten større rom for å ta opp eventuelle plager som ikke er direkte knyttet opp mot de psykiske. En slik god relasjon innebærer blant annet at pasienten kjenner på en følelse av makt og mulighet til medbestemmelse. Det ble tydeliggjort i studien til Nakanishi et al. (2019) der pasientene manglet denne gode

relasjonen og dermed følte at det ikke var rom for å diskutere fysiske plager med helsepersonellet (psykiatere, sykepleiere og psykologer).

En utfordring med denne pasientgruppen kan også være manglende selvinnsikt, både når det gjelder deres mentale og fysiske helse. Av den grunn kan det være nyttig å arbeide godt med informasjonsformidling. I Olesen og Jørgensen (2023) vistest den potensielle effekten til GSD som verktøy for økt grad av sykdoms- og selvinnsikt. Dersom en arbeider på denne måten kan pasienten over tid få en ny forståelse av symptombildet, noe som både gjør pasienten enklere å kommunisere med angående helse og noe som gjør pasienten i stand til å oppfatte symptomendringer. Ved å gi pasienten de rette verktøyene kan pasienten i større grad ta ansvar for egen helse.

4.3 Styrker og svakheter ved studien

Denne studiens styrke er det sykepleieetiske perspektivet på autonomi innen psykiatrisk sykepleie. Ved å bruke sykepleieetikk som linse, gir studien et nytt perspektiv på utfordringene relatert til hvordan sykepleierne ser på autonomi og måten de kan styrke autonomi hos pasientene.

Studien hadde hatt nytte av et større utvalg litteratur, derav hadde kvantitative studier med fokus på autonomi hos psykiatriske pasienter vært særlig relevant. Flere studier med bakgrunn fra ikke-vestlige land hadde også kunne styrket studien. Likeså kunne det ha vært nyttig med mer fokus på lovverk og et dypere dykk ned i de etiske prinsippene som ligger bak forståelsen av autonomiprinsippet.

4.4 Implikasjoner

Studien viser til at en styrking av sykepleiernes kunnskap om autonomi og effektive verktøy, slik som GSD og SDM, kan være til nytte for pasientene med alvorlige psykiske lidelser.

Likeså viser studien til et behov for videre studier innenfor temaet. Eksempelvis kunne det vært interessant med en studie på effekten av GSD som verktøy for autonomi hos kronisk psykisk syke i Norge. En annen studie der en intervjuer pasienter som har vært under behandling de siste 15 årene, der en undersøker hvordan de har opplevd at deres autonomi har blitt ivaretatt eller ikke er også av interesse. Dette for å undersøke hvordan pasientene har opplevd endringene i lovverket og hvorvidt dette har hatt en effekt på autonomi.

4.5 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier styrke den psykiatriske pasienten sin autonomi og samtidig ivareta deres helhetlige helse?

Som sykepleier kan en bidra til å styrke pasientenes autonomi ved å støtte opp om brukermedvirkning. Dette kan gjøres ved å benytte prinsipper fra SDM og GSD, samt ved å ha et relasjonelt perspektiv på autonomi. Det relasjonelle perspektivet kan gjøre det enklere for både pasient og sykepleier å se på autonomi som en rekke oppnåelige mål, i stedet for noe stort og sannsynligvis uoppnåelig. Likeså kan det være nyttig med tanke på arten til noen av de psykiske lidelsene, slik som E-UPF. Verktøyene SDM og GSD bidrar ved at pasientens egne tanker og mål står i fokus, mens sykepleierens jobb blir å støtte opp om disse målene sammen med pasienten.

Ved å ta i bruk perspektivene ovenfor kan sykepleier skape rom for åpen dialog, der pasienten kan føle seg trygg på å ta opp det som plager dem. Dette gjelder alt fra vansker med fremtidsprospekter, bivirkninger av legemidler og til symptomplager. Sykepleier kan også bidra ved å åpne opp dialogen først, ved å gi pasienten nødvendig

informasjon om sykdommen, legemidlene og de ulike tilbudene som er tilgjengelige for å støtte dem i veien mot selvstendighet.

Likevel vil autonomi også tilsi at pasienten ikke alltid ønsker det samme som sykepleieren. Dette er det store dilemmaet, ettersom pasientens ønsker kan være direkte helseskadelig. Å arbeide mot pasientautonomi i psykiatrien er en langvarig prosess, der det ved symptomforverring kan oppstå perioder med innskrenket autonomi. Det betyr ikke at en skal avslutte arbeidet, men at en fortsetter fra det punktet på skalaen pasienten befinner seg.

5.0 Referanseliste

- Aarre, T. F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern* (p. 231). Universitetsforl.
- Gammersvik, Åse, & Larsen, T. B. (2018). *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2. utg., p. 284). Fagbokforl.
- Gonzalez, M. T., & Keeping, D. (2020). *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming: sykepleiefaglige og flerfaglige perspektiver* (1. utgave.). Gyldendal.
- Gurtner, C., Schols, J. M. G. ., Lohrmann, C., Halfens, R. J. ., & Hahn, S. (2021). Conceptual understanding and applicability of shared decision-making in psychiatric care: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(4), 531–548. <https://doi.org/10.1111/jpm.12712>
- Heggestad, A. K. T. (2021). Den tradisjonelle forståelsen av autonomi er for snever. *Sykepleien*, 109(83901):e-83901. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83901>
- Helsedirektoratet. (2019, 28. juni). *Pasienter med alvorlige psykiske lidelser: styringsinformasjon til helseforetakene*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefellesskapene/>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/somatisk-helse-og-levevaner-ved-psykiske-lidelser-og-eller-rusmiddelproblemer/ivaretakelse-og-ansvar-for-oppfolging-av-somatisk-helse-og-levevaner-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>
- Jørgensen, R., Hansson, L. & Zoffmann, V. (2012). Changes in Persistent Delusions in Schizophrenia Using Guided Self-Determination: A Single Case Study. *Mental Health Nursing*, 33:5, 293-300. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.653624>
- Karlsson, B., & Borg, M. (2013). *Psykisk helsearbeid: humane og sosiale perspektiver og praksiser* (p. 213). Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* (2. utg., p. 254). Ad notam Gyldendal.
- Larsen, K. B. (2017). Få pasienten ut av offerrollen. *Sykepleien*, 105(3):50-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60660>
- Lovell, K., Bee, P., Brooks, H., Cahoon, P., Callaghan, P., Carter, L.-A., Cree, L., Davies, L., Drake, R., Fraser, C., Gibbons, C., Grundy, A., Hinsliff-Smith, K., Meade, O., Roberts, C., Rogers, A., Rushton, K., Sanders, C., Shields, G., & Bower, P. (2018). Embedding shared decision-making in the care of patients with severe and enduring mental health problems: The EQUIP pragmatic cluster randomised trial. *PLoS One*, 13(8), e0201533–e0201533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201533>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg., p. 278). Universitetsforl.
- Marquis, N. (2022). Making People Autonomous: A Sociological Analysis of the Uses of Contracts and Projects in the Psychiatric Care Institutions. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 46(2), 248–276. <https://doi.org/10.1007/s11013-019-09624-x>

- Muir-Cochrane, E., van der Merwe, M., Nijman, H., Haglund, K., Simpson, A., & Bowers, L. (2012). Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients, and visitors on acute psychiatric wards. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00758.x>
- Nakanishi, M., Tanaka, S., Kurokawa, G., Ando, S., Yamasaki, S., Fukuda, M., Takahashi, K., Kojima, T., & Nishida, A. (2019). Inhibited autonomy for promoting physical health: qualitative analysis of narratives from persons living with severe mental illness. *BJ Psych Open*, 5(1), e10–e10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.77>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etik-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, H. E., & Biong, S. (2014). Sykepleiepersonells beskrivelser av helsefremmende miljøterapi kveld, natt og helg i psykisk helsevern. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 25–33. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-04>
- Olesen, M. L., & Jørgensen, R. (2023). Impact of the person-centred intervention guided self-determination across healthcare settings—An integrated review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 37–59. <https://doi.org/10.1111/scs.13138>
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Regjeringen. (2009). *Politisk plattform for flertallsregjeringen utgått av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet*. 7. oktober. Tilgjengelig på http://www.regjeringen.no/nb/dep/smk/dok/rapporter_planer/rapporter/2009/politisk-plattform-for-flertallsregjering.html?id=579058

