

# **Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost**



Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**

**Master i Helsevitenskap**

**Masteroppgave (50 studiepoeng)**

**Student: Tara Katarina Sørskår**

**Veileder: Petter Viksveen, Postdoktor**

**Dato: Juni 2018**

**MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP**  
**MASTEROPPGAVE**

SEMESTER:

Vår - 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Tara Katarina Sørskår

VEILEDER: Petter Viksveen, Postdoktor

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Nordisk tittel: Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost

Engelsk tittel: User involvement in an adolescent psychiatric inpatient unit

EMNEORD/STIKKORD:

Psykisk helsevern, ungdom, ungdomspsykiatrisk sengepost, akuttpost, brukermedvirkning

Mental health care, adolescent, adolescent psychiatric inpatient unit, acute post, user involvement

ANTALL SIDER: 100

STAVANGER. 01.06.2018

## **Forord.**

Når jeg nå avslutter mitt mastergradsstudium i Helsevitenskap, vil jeg rette en stor takk til de fantastiske menneskene som har deltatt for å gjøre denne oppgaven ferdig. Tusen takk til min veileder og postdoktor Petter Viksveen som har gitt meg god faglig veiledning, tid, støtte og motivasjon. En stor takk til min avdelingsleder Cecilie Granhøy og assisterende leder Christian Finvåg for at dere la til rette for at jeg kunne gjennomføre min studie på egen arbeidsplass. Takk til Karina Aase og Stig Bjønness på Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (SHARE) for gode råd i planleggingsfasen. Takk til kollegaer som hjalp til med å rekruttere informanter til studien. Takk kjære Håkon, for din tålmodighet og oppmuntring. Sist, men ikke minst, tusen takk til ungdommene i studien som har bidratt med sine opplevelser og erfaringer.

*Stavanger, 01.06.2018*

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1.0 INTRODUKSJON</b> .....	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	6
1.2 TIDLIGERE FORSKNING .....	8
1.3 STUDIENS HENSIKT .....	9
1.4 PROBLEMSTILLING/FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	9
1.5 BEGREPSAVKLARING .....	10
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>12</b>
2.1 PASIENTSENTERET OMSORG .....	12
2.2 PERSONSENTRERT OMSORG.....	13
2.3 PERSONSTYRT OMSORG .....	14
2.4 BRUKERMEDVIRKNING .....	15
2.4.1 <i>Empowerment</i> .....	16
2.4.2 <i>Mestringstro (self-efficacy)</i> .....	17
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>19</b>
3.1 VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV .....	19
3.2 DESIGN: KVALITATIV INTERVJUSTUDIE, SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE OG SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE .....	19
3.3 UTVALG.....	20
3.3.1 <i>Rekruttering</i> .....	21
3.4 DATAINNSAMLING.....	22
3.4.1 <i>Intervjuguide</i> .....	23
3.5 UTVIKLING AV SPØRRESKJEMA .....	23
3.5.1 <i>Litteraturgjennomgang for å identifisere spørreskjemaer</i> .....	24
3.5.2 <i>Utvikling av spørreskjema</i> .....	24
3.5.3 <i>Svaralternativer/ skala</i> .....	25
3.6 KVALITATIV INNHOLDSANALYSE .....	25
3.7 TROVERDIGHET .....	27

3.7.1 Troverdighet i kvalitativ intervjustudie.....	27
3.7.2 Evaluering av spørreskjema.....	28
3.8 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER .....	28
3.8.1 Forforståelse og forskning i eget praksisfelt.....	29
<b>4.0 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE .....</b>	<b>31</b>
4.2 FREMGANGSMÅTE .....	31
4.3 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	31
4.5 SØKEORD .....	33
4.6 DATAEKSTRAKSJON, EVALUERING OG RAPPORTERING .....	33
<b>5.0 RESULTATER.....</b>	<b>35</b>
5.1 KVALITATIV INTERVJUSTUDIE.....	35
5.1.1 Faktorer som bidrar til å styrke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning .....	36
5.1.2 Å bli lyttet til styrker brukermedvirkning.....	36
5.1.3 Aktivt involvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen behandling styrker brukermedvirkning .....	37
5.1.4 Medbestemmelse er viktig for å oppleve brukermedvirkning .....	38
5.1.5 Faktorer som bidrar til å svekke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning .....	39
5.1.6 Utilstrekkelig informasjon svekker brukermedvirkning.....	39
5.1.7 Manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning .....	40
5.2 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE .....	43
5.2.1 Sammenligning av svar på spørreskjema og kvalitative intervjuer.....	43
5.3 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE .....	48
5.3.1 Resultat av litteratursøk.....	48
5.3.2 Presentasjon av inkluderte artikler .....	48
5.3.3 Studie 1: «It's like mental torture»: Participation and mental health services (LeFrancois, 2008).....	48
5.3.4 Studie 2: Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? (Moses, 2011).....	49
5.3.5 Oppsummerte resultater.....	50

5.3.6 Sammenligning av resultater fra den kvalitative studien og den systematiske litteraturstudien.....	52
<b>6.0 DISKUSJON.....</b>	<b>55</b>
6.1 HVA ER EGENTLIG BRUKERMEDVIRKNING?.....	55
6.2 HVA SIER EKSISTERENDE FORSKNING OM BRUKERMEDVIRKNING INNENFOR ULIKE KONTEKSTER?.....	56
6.2.1 Helsepersonells perspektiv på barrierer for brukermedvirkning.....	62
6.3 BETYDNINGEN AV Å INNHENTE ULIKE PERSPEKTIVER.....	63
6.4 STYRKER OG SVAKHETER I OPPGAVEN.....	65
<b>7.0 KONKLUSJON.....</b>	<b>69</b>
7.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS.....	70
7.2 VIDERE FORSKNING.....	70
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>72</b>

Vedlegg 1: Godkjenning fra personvernombudet ved SUS

Vedlegg 2: Brev fra REK

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: CASP

Vedlegg 5: PRISMA flow diagram

Vedlegg 6: Resultat fra spørreskjemaundersøkelse

Vedlegg 7: Informasjonsskriv og skjema for samtykke

## **SAMMENDRAG**

Stadig flere ungdommer har psykiske problemer, noe som har ført til en sterk økning i antallet som får behandling innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Hensikten med denne studien var å bidra med kunnskap knyttet til ungdoms opplevelser med brukervedvirkning innenfor akuttpsykiatrien, samt å evaluere om et spørreskjema for å vurdere brukervedvirkning ville kunne brukes i rutinemessig praksis. Det ble benyttet et kvalitativt design, og gjennomført individuelle semistrukturerte intervju og spørreskjemaundersøkelse med fire ungdommer over 16 år som var inneliggende ved ungdomspsykiatrisk sengepost. Samtidig ble det utført en systematisk litteraturstudie, for å evaluere eksisterende forskningsbasert kunnskap om ungdommers opplevelser og erfaringer fra psykiatrisk sengepost, samt å sammenligne resultatene fra intervjustudien med resultatene fra litteraturstudien. Transkripsjonene fra intervjuene ble analysert ved bruk av en kvalitativ innholdsanalyse for å finne likheter og kontraster mellom disse resultatene og tidligere forskning. Basert på disse funnene ble det utviklet to grupper av temaer: faktorer som bidro til å styrke ungdommenes opplevelser av brukervedvirkning, og faktorer som bidro til å svekke deres opplevelse av brukervedvirkning. Ved sammenstilling av resultatene fra litteraturstudien og den kvalitative studien kom det frem resultater som var konvergente, komplementære og motstridende. Det var høy grad av samsvar av dataene mellom spørreskjemaet og intervju, men ytterligere spørsmål foreslås i spørreskjemaet på grunnlag av de kvalitative dataene. Studien har utviklet ny forskningsbasert kunnskap og er den første som fokuserer på brukervedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost i Norge.

## **ABSTRACT**

An increasing number of adolescents have mental health issues. This has led to an increasing number of adolescent patients receiving treatment in mental health institutions. The aim of the study was to highlight how adolescents experience user involvement within an psychiatric inpatient unit, and to determine how a questionnaire might be useful for evaluation of user involvement in regular practice. The method was based on a qualitative design, with questionnaires and individual, semi-structured interviews with four adolescents above the age of 16 being admitted to an psychiatric inpatient unit. At the same time a systematic review was carried out to evaluate existing research based knowledge of adolescents experiences from psychiatric inpatients units, as well as comparing the results from the interview study with the results of the review. The interview transcripts were analysed by means of a quality contents analysis to highlight similarities and anomalies between these results and previous research. Based on the findings two groups of topics were developed: factors that contribute to enhance adolescents perception of user involvement and factors contribute to weaken their perceptions of user involvement. By comparing the results from the review with the qualitative study, results were found to be convergent, complementary and contradictory. The results indicated that there's a significant correspondence between the interviews and the questionnaires, but the qualitative data suggests that further questions may be added to the questionnaire. The study has contributed new scientific knowledge and it is the first to focus on user participation in an Norwegian adolescent psychiatric inpatient unit.



## **1.0 INTRODUKSJON**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Stadig flere barn og unge i Norge sliter med psykiske problemer. De siste tiårene har det vært en økning av psykiske lidelser blant barn og unge, og en medfølgende sterk økning i antallet som får behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Særlig ser vi en forandring hos tenåringsjenter, hvor andelen jenter mellom 15 og 20 år som får diagnostisert en psykisk lidelse har økt med 40 prosent på fem år (Folkehelseinstituttet, 2018). Data fra Norsk pasientregister viser at det i 2016 var anslagsvis 55 500 pasienter som ble behandlet i psykiske helsevern for barn og unge (Krogh, Indergård, Solbakken & Urfjell, 2017). Av disse hadde 3179 behov for døgnopphold i psykiatrisk avdeling (ibid.).

Ungdom som får behandling i psykisk helsevern for barn og unge har rett til å medvirke i egen behandling. Melby, Ådnes, Kaasbøll, Kasteng & Ose (2017) mener at ungdommer er flinke til å fortelle hva de trenger når de blir lyttet til, og at brukermedvirkning derfor den viktigste suksessfaktoren i møte med barn og unge som sliter.

Det foreligger en rekke offentlige føringer på at brukere av helsetjenesten skal ta større del i egen behandling. På bakgrunn av Stortingsmelding 25 (Sosial- og helsedepartementet, 1997) utarbeidet Regjeringen Opptappingsplanen for psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Opptappingsplanen har resultert i at brukerne i større grad blir hørt, men evalueringsrapporten bekrefter imidlertid at det er et godt stykke igjen for å nå dens intensjoner om å styrke brukeren og brukerens stilling (Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2009). I tillegg til opptappingsplanen foreligger det flere føringer fra statlig hold når det gjelder implementering av brukermedvirkning i norsk helsevern, blant annet «Pasienten først!» (NOU 1997:2), «...og bedre skal det bli...» (Sosial og helsedirektoratet, 2005), «Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet» (NOU 2011:9) og Folkehelsemeldingen- mestring og muligheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Også gjennom lovverk har myndighetene lagt sterke føringer for brukermedvirkning i helsetjenesten. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet som er å finne i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1). Barn og unges rettigheter til uttalelse spesifiserer i lovens paragraf 4-4. Dette er i tråd med FNs barnekonvensjon Art.12 som fremhever barns uttalelsesrett (Menneskerettsloven, 1999). Vektlegging av personsentrerte tjenester og aktiv involvering av brukere på individnivå og systemnivå er også nedfelt i Mental Health Action Plan for Europe (WHO) (Helsedirektoratet, 2015).

Hva angår barn og unge i Norge, ble det etter de første årene av Opptappingsplanperioden klart at det var behov for økt fokus på denne målgruppen (Sverdrup m.fl., 2007). Dette resulterte i at regjeringen i 2003 utgav en strategiplan for barn og unges psykiske helse «...sammen for psykisk helse...» (ibid.). I planen forutsettes det at brukermedvirkning og samordning av tilbudet også gjelder barn og unge. I tillegg understrekes det at barn og unge skal tas på alvor og møtes med respekt og verdighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Andre offentlige dokumenter som fokuserer på unges medvirkning i helsetjenesten er «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» (Sosial- og helsedirektoratet, 2007), «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) og «Ungdom, makt og medvirkning» (NOU 2011:20).

Brukermedvirkning har vært en av de viktigste politiske føringene for psykisk helsearbeid (Napha, 2010). Selv om mye er oppnådd innen psykisk helsevern de siste årene, som at flere barn og unge får tilbud om helsetjenester, er det store regionale forskjeller i helsetilbudet og i omfang av brukermedvirkning (Sverdrup, 2009). Dogra (2005) fremhever at unge mennesker vil investere i tjenesteutvikling når vi effektivt lytter til hva de sier og handler ut i fra deres behov – når dette er mulig. Hvis helsepersonell ikke involverer ungdommer i beslutninger som angår dem, kan man aldri virkelig vite hva de ønsker av de psykiske helsetjenestene. Det er imidlertid begrenset forskningsbasert kunnskap om brukermedvirkning for ungdom i psykiatrien. Sverdrup (2009) påpeker at vi vet for lite om hvordan de best kan involveres som aktive deltakere i egen behandling. En lang rekke ytterligere spørsmålsstillinger bør vurderes. På hvilke måter skal ungdom involveres i sin behandling og i hvilke faser av behandlingen? Hvilken informasjon får ungdom om sine om rettigheter og om brukermedvirkning i

behandlingen? Skal brukermedvirkningen på noen måte tilpasses ungdommen avhengig av for eksempel sykdom, prognose og etnisitet? Hvor langt skal ungdoms rett til å delta i beslutninger strekke seg? Hva skal pårørendes rolle være i brukermedvirkning og behandling? Hvordan virker samordning av behandling både innad i helsetjenesten og mellom ulike tjenester (for eksempel med barnevernet)? Dette er ingen fullstendig oversikt, men illustrer noen problemstillinger som er viktige for å kvalitetssikre brukermedvirkning for ungdoms psykiske helse. Det er viktig at vi får mer forskningsbasert kunnskap om brukermedvirkning, slik at vi kan effektivisere tjenestene i forhold til barn og unge, også i akuttpsykiatrien. Vi vil nå ta et kort blikk på noe av den forskningen som finnes innenfor feltet brukermedvirkning for psykisk helse.

## **1.2 Tidligere forskning**

Ved et innledende søk i litteraturen fant jeg begrenset omfang av forskning som fokuserer på brukermedvirkning knyttet til psykisk helse, og enda mindre som fokuserer spesifikt på ungdom. Tidligere forskning viser at pasienter etterspør mer involvering i planlegging og gjennomføring av egen behandling (Walsh & Boyle, 2009; Hill & Laugharne, 2009; Klausen m.fl, 2017). Det er imidlertid ikke enkelt å involvere voksne pasienter innenfor psykisk helsevern (Storm & Davidson, 2010; Daremo & Haglund, 2008; Wiig m.fl, 2013). En litteraturstudie av Angel & Frederiksen (2015) fant at utfordringene med brukermedvirkning i klinisk sykepleie skyldtes forholdet mellom pasient og sykepleier, tid med pasienten, alder og alvorlighetsgrad av sykdom. Den innebygde forskjellen i situasjon og kunnskap hos helsepersonell og pasient gjorde forholdet utfordrende, og var til hinder for deltakelse i sin ideelle form. Graden av brukermedvirkning i Europa varierer, men er ikke systematisk kartlagt.

Selv om barn og unge har en lovfestet rett til medvirkning i sin egen behandling, viser forskning at barns stemme ikke alltid blir hørt. Coad & Shaw (2008) rapporterte i sin litteraturstudie at barn og unge ønsket mer innflytelse i planlegging og gjennomføring av helsetjenester. Gitt valget, var de både i stand og villige til å ta beslutninger. Dette bekreftes i en annen litteraturstudie (Dogra 2005), men denne viste at det forelå begrenset med forskning som utforsket unges perspektiv på psykiatriske helsetjenester. Coyne m.fl. (2015) har undersøkt ungdoms og foreldres perspektiver på brukermedvirkning i psykisk helsevern for barn og unge i Irland. De fant at de som ikke

var fornøyd med tjenestetilbudet, etterspurte mer informasjon og en større grad av involvering i beslutningstaking. De fant også forholdet mellom ungdom og helsepersonell for å være avgjørende for en positiv erfaring med helsetjenesten.

Richter, Halliday, Grømer & Dybdahl (2009) undersøkte helsepersonells perspektiv på brukermedvirkning i psykiske helsetjenester for barn og unge i Norge, sammenlignet med andre land i Europa. Sammenlignet med Storbritannia og New Zealand, var helsepersonell i Norge bedre informert om hva brukermedvirkning kunne innebære. Funn tydet på at flertallet av de ansatte hadde en positiv holdning til brukermedvirkning. Eksisterende forskning tyder på at det er mange ubesvarte spørsmål knyttet til brukermedvirkning for ungdoms psykiske helse, og nær sagt ingen forskning innenfor konteksten av akuttpsykiatrisk behandling.

### **1.3 Studiens hensikt**

Studiens hensikt er å bidra med kunnskap om ungdoms opplevelser med og perspektiver på brukermedvirkning innenfor psykiatrisk sengepost. En kvalitativ intervjustudie skal gi bedre forståelse av ungdoms perspektiver og erfaringer med brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Ungdomspsykiatrisk sengepost på Stavanger universitetssjukehus benytter et spørreskjema for evaluering av ungdommenes erfaringer med oppholdet, men dette skjemaet evaluerer i svært begrenset grad brukermedvirkning. Hensikten med studien er derfor også å vurdere om et spørreskjema som har fokus på brukermedvirkning vil kunne brukes og være til nytte i rutinemessig praksis. En sammenligning av resultatene med forskning identifisert gjennom en systematisk litteraturstudie vil gi ytterligere grunnlag for å lære om ungdommers opplevelser fra psykiatrisk sengepost. Den samlede kunnskapen kan være et viktig ledd i kvalitetssikringen av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost.

### **1.4 Problemstilling/forskningsspørsmål**

Forskningsspørsmålene i dette prosjektet er:

- Hvordan opplever ungdom brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost?
- Hva er deres perspektiver på brukermedvirkning i sengeposten?

- Hvordan samsvarer et spørreskjema om brukermedvirkning med ungdommenes beskrivelser i kvalitative intervju?
- Hva er erfaringene med brukermedvirkning i psykiatrisk sengepost for ungdom i henhold til eksisterende forskningsbasert litteratur?
- På hvilke måter samsvarer, utfyller eller motsier resultatene fra intervjustudien og spørreundersøkelsen med hverandre, og med resultatene i eksisterende forskning?

### 1.5 Begrepsavklaring

*Psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige (PH-BURA) sengepost ungdom* må i denne oppgaven forstås som en akutt allmennpsykiatrisk sengepost for ungdom i alderen fra 13 til og med 18 år. Det er en behandlende avdeling med døgnopphold for ungdom med psykiske lidelser i en akutfase. Akuttavdelinger er ikke klart differensiert etter diagnose og lengden på opphold kan variere fra en dag til flere måneder.

*Pasient* defineres i pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-3a som "en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle". Begrepet *bruker* erstatter vanligvis begrepene pasient og klient, og gjelder den som mottar eller ber om helsehjelp (Hanssen, Humerfelt, Kjellevold, Nordheim & Sommerseth, 2015). I denne studien vil begrepene *bruker* og *pasient* bli brukt om hverandre, og omhandler den som mottar behandling i en ungdomspsykiatrisk sengepost.

Med *ungdom* i denne studien menes dem i alderen fra 13 til og med 18 år. Det finnes en rekke ulike definisjoner på ungdom. Alle samfunn vedkjenner at det er forskjell mellom å være barn og bli voksen, men hvordan denne overgangen er definert er forskjellig mellom kulturer (WHO, u.å.). I Norge regner man overgangen fra barneskole til ungdomsskole som et skifte fra å være barn til å være ungdom, rundt alderen 12 eller 13år (Ung.no, u.å.). Rettslig regner man en person i Norge for å være voksen ved fylte 18 år (Tønnesson & Svartdal, 2013).

*Brukermedvirkning* vil være et sentralt begrep i oppgaven og defineres av Hanssen m.fl. (2015, s.30) som "en relasjon mellom tjenestemottakere og tjenesteutøvere, der den som mottar helse- og omsorgstjenester og/eller velferdstjenester, involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår egen helse og velferd".

## **2.0 TEORETISK PERSPEKTIV**

Oppgaven har en teoretisk forankring i brukermedvirkning med fokus på pasientsentrert-, personsentrert- og personstyrt omsorg.

### **2.1 Pasientsenteret omsorg**

Pasientsentrert omsorg har til hensikt å sikre at helsetjenesten «respekterer og responderer på individuelle pasientpreferanser, behov og verdier, og å sikre at pasientens verdier styrer alle kliniske avgjørelser» (Coulter, 2011, s.14). I 1952 anerkjente arbeidet til Hildegard Peplau den helbredene effekten til det mellommenneskelige sykepleier-pasientforholdet i psykiatrisk sykepleie (Wills, 2010). Hun understrekte de delte opplevelsene til sykepleier og pasient, og sykepleiere som engasjerte seg i partnerskap med pasientene, i motsetning til pasienter som passivt mottok behandling.

Utviklingen av konseptet pasientsentrert er nært knyttet til den biomedisinske modellens begrensninger. Den tradisjonelle biomedisinske modellen i helsevesenet bestod av å evaluere symptomer, foreskrive behandling og vurdere utfall – som oftest med en lege som tok beslutningene (Lines, Lepore & Wiener, 2015). I de senere årene har det vært et tydelig skifte bort fra paternalistiske måter å tenke på pasientens rolle, til å se på pasienter som aktive deltakere i egen behandling (Coulter, 2011). Prinsippet er som følger: «Ingenting om meg uten meg» (ibid., s.14).

Mead & Bower (2000) har utført en litteraturstudie på pasientsentrert i medisinsk behandling og lege-pasientforhold. I korte trekk fant de at følgende fem nøkkeldimensjoner skiller pasientsentrert medisin fra den biomedisinske modellen: biopsykososialt perspektiv, «pasienten som en person», delt makt og ansvar, terapeutisk allianse og «doktor som en person». Oppsummert er dimensjonene av pasientsentrert opptatt av å forstå pasientens individuelle opplevelser av sykdom innenfor et bredt biopsykososialt rammeverk. Særlig vektlegges forholdet mellom lege og pasient samt legens personlige egenskaper. Pasienter rapporterer å verdsette tilstrekkelig informasjon og tid, å bli behandlet som enkeltpersoner, samt å bli involvert i beslutningsprosesser.

Pasientsentrerte tilnærminger anses i økende grad som avgjørende for levering av helsetjenester av høy kvalitet. Hovedutfordringen er imidlertid hvordan man skal omfavne det beste av evidensbasert medisin, samtidig som man fokuserer på pasienters individuelle og følelsesmessige behov (Coulter, 2011).

## **2.2 Personsentrert omsorg**

Begrepet personsentrert omsorg har sin opprinnelse i arbeidet til Carl Rogers, som fokuserte på individuell personlig erfaring som grunnlag og standard for terapeutisk effekt (Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2017). I 1988 innførte Tom Kitwood begrepet i tilknytning til omsorg for personer med demens (ibid.). Hensikten var å forbedre den daværende demensomsorgspraksis, som han mente fokuserte utelukkende på behandling av sykdom. Han fremhevet at vi i møtet med mennesker var nødt til å se mennesket bak sykdommen. Kjernen i personsentrert omsorg betegner han for å være *selfhood* eller *selvet* – hvem vi er, våre verdier og overbevisninger. Den eneste måten å sikre selvet på er gjennom et gjensidig anerkjennende, respekterende og tillitsfullt forhold. Ifølge Entwistle & Watt (2013) foreligger det en rekke ulike definisjoner og positive karakteriseringer av personsentrert omsorg. De mener likevel at alle disse kan relateres til en overordnet etisk idé om at pasienter skal *behandles som personer*.

Begrepsmessig har personsentrert- og pasientsentrert omsorg flere likhetstrekk, som gjør at flere studier velger å omtale dem begge under samme begrep. Lines, Lepore & Wiener (2015) mener derimot at det er en forskjell, og at personsentrert omsorg skiller seg fra pasientsentrert omsorg ved at helsetjenesten fokuserer på hele personen, ikke kun hans eller hennes medisinske tilstand. I tillegg til diagnose, fysiske og medisinske behov, vektlegger en i personsentrert omsorg også sosiale, mentale, emosjonelle og spirituelle behov. En viktig komponent av personsentrert omsorg inkluderer å bruke detaljert kunnskap om den enkelte til å skreddersy omsorg, og maksimere valg og autonomi (ibid.). Verdiene i personsentrert omsorg er å finne igjen i opptrappingsplanen for psykiske helse. Det understrekes i planen at behandlingen skal gis på grunn av en helhetlig forståelse av mennesket som et individ som påvirkes av biologiske, psykologiske, sosiale og åndelige forhold (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998; Herheim & Langholm, 2012)



### 2.3 Personstyrt omsorg

En helsetjeneste som gir personstyrt omsorg, gir enkeltpersoner kontroll over avgjørelser om deres behandling (Lines, Lepore & Wiener, 2015). Brukerstyring betegnes for å være den høyeste graden av medvirkning, hvor brukeren selv kan uforme og/eller bruke tjenestetilbudet ut fra egne behov (Herheim & Langholm, 2012; Helsedirektoratet, 2017). Brukerstyrte tilbud innebærer et større ansvar for pasient og bruker, og samtidig en ansvarsfraskrivelse fra helsepersonellens side (Storm, 2009). Arnstein (1969) trekker frem at det er en stor forskjell mellom å gå gjennom de tomme ritualene av deltakelse og å ha den nødvendige makten til å påvirke utfallet av prosessen. Deltakelse uten makt, er med andre ord meningsløst i henhold til Arnstein.

Et eksempel på brukerstyrt omsorg i psykisk helsevern, er brukerstyrte plasser som i dag tilbys ved de aller fleste distriktpsikiatriske sentrene i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). Ordningen tar utgangspunkt i en avtale med den enkelte pasient om selv å beslutte innleggelse for inntil fem døgn når pasienten kjenner behov for det. Erfaringer viser at antallet akutt- og tvangsinnleggelser går ned når en har brukerstyrte plasser, samtidig som ordningen verdsettes høyt av brukerne (ibid.; Halvorsen, 2011). Det er dokumentert at effekten av behandling som regel blir bedre når en selv har vært med på beslutningen om behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016). Storm (2009) peker på at det for de fleste brukere av psykiatriske helsetjenester vil være mer realistisk å ha kontroll på enkelte området i livet, fremfor full styring. En fase mellom partnerskap og kontroll, hvor de ikke er ansvarlige for egen behandling. Det kan se ut som at de brukerstyrte plassene ved DPS møter dette behovet, da en har kontroll over innleggelsestidspunkt. Behandlingen vil derimot fremdeles foregå i partnerskap med helsepersonell.

Pasientsentrert omsorg, personsentrert omsorg og pasientstyrt omsorg omhandler alle en helsetjeneste som er lydhør ovenfor pasienters ønsker og behov. Anvendelse av slike tilnærminger i ungdomspsykiatrisk akuttpost vil innebære at helsetjenesten er opptatt av hele mennesket og lydhør for individuelle behov. De tre tilnærmingene oppmuntrer alle til at pasienter skal involveres i egen behandling og gir dermed en sammenheng for brukermedvirkning, men hvor pasientsentrert omsorg åpner for at pasienten får en mer aktiv rolle i egen behandling, åpner personsentrert omsorg og personstyrt omsorg for et

mer helhetlig menneskesyn, hvor det også tas hensyn til pasientenes fysiske, følelsesmessige og sosiale behov – utover medisinsk tilstand.

## 2.4 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning inkluderer en rekke forskjellige perspektiver: fra aktiv deltakelse på individnivå til tjenestepanlegging og deltakelse på systemnivå (Klausen, 2016).

Brukermedvirkning på *individnivå* kan sies å være den relasjonen mellom bruker og fagperson hvor brukeren involveres, deltar aktivt og har innflytelse på beslutninger som angår en selv (Hanssen m.fl, 2015). Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med brukeren, og det er et mål at han eller hun opplever best tenkelig medvirkning i forhold til sine ønsker og forutsetninger (ibid.). Hanssen m.fl. (2015) utdyper at brukermedvirkning videre må forstås for å være en dynamisk prosess, der brukerens og fagpersonens synspunkter og argumenter leder frem til en begrunnet og faglig forsvarlig beslutning. Dette innebærer at brukeren både har et medansvar og en medbestemmelse i relasjonen med helsepersonell.

I tillegg til den enkeltes muligheter for innflytelse på egen behandling, innebærer brukermedvirkning også å sikre at brukerne blir hørt og har innflytelse på utformingen av tjenestene på *systemnivå*. Det kan blant annet gjøres ved å invitere brukere til å delta i forskningsarbeid, spørreskjemaundersøkelser og i utdanning og opplæring av helsepersonell (Storm, 2009). Brukerrepresentanter og brukerorganisasjoner utgjør en viktig del av brukermedvirkningen på systemnivå, og de regionale helseforetakene i Norge er forpliktet til å ha brukerutvalg som skal tas med på råd før det blir fattet beslutninger (ibid.). Det psykiske helsevernet for barn og unge skal være kunnskaps- og erfaringsbasert, og brukererfaringer er en integrert del av kunnskapsgrunnlaget (Helsedirektoratet, 2008). Brukerutvalg blir dermed bindeleddet mellom helse og organisasjon, og bidrar til organisasjonsutvikling og samhandling.

Pasienter som medvirker i egen behandling lærer seg å mestre egen livssituasjon, og blir som et resultat av dette mindre avhengige av helsetjenesten (Storm, 2009). En like viktig intensjon ved brukermedvirkning er at tjenestebrukernes erfaringer er med å påvirker helsetjenestens utvikling (ibid.). Brukermedvirkning åpner dermed for at

pasienter skal kunne påvirke utformingen av tjenestene både på individnivå og systemnivå.

Innenfor psykisk helsevern vil brukermedvirkning for de fleste være en prosess som har til hensikt å oppnå størst mulig grad av brukerstyring og mestring for brukeren, for at han eller hun skal kunne leve med sin psykiske lidelse og delta i samfunnet (Storm, 2009). Dersom brukeren i større grad kan påvirke sine omgivelser gjennom egne valg og ressurser, vil dette kunne ha en positiv effekt på selvbildet og dermed styrke brukerens motivasjon i behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Mange brukere i psykisk helsevern opplever derimot avmaktfølelse i møte med helsetjenesten, og det meldes om store forskjeller i hvordan brukerinnflytelse praktiseres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016).

#### **2.4.1 Empowerment**

Innenfor helse- og sosialtjenesten ses brukermedvirkning ofte i sammenheng med empowerment. Empowerment har sine ideologiske røtter i 1960-årenes radikale strømninger, preget av opprør og handling for å endre eksisterende maktstrukturer (Storm, 2009). Begrepsmessig kan *power* oversettes med både styrke, kraft og makt (Askheim, 2016). Dermed knyttes empowerment-tilnærmingen til individer og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme seg ut av avmakten (ibid.).

Empowerment-tradisjonen forbindes ofte med Paolo Freire og hans bok *De undertryktes pedagogikk* (1974) (Askheim, 2016). Freire hadde et brennende engasjement for de fattige og undertrykte i Brasil, og mente blant annet at undertrykkelse var et resultat av at de undertrykte så på seg selv som objekter, påvirket og styrt av omgivelsene, og ikke handlende subjekter med evne til å påvirke verden. Tanken er at man ved å utvikle en forståelse for at det er mulig å ta kontroll over eget liv - kan få makt til å styre egen fremtid.

På samme måte som med brukermedvirkning, deles også empowerment inn i ulike tilnærminger. Motmaktstilnærmingen er opptatt av hvordan samfunnsmessige forhold innvirker på personer og gruppers livssituasjon, mens individorienterte tilnærminger er

opptatt av hvordan det enkelte individ kan styrkes uten at dette settes inn i en samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2016). Fellestrekk i begge tilnærminger er et positivt syn på mennesket som et aktivt og handlende individ, som vil og kan sitt eget beste hvis forholdene legges til rette for det (ibid.). Empowerment forutsetter brukermedvirkning på alle nivåer, og kontroll over eget liv og utvikling har en positiv innvirkning på psykisk helse (Fitzsimons & Fuller, 2002). Avhengighet, umyndiggjøring og maktesløshet har til motsetning en negativ påvirkning på psykisk helse (ibid.).

Mennesker med psykiske lidelser opplever ofte skam og ydmykelse, og det rapporteres fra brukere at de har vansker med å få innflytelse på eget tjenestetilbud og på tjenestene på systemnivå (Askheim, 2016). De opplever at det de sier og gjør ikke blir tatt på alvor, da det fortolkes som del av deres psykiske diagnose eller lidelse (ibid.). Askheim (2016) trekker frem at det av den grunn er særlig viktig at denne gruppen blir representert i brukerorganisasjoner, hvor det skapes et samarbeid basert på reell medvirkning og gjensidig respekt.

Storm (2009) peker på at selv om brukermedvirkning kan knyttes til empowerment, og deltakelse og medvirkning er essensielle aspekt ved tilnærmingen, er ikke nødvendigvis brukermedvirkning ensbetydende med empowerment (Storm, 2009). I psykiatriske institusjoner kan brukermedvirkning være avgrenset til å gjelde den enkelte pasients deltakelse i bestemte og avgrensede situasjoner. Denne deltakelsen kan skje på helsepersonellens prinsipper, basert på vurderinger av hva som er «best» for pasienten. En pasient som sikres medvirkning og innflytelse i utformingen av tjenesten på en slik måte, har brukermedvirkning, men er ikke nødvendigvis «empowered» i ideologisk og politisk forstand. Brukermedvirkning er likevel et viktig og absolutt nødvendig skritt på veien for å bli «empowered».

#### **2.4.2 Mestringstro (self-efficacy)**

Nærliggende empowerment, er Banduras (1997) begrep *self-efficacy* som omhandler tillit til egen evne til å mestre utfordrende situasjoner (Brumoen, 2010). Begrepet kan oversettes til norsk på flere måter; blant annet selvtro, mestringstro og mestringsevne (ibid.). I denne studien velger jeg å bruke begrepet mestringstro.

Ifølge Bandura (1997) påvirkes vår mestringstro av fire faktorer: erfaring, andres suksess (vicarious experience), tilbakemelding (social persuasion) og fysiologiske faktorer. Tidligere erfaringer med mestring er den viktigste faktoren som bestemmer en persons mestringstro. Hvor suksess øker mestringstroen, vil svikt senke den. Å se andre lykkes er også en viktig faktor for å øke mestringstro. Bandura presiserer at prosessen vil være mest effektiv hvis vi sammenligner oss med andre som vi anser oss selv å være like. Mestringstro blir videre påvirket av tilbakemeldinger, både positive og negative. Her trekkes det frem at negative tilbakemeldinger generelt i større grad svekker vår mestringstro enn positive tilbakemeldinger styrker den. Den siste faktoren omhandler fysiologiske faktorer, hvordan vi tolker og håndterer våre følelser og tanker. For eksempel kan det å "få sommerfugler i magen" før et fremlegg for en person med lav mestringstro tolkes som tegn på manglende evne. En med høy mestringstro kan i motsetning tolke de samme følelsene som normale og ikke relatert til sine evner.

I en studie av Friestad og Hansen (2005) fant de at psykiatrisk behandling i fengsel måtte kombineres med forsøk på å bedre de innsattes tro på mestring og opplevelse av kontroll. Mestringstro ble styrket gjennom opplevelsen av at de innsatte selv kunne utgjøre en forskjell og at deres egne handlinger kunne føre til forandring. Connolly (1989) sammenlignet mestringstro blant ungdommer i videregående skole og inneliggende ungdom i en psykiatrisk avdeling ved bruk av «The Adolescent Social Self-Efficacy Scale». Resultatene tydet på at ungdom i psykiatrisk avdeling hadde lavere mestringstro og selvtillit enn ungdom i videregående skolene.

Det er sirkulære sammenhenger mellom selvbilde og psykisk sykdom (Bjørvik, 2009). Ved å fokusere på ungdommenes mestringstro kan vi være med på å styrke selvbildet deres og lære dem å håndtere følelser og tanker på en mer konstruktiv måte. Dette kan videre være en styrke for deres deltakelse i egen behandling, da de vil ha en tro på seg selv at de har noe å bidra med og at de kan ta gode valg som omhandler dem selv. Sett i lys av empowerment tilnærmingen, kan også det å styrke den enkelte innenfor psykiatrien bidra til å styrke dem som en gruppe i samfunnsmessig kontekst (Askheim, 2016).

## **3.0 METODE**

### **3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv**

Studien er forankret i både humanvitenskapenes og naturvitenskapenes tradisjoner. Kvalitative tilnærminger har sitt roffeste i humanvitenskapenes tradisjon, og dreier seg om å søke kunnskap og innsikt gjennom forståelse og fortolkning (Thomassen, 2016). Gjennom meningsfortolkning av kvalitative intervju undersøkes informantenes opplevelser av brukervedvirkning (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette er i tråd med sosialkonstruktivistisk tenkning der kunnskap oppstår sosialt, gjennom interaksjon mellom individer (Thomassen, 2016), her mellom intervjueren og intervjupersonene (Kvale & Brinkmann, 2009). Studien må videre forstås som å være inspirert av et fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsperspektiv. Fenomenologi handler om å forstå sosiale fenomener ut fra menneskers subjektive erfaringer (Malterud, 2017). Hermeneutikk handler om tolkning av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse (ibid.).

Kvantitative tilnærminger med mer positivistisk tenking, og kvalitative metoder som gjerne blir forstått som konstruktivistiske, blir ofte oppfattet som kontraster til hverandre (Thomassen, 2016; Bjørndal & Hofoss, 2008). Jeg har valgt en pragmatisk tilnærming der jeg utnytter styrkene ved å kombinere ulike metoder (Larsen, 2008). Gjennom metodetrianglering får studien mer dybde og bredde enn hvis det kun hadde blitt benyttet én tilnærming. Dette kan gi mulighet for å forstå dataene bedre ved at data samlet med den ene metoden kan bekrefte, motsi eller utfylle dataene samlet inn med en annen tilnærming. For eksempel kan dette gi mulighet til å evaluere på hvilke måter et spørreskjema som evaluerer ungdoms erfaringer med brukervedvirkning under oppholdet på ungdomspsykiatrisk sengepost dekker de ulike beskrivelsene ungdommene gir i en kvalitativ intervjustudie.

### **3.2 Design: Kvalitativ intervjustudie, spørreskjemaundersøkelse og systematisk litteraturstudie**

Ifølge Drageset & Ellingsen (2009) må en velge datainnsamlingsstrategi ut ifra forskningsspørsmålet. Ved å kombinere ulike metoder i ett og samme prosjekt kan vi

utvikle bredere kunnskap enn om vi bare utforsker feltet fra en kant (Malterud, 2017). I denne studien ble dette gjort fra tre synsvinkler: kvalitative intervjuer, spørreskjemaundersøkelse og systematisk litteraturstudie. Den kvalitative delen av studiet ble gjennomført for å undersøke ungdommers opplevelser med og perspektiver på brukervedvirkning i sengepost. Gjennom individuelle intervju ble det mulig å oppnå mer dybde og forståelse sammenlignet med de dataene som ble samlet inn ved bruk av spørreskjemaet. Siden spørreskjemaet, som bestod av spørsmål fra ulike utfallsmål, ikke har blitt prøvd ut i denne form på pasienter tidligere, var det usikkert om dette instrumentet ville være egnet til å evaluere brukervedvirkning i en akuttpsykiatrisk sengepost for ungdom. Intervjuene bidro derfor ved å gjøre det mulig å vurdere om det kanskje kan være behov for justeringer av spørreskjemaet. Data fra intervjuene ble brukt for å teste umiddelbar validitet (*face validity*) av spørreskjemaet ut fra ungdommenes perspektiver. Det var også planlagt å teste innholdsvaliditet (*content validity*) ved å se på hvorvidt måleredskapet inkluderte alle relevante aspekter av brukervedvirkning, men grunnet lavt deltakerantall lot dette seg ikke gjennomføre. Studien gir derfor et første innblikk i umiddelbar validitet av spørreskjemaet. Det at utvalget ble så lite var også en grunn til at det ble besluttet å gjennomføre en systematisk litteraturstudie i tillegg. Resultatene av litteraturstudien ble sammenlignet med resultatene av den kvalitative studien.

### 3.3 Utvalg

Inneliggende pasienter i ungdomspsykiatrisk sengepost har erfaringer som kan være viktige for videreutviklingen og kvalitetssikringen av tjenestetilbudet. For å få svar på problemstillingene ble individuelle semistrukturerte intervju og en spørreskjemaundersøkelse utført med ungdom som var inneliggende ved PH-BURA sengepost ungdom ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). Følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier ble utarbeidet:

#### Inklusjonskriterier:

- Inneliggende pasienter ved PH-BURA sengepost ungdom
- Ungdom mellom 16-18 år

### Ekklusjonskriterier:

- Ungdom som ble vurdert av helsepersonell på avdelingen for ikke å være samtykkekompetente eller hvor intervjuet ble vurdert for å kunne være en belastning for ungdommen

### **3.3.1 Rekruttering**

Forespørsel om tilgang til forskningsfeltet ble avklart med ledelsen i PH-BURA sengepost ungdom. Informasjon om masterstudien ble gitt til alle ansatte ved presentasjon på personalmøte og skriftlig gjennom e-post. Rekrutteringen foregikk i sengepost ungdom, gjennom helsepersonell. Helsepersonell informerte aktuelle deltakere om studien og delte ut informasjonsskriv, med skjema for informert samtykke. Det var ikke nødvendig å innhente samtykke fra foreldrene, da informantene hadde fylt 16 år. Ved å la helsepersonell gjøre henvendelsen om deltakelse, ble det sikret en helsefaglig vurdering av om ungdommen ville være i stand til å gjennomføre intervju og spørreskjemaundersøkelse.

For å få størst mulig bredde- og dybdekunnskap var det opprinnelig planlagt å gjøre et strategisk utvalg, med deltakere med ulike karakteristika som kjønn, alder (16, 17 og 18 år), innleggelsesårsak og lengde på oppholdet på sengeposten (Polit & Beck, 2016). Et strategisk utvalg med variasjonsbredde ville gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2017). Men for å unngå at det ble gjort selektering fra helsepersonellens side, ble alle ungdommene som tilfredsstilte inklusjonskriteriene forespurt om deltakelse.

Det er vanskelig å forutsi varighet på hver enkelt innleggelse i ungdomspsykiatrisk akuttpost. Noen ungdommer er innlagt i underkant av ett døgn, andre i flere måneder. Ettersom det var ønskelig at ungdommene hadde noe erfaring med brukermedvirkning fra sengeposten, ble det forsøkt å rekruttere dem som hadde vært innlagt i minst en uke. Det viste seg derimot utfordrende å rekruttere informanter, og ble av den grunn også åpnet for å inkludere ungdom som hadde vært innlagt i en kortere periode. Andre har funnet at en varighet på tre dager er tilstrekkelig for at deltakerne skal kunne gi et informativt bilde av behandlingen de har mottatt (Lebow, 1984). Ungdommene i studien hadde en varighet på innleggelsen som varierte fra fem til 26 dager.



I rekrutteringsperioden fra november 2017 til mars 2018 ble samtlige ni ungdommer som tilfredsstilte inklusjonskriterinene forespurt om deltakelse i studien. Fire takket ja til å delta, mens fem takket nei. To ønsket ikke å delta fordi intervjuet skulle tas opp på bånd, en sa hun hadde "ikke tid", mens det er uklart hvorfor de siste to ikke ønsket å delta. Grunnet lavere rekruttering enn opprinnelig planlagt (n=8) (Sørskår, 2017), besluttet jeg derfor i samråd med min veileder å gjøre en systematisk litteraturstudie i tillegg. Hensikten med dette var å få en oversikt over eksisterende forskningsbasert litteratur knyttet til brukermedvirkning for ungdom i psykiatrisk sengepost, og på den måten få ytterligere data som kunne sammenlignes med resultatene fra de kvalitative intervjuene. Ytterligere informasjon om den systematiske litteraturstudien presenteres i kapittel 4.0.

### **3.4 Datainnsamling**

Gjennomføringen av intervju og spørreskjemaundersøkelse gjøres rede for under samme avsnitt, da disse ble gjennomført i samme tidsrom og med de samme deltakerne.

Datainnsamlingen foregikk ved individuelle semistrukturerte intervju og spørreskjemaundersøkelser med fire informanter i tidsrommet november 2017 til februar 2018. Det ble ikke gitt noen form for kompensasjon eller godtgjørelse for deltakelse. Intervjuene ble gjennomført på et såkalt besøksrom/samtalerom på Stavanger Universitetssjukehus uten noen andre tilstede, slik at ungdommene kunne snakke uforstyrret. Spørreskjemaundersøkelsen ble utfylt enten på pasientrom eller i forbindelse med intervjuet. Hvert intervju startet med at jeg på nytt informerte kort om studien og mitt ansettelsesforhold i ungdomspsykiatrisk sengepost ved PH-BURA. Jeg vektla at jeg i intervjuene var i en forskerrolle og understreket at de når som helst i forskningsprosessen hadde mulighet til å trekke seg. De ble også informert om at jeg under intervjuene benyttet lydopptaker. Det var stor fleksibilitet i lengden på intervjuene, for å gi ungdommene den tid de ønsket og behøvde for å beskrive sine erfaringer og perspektiver. Det korteste intervjuet varte i 17 minutter og det lengste varte i 1 time og 18 minutter. Jeg transkriberte lydopptakene så raskt som mulig etter intervjuene. Malterud (2017) anbefaler at forskeren gjør transkriberingen selv, da det gir

mulighet til å gjenoppleve erfaringene fra datainnsamlingen og bli bedre kjent med materialet.

### **3.4.1 Intervjuguide**

Hensikten med kvalitative intervjuer er å utforske de temaer vi ønsker å få informasjon om (Thagaard, 2013). For å fokusere intervjusamtalene inn mot valgt tema ble det utarbeidet en egen intervjuguide som utgangspunkt for samtalene (vedlegg 3).

Innledningsvis ble ungdommen invitert til å fortelle om sine erfaringer med brukervedvirkning. Dette gav deltakerne muligheten til fritt å beskrive erfaringer som kunne være sentrale for å bidra til forståelsen av brukervedvirkning. Resten av spørsmålene var direkte knyttet opp mot problemstillingen og omhandlet ulike aspekter ved brukervedvirkning.

Intervjuguiden ble brukt som en "rettesnor" for intervjuene. I følge Malterud (2017) bør ikke intervjuguiden være for detaljert eller følges slavisk, men heller fungere som en huskeliste. Rekkefølgen på spørsmålene varierte etter hva ungdommene svarte og noen spørsmål måtte omformuleres til et mer muntlig språk. Et eksempel på dette var at «På hvilken måte deltar du i utformingen av din behandling?» ble endret til «På hvilken måte deltar du i behandlingen din?». Det ungdommene fortalte som kunne være relevant for problemstillingen ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål. For å være sikker på at deltakerne ble forstått riktig, ble det stilt avklarende spørsmål underveis i intervjuet slik at ungdommen kunne bekrefte eller korrigere min forståelse av hva de hadde sagt. Eksempel på et slikt spørsmål kunne være: «Forstår jeg deg rett at det er det eneste møtet du har vært med på?». Avslutningsvis oppsummerte jeg og gikk gjennom det jeg oppfattet som sentrale punkter som hadde kommet frem i løpet av samtalen og åpnet på den måten for at ungdommen kunne bekrefte min oppfattelse, korrigere den, eller gi utfyllende informasjon.

### **3.5 Utvikling av spørreskjema**

I denne studien var det opprinnelig tenkt å benytte et tilgjengelig og validert spørreskjema/utfallsmål som var relevant i forhold til problemstillingen. Som det går fram av litteraturgjennomgangen nedenfor, var det imidlertid ikke mulig å finne et

ferdig utviklet utfallsmål som var beregnet på det spesifikke fokuset og den spesifikke konteksten for denne studien.

### **3.5.1 Litteraturgjennomgang for å identifisere spørreskjemaer**

Jeg ønsket først og fremst å finne spørreskjemaer som omhandlet brukermedvirkning i psykisk helsevern for barn og unge og som hadde blitt brukt i en norsk kontekst, og som derfor også eksisterte på norsk. Det lyktes meg ikke å finne noen slike spørreskjemaer, men noen enkeltpørsmål i Kunnskapssenteret sitt spørreskjema om brukererfaringer i spesialisthelsetjenesten ble inkludert (Sjetne, Bjertnaes, Olsen, Iversen & Bukholm, 2009). Da jeg ikke hadde et fullstendig norsk spørreskjema som kunne fungere som prosjektets utfallsmål utførte jeg et søk i internasjonale databaser for å identifisere spørreskjema på andre språk. Søk ble gjennomført i mars 2017 i databasen PubMed. Søketråden som ble brukt var ((adolesc\* OR teen\* OR youth\*) AND (patient satisfaction\* OR patient experience\*) AND (survey\* OR questionair\*)). I tillegg ble tilsvarende begreper brukt i Google Scholar for å identifisere ytterligere artikler.

Det ble ikke funnet noen utfallsmål som var utviklet for å kartlegge brukermedvirkning hos inneliggende pasienter ved ungdomspsykiatrisk avdeling. Noen spørreskjema hadde imidlertid fokus på brukermedvirkning for pasientgrupper i ulike kontekster. Disse ble brukt som utgangspunkt for å utvikle spørreskjemaet som ble brukt i dette forskningsprosjektet.

### **3.5.2 Utvikling av spørreskjema**

Spørsmålene i spørreskjemaet ble hentet fra The Experience of Service Questionnaire (ESQ) (Brown, Ford, Deighton & Wolpert, 2014; Edbrooke-Childs m.fl, 2016), Evaluating and Quantifying User and Carer Involvement in Mental Health Care Planning (EQUIP) (Bee, Gibbons, Callaghan, Fraser & Lovell, 2016), Kunnskapssenteret sitt spørreskjema om brukererfaringer i spesialisthelsetjenesten (Sjetne, Bjertnaes, Olsen, Iversen & Bukholm, 2009) og et spørreskjema for å evaluere erfaringer for døgnpasienter ved PH-BURA. Sammen med veileder ble vi enige om hvilke spørsmål fra hvert spørreskjema som vi tenkte best mulig dekket fenomenet av interesse. Spørreskjemaet beskriver i stor grad tilfredshet med helsetjenesten, brukermedvirkning og herunder tilfredshet med behandlingsplan. Spørsmål hentet fra

engelskspråklige spørreskjema ble oversatt fra engelsk til norsk ved bruk av internasjonalt anerkjente retningslinjer (Wild m.fl., 2005). Tre personer oversatte uavhengig av hverandre spørreskjemaene fra engelsk til norsk. Oversettelsene ble deretter sammenlignet, og det ble nådd konsensus om en endelig versjon. Tilbakeoversetting til engelsk ble ikke utført grunnet utilstrekkelige ressurser (oversettere og tid).

### **3.5.3 Svaralternativer/ skala**

Spørreskjema inneholder 17 spørsmål med 7 faste svaralternativer. Svaralternativene tar utgangspunkt i en 7-punkts Likert skala med score fra +3 (helt enig) til -3 (helt uenig). Laveste totalscore er -51 og høyeste er 51. Høy skår med dette instrumentet viser at ungdommene er fornøyd med brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Spørsmål 13 gir svaralternativene ja, nei og vet ikke. Spørsmål 19, 20 og 21 er åpne spørsmål. Ifølge Jacobsen (2013) kan det være fornuftig å bruke åpne spørsmål enkelte steder, da dette kan frembringe nyttig tilleggsinformasjon.

### **3.6 Kvalitativ innholdsanalyse**

Kvalitativ innholdsanalyse er en metode som brukes for å analysere kvalitative data, som gir muligheter til å identifisere både et manifest og et latent innhold (Graneheim & Lundman, 2017). Det manifeste innholdet er tekstnært og beskrivende, mens det latente innholdet er fjernt fra teksten og tolkende (ibid.). Beskrivelsene og tolkningene kan anses for å være fenomenologiske og hermeneutiske tilnærminger til studiens objekter.

Det finnes ingen universelle regler for kvalitativ dataanalyse, og fraværet av standard prosedyrer gjør det utfordrende å forklare hvordan en går frem for å utføre analysen (Polit & Beck, 2016). Med inspirasjon fra Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse ble det laget en oppbygning og struktur som var anvendelig for å kunne analysere materialet, og som ikke var for avansert for en som utfører en kvalitativ intervjustudie for første gang. I det følgende presenteres analyseprosessen. Materialet ble lest flere ganger for å få oversikt over innholdet. Totalt sett gikk jeg gjennom intervjuene 25 ganger, inkludert prosessen med koding av dataene. Hvert enkelt intervju ble delt inn i meningsbærende enheter som deretter ble kondensert. I følge Graneheim

og Lundman (2004) er kondensering en nedkorting av teksten samtidig som kjernen eller hovedinnholdet beholdes. De kondenserte meningsbærende enhetene ble abstrahert til koder. Koder med felles innhold ble plassert i tema. I prosessen med å kode data gikk jeg flere ganger fram og tilbake mellom koder og transkripsjoner for å se om jeg tenkte at jeg kunne beholde kodene, justere dem, erstatte dem med andre koder, eller slå dem sammen med andre koder. Et tema refererte hovedsakelig til det beskrivende nivå av innholdet og er dermed først og fremst et uttrykk for det manifeste innholdet i teksten (ibid.). Det er imidlertid ikke mulig å "gjengi innholdet nøyaktig slik det var" da forskeren er "redskapet" som koder og tema utvikles gjennom. På denne måten er resultatene også tolkende og kan til en viss grad sees på som latente. Ut fra temaene fant jeg hovedtema. Temaene ble til slutt overskrifter i presentasjon av funnene.

Figur 1: Eksempel fra den kvalitative innholdsanalysen

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Kode	Tema	Hovedtema
Jeg føler jeg trenger litt mer tid, litt mer tid til å bli bedre. Men jeg føler ikke at jeg kan si det på en måte fordi det ikke spiller noen rolle [...] For jeg føler de kommer ikke til å høre på meg de kommer ikke til å ta meg seriøst liksom [...] Hvis jeg for eksempel hadde turt å sagt til noen "du jeg føler jeg kunne trengt å vært her litt lenger", at de på en måte ikke "Nei du skal ikke være her lenger" med en gang, at de kunne hørt på meg på en måte	Jeg føler jeg trenger mer tid til å bli bedre. Men føler ikke at jeg kan si det på en måte, fordi det ikke spiller noen rolle. De kommer ikke til å høre på meg, de kommer ikke til å ta meg seriøst	Ønske om forlenget innleggelse, men mangler tro på at blir hørt	Manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning	Faktorer som bidrar til å svekke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning

### **3.7 Troverdighet**

For at en studie skal ha relevans og bli ansett som troverdig, må den være pålitelig og gyldig (Drageset & Ellingsen, 2009). I det følgende kapittelet beskrives hvordan troverdigheten ble forsøkt ivaretatt i den kvalitative intervjustudien.

#### **3.7.1 Troverdighet i kvalitativ intervjustudie**

Det finnes ulike perspektiver på hvordan troverdighet av kvalitative studier kan evalueres. En mulig forståelse er gitt av Kvale og Brinkmann (2009) som sier at reliabilitet henviser til forskningsresultatenes pålitelighet og omhandler hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere. Studiens pålitelighet ivaretas ved at det gjøres rede for hele forskningsprosessen slik at leser har tilgang til denne. Reliabilitet er videre en forutsetning for validitet. Validitet handler om hvorvidt en studie undersøker det den er ment å undersøke (ibid.).

Validitet er i henhold til Kvale og Brinkmann (2009) ikke avgrenset til en spesiell undersøkelsesfase, men gjennomsyrrer hele forskningsprosessen. Studiens tema og forskningsspørsmålenes relevans påvirker gyldigheten, derfor gis det en grundig presentasjon av bakgrunn for valg av tema og foreliggende forskning (ibid.). Validitet har også å gjøre med intervjuets kvalitet. Dialogisk gyldighet kan styrkes ved at intervjuer underveis i intervjuene stiller avklarende spørsmål for å sjekke egen oppfatning (Malterud, 2017). Dette bidro til at råmaterialet i lydopptaket i denne studien i størst mulig grad representerte en felles forståelse mellom intervjuer og ungdommene om den historien som ble skapt (ibid.). Studiens pålitelighet blir videre ivaretatt ved at det gjøres en nøyaktig transkribering. Med unntak av ett lydopptak, ble det resterende datamaterialet gjennomgått av veileder, som sjekket nøyaktigheten av transkripsjonene. Dette bidro til kvalitetssikring av dataene. Grunnen til at veileder ikke sjekket det siste intervjuet var at denne ungdommen ikke ønsket at lydopptaket skulle bli hørt av andre enn intervjuer. Tolv avvik mellom intervjuers og veileders oppfatning av intervjuene ble funnet i transkripsjonene Etter diskusjon var det konsensus for samtlige avvik.

I følge Malterud (2017) kan et strategisk utvalg med vekt på mangfold bidra til å styrke den interne gyldigheten, da problemstillingen belyses fra ulike sider. Variasjon i

ungdommenes erfaringer, innleggelsesårsak, kjønn og alder bidro til at det ble beskrevet flere nyanser av samme fenomen, som førte til større bredde i datamaterialet. Det at kun fire ungdommer takket ja til deltakelse, betyr imidlertid at det var begrenset hvor stor breddekunnskap som det var mulig å få gjennom denne studien, hvilket er en svakhet ved denne studien. Flere deltakere ville gitt et rikere datamateriale og sannsynligvis mer nyanserte resultater. Grunnet tidspress og utfordringer med rekruttering var det ikke mulig å få gjennomført flere intervju.

### **3.7.2 Evaluering av spørreskjema**

I tillegg til at de kvalitative intervjuene med ungdommene gav informasjon om deres erfaringer og perspektiver, ble de brukt for å vurdere samsvar med spørreskjemaene som de ble bedt om å fylle ut. Resultatet av dette gir oss en mulighet til å evaluere umiddelbar validitet (face validity). Det innebærer en kvalitativ evaluering av hvordan måleinstrument ser ut til å måle hva det er ment å måle (Polit & Beck, 2016). Grunnet lite utvalg (n=4) var det ikke mulig å teste andre former for validitet og reliabilitet, som for eksempel *indre konsistens* ved bruk av coefficient alfa (Cronbach's alfa) (Drageset & Ellingsen, 2009), kriterievaliditet (criterion validity), begrepsvaliditet (construct validity) eller innholdsvaliditet (content validity) (Polit & Beck, 2016). I tillegg til at den kvalitative intervjustudien ble brukt for å evaluere umiddelbar validitet av spørreskjemaet, ble også svar på spørreskjemaene brukt for å vurdere om det var grunn til å stille spørsmålsteget ved noe av innholdet i intervjuene.

### **3.8 Forskningsetiske vurderinger**

Studien ble godkjent av personvernombudet for forskning ved Stavanger universitetssjukehus (SUS) (Vedlegg 1). Den ble i tillegg vurdert for ikke å være fremleggingspliktig av REK (2017/1625/REK Vest, vedlegg 2). Alle ungdommene gav skriftlig informert samtykke til deltakelse i studien.

I starten av intervjuene ble ungdommene gitt informasjon om formålet med studien, anonymisering, at deltakelsen ikke ville gi konsekvenser for behandlingen, at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg underveis. Ungdommene som deltok i studien ble alle i forkant av intervjuet vurdert for å være samtykkekompetente og alle var over 16 år. Det var av den grunn ikke nødvendig å innhente samtykke fra foresatte

(Helseforskningsloven, 2008, §17). For å ivareta informantenes anonymitet, ble personopplysninger eller andre sensitive opplysninger utelatt i transkripsjonene. Elektroniske data viste kun til referansenummer. Lydbånd, transkribert råmateriale, spørreskjema og samtykkeskjema ble oppbevart i låst enhet. Elektroniske data ble kryptert (VeraCrypt 1.18). Opptak bli slettet og samtykkeskjema makulert 1 år etter publisering av masteroppgaven.

Barn og unge er gradvis blitt mer likestilt andre kategorier informanter og stadig flere argumenterer for inkludering av barn i forskning (Strandbu & Thørnblad, 2010). En må likevel ta hensyn til at barn og unge med psykiske lidelser er å betrakte som en sårbar gruppe med særlige krav på beskyttelse i tråd med deres alder og behov (ibid.). Helsepersonell ved PH-BURA sengepost ungdom har av den grunn bidratt med å vurdere ungdommenes evne til deltakelse. De har også vært tilgjengelige for deltakerne både før, under og etter intervju. Det ble vurdert at alle de aktuelle ungdommene kunne gjennomføre intervju.

### **3.8.1 Forforståelse og forskning i eget praksisfelt**

De erfaringene, hypotesene, det faglige perspektivet og den teoretiske referanserammen jeg tok med meg inn i studien, utgjorde min forforståelse (Malterud, 2017).

Forforståelsen er en viktig side av vår drivkraft for å sette i gang med forskning omkring et bestemt tema, men kan også føre til at vi går inn i et prosjekt med skylapper og begrenset horisont (ibid.). Jeg har forsøkt å håndtere risiko for forforståelse og subjektivitet (Thagaard, 2013) gjennom refleksjoner og med bevissthet om mine kunnskaper og erfaringer fra ungdomspsykiatrisk sengepost. På denne måten kan forforståelsen min også bli en styrke i forskningsprosessen.

Studien jeg presenterer, er som tidligere nevnt, gjennomført på egen arbeidsplass hvor jeg er ansatt som miljøterapeut i en halv nattevaksstilling. Gjennom mitt arbeid har jeg erfart at ungdom ønsker å bli hørt og være deltakende i egen situasjon og behandling. Samtidig har jeg møtt flere som gir uttrykk for fortvilelse og frustrasjon rundt valg som blir tatt for dem, hvor de selv ikke har blitt hørt eller gitt reell mulighet for innvirkning.



Mine erfaringer fra feltet kan være et positivt bidrag i intervjuprosessen, da det gjør det mulig å møte ungdommene med forståelse for deres situasjon samt at jeg kan stille oppfølgings spørsmål jeg ellers ikke hadde tenkt på. På den andre siden kan det å forske i eget praksisfelt gjøre at jeg overser nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer (Thagaard, 2013.). Dette er forsøkt unngått ved at jeg har vært klar over min egen rolle, har gjort godt rede for alle prosessene ved innsamling av data i oppgaven samt at veileder har tatt del i transkriberings- og analyseprosessen.

En avgjørende faktor i vurderingen av om denne studien kunne gjennomføres på egen arbeidsplass med pasienter som informanter, var at jeg ikke stod eller hadde stått i et behandlingsforhold til ungdommene. Det kan også her være av betydning å nevne at min stillingsprosent utgjør én nattevakt i uken samt arbeid hver fjerde helg. Dette gjorde det i tillegg mulig å begrense kontakt med potensielle informanter i forkant av intervju, ved at kollegaer var kontaktpersoner for disse i mine vakter. Ingen av ungdommene gav uttrykk for at de syntes det var et problem at jeg var ansatt ved sengeposten

## **4.0 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE**

Da det viste seg å være utfordrende å rekruttere flere deltakere til studien, ble det tatt en beslutning om å utvide metoden til også å inkludere en systematisk litteraturstudie.

### **4.1 Hensikt**

Målet med litteraturstudien var å gi en oversikt over eksisterende forskning om ungdoms erfaringer med brukermedvirkning i psykiatrisk sengepost. I tillegg til at dette ville gi viktig forskningsbasert kunnskap i seg selv, ville det gjøre det mulig å sammenligne resultatene fra min kvalitative intervjustudie med annen evidens-basert kunnskap på dette feltet.

### **4.2 Fremgangsmåte**

Plan for den systematiske litteraturstudien ble utviklet i samråd med veileder. Det inkluderte inklusjons- og eksklusjonskriterier (kap. 4.3), hvilke databaser (kap. 4.4) og hvilke søkeord som skulle benyttes (kap. 4.5), hvordan data ekstraksjon, evaluering og rapportering skulle foregå (kap. 4.6), og hvordan søkeprosessen skulle rapporteres.

Samtlige titler som ble identifisert gjennom søk i databaser ble gjennomgått for å evaluere om disse oppfylte inklusjonskriteriene. I de tilfeller der tittelen ikke var tilstrekkelig for å vurdere om artikkelen kunne inkluderes, ble abstractet eller hele artikkelen lest. Referanselistene til de inkluderte studiene ble dessuten gjennomgått for eventuelt å indentifisere ytterligere artikler. I tillegg ble mulig relevante artikler identifisert gjennom andre kilder (artikler tidligere identifisert selv og foreslått av andre). Det var bare jeg som utførte selve litteratursøkene og sjekket titler og artikler, men veileder sjekket og godkjente samtlige søkestrategier og søke ord. Deretter ble litteraturens kvalitet vurdert etter CASP retningslinjer (Vedlegg 4). Søkeresultat, med inklusjon og eksklusjon av titler presenteres i et PRISMA flow diagram (vedlegg 5). En deskriptiv presentasjon av funnene gjøres for de inkluderte studiene.

### **4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

*Inklusjonskriteriene* for den systematiske litteraturstudien var: Studier som omhandlet/inkluderte opplevelser og erfaringer med brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Ungdomspsykiatrisk sengepost inkluderte

sykehusenheter hvor ungdom med psykiske lidelser ble tatt imot til døgnopphold med innleggelse (Braut, 2009), og inkluderte både akutte innleggelser og langtidsopphold. Brukermedvirkning kunne være rettet mot individnivå eller systemnivå. Litteratursøket ble ikke begrenset til bestemte forskningsmetoder og kunne inkludere både kvantitative og kvalitative metoder. Ungdommens brukermedvirkning kunne være rapportert av dem selv, pårørende eller helsepersonell. Ungdom ble definert som dem som var fra og med 13 til og med 18 år. Studier som både rapporterte om ungdom og barn eller voksne kunne bli inkludert hvis dataene om ungdom kunne analyseres separat.

*Eksklusjonskriterier:* Studier som omhandlet barn (under 13 år) eller voksne (19 år eller eldre). Brukermedvirkning på politisk nivå. Språket ble avgrenset til engelsk og nordiske språk (dansk, norsk, svensk). Litteraturen ble avgrenset til artikler publisert i fagfelleverderte tidsskrift de siste 15 årene (2003-2018).

#### **4.4 Databaser**

I mars 2018 ble det gjennomført søk i databasene Scopus, EMBASE, PsycINFO og Cinahl.

*Scopus* hevder å være den største databasen av fagfelleverdert (peer-reviewed) litteratur, og gir tilgang til et bredt spekter av forskningsartikler innenfor feltene vitenskap, teknologi, medisin, samfunnsvitenskap, kunst og humaniora. Da Scopus dekker de fleste som er tilgjengelige via MEDLINE- og PubMed-databasene, valgte jeg å ikke gjøre søk i disse databasene.

*EMBASE* er en allsidig og multifunksjonell biomedisinsk database, som på samme måte som Scopus også dekker de fleste artikler som finnes gjennom MEDLINE. Databasen har god dekning av farmakologi, generell folkehelse, stoffmisbruk og miljø- og yrkesrettet medisin.

*PsycINFO* er en aktuell ressurs for å identifisere og utforske atferdsmessig og samfunnsvitenskapelig forskning. PsycINFO tilbyr vitenskapelige forskningsfunn i psykologi og relaterte fag på tvers av en rekke akademiske disipliner. Databasen dekker blant annet fagområdet psykiatri, som gjør den relevant for denne litteraturstudien.

*Cinahl* er et forskningsverktøy for sykepleie og et bredt spekter av emner for annet helsepersonell. Dette dekker blant annet biomedisin, helsevitenskap, alternativ medisin, forbrukerhelse, samt 17 andre helsefag.

#### 4.5 Søkeord

*Emnesøk:* Adolescent, young people, youth, teen, mental health, psychology, psychiatry, Psychiatric hospitalization, inpatient psychiatric services, psychiatric inpatient unit, decision making, involvement, patient participation, personal autonomy and self-determination

*Søkeord:* TITLE-ABS-KEY/ Keywords: (adolesc\* OR teen\* OR youth\*) and (mental OR psychol\* OR psychiatr\*) and (decision-making OR involve\* OR self-determin\* OR autonom\* OR engage\* OR particip\*) and (inpatient\* OR bed\*)

#### 4.6 Dataekstraksjon, evaluering og rapportering

Data fra relevante artikler ble ekstrahert og evaluert etter retningslinjene gitt av CASP. Critical appraisal skills programme (CASP) består av 10 spørsmål som gir retningslinjer for å evaluere påliteligheten, relevansen og resultatene av publiserte artikler (CASP, 2018). De 10 spørsmålene er:

	<b>Vurderingsspørsmål</b>
1	Var målene for forskningen klart formulert?
2	Er bruk av en kvalitativ metode passende?
3	Var designet hensiktsmessig for å nå målene i forskningen?
4	Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig for å nå målene i forskningen?
5	Var dataene samlet inn på en måte som adresserer forskningstemaet?
6	Er forholdet mellom forsker og deltakere blitt tilstrekkelig vurdert?
7	Er det tatt hensyn til etiske problemstillinger?
8	Var dataanalysen tilstrekkelig streng?
9	Er det en klar presentasjon av funnene?
10	Hvor verdifull er forskningen?

For hvert av disse spørsmålene vurderes ulike aspekter. For eksempel vil det under spørsmålet om rekrutteringsstrategien var hensiktsmessig for å nå målene være viktig å vurdere om forskerne har beskrevet rekrutteringen på en forståelig og adekvat måte og hvorfor nettopp disse deltakerne var sentrale for forskningen. Under spørsmål om hvor verdifull forskningen er, var det viktig å vurdere om forskerne hadde diskutert hvordan

forskningen bidro til eksisterende kunnskap og om de hadde identifisert nye områder hvor forskning vil være nødvendig.

## 5.0 RESULTATER

I dette kapittelet gjøres det rede for de resultater som kom frem av den kvalitative intervjustudien, spørreskjemaundersøkelsen og den systematiske litteraturstudien.

### 5.1 KVALITATIV INTERVJUSTUDIE

#### Intervjuene og deltakerne

Kvalitative semi-strukturerte intervjuer ble utført i tidsperioden fra november 2017 til februar 2018 med fire ungdommer som var innlagt på PH-BURA sengepost ungdom. Ungdommene var i alderen 16 til 17 år. Det var stor variasjon i lengden på intervjuene (fra 17 min til 1 time og 18 min). Samtlige intervjuer ble transkribert og en annen forsker sjekket transkripsjonene for tre av fire intervjuer. I det fjerde intervjuet ønsket ikke ungdommen at lydopptaket skulle bli hørt av andre enn intervjuer.

#### Resultater

Resultatet av denne undersøkelsen viste betydningen av relasjonen mellom ungdom og helsepersonell for ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning. Brukermedvirkning som fenomen oppstår og forstås i relasjon mellom pasient og helsepersonell.

Resultatene forteller at det i relasjonen legges til rette for og oppmuntres til medvirkning. Samtidig er denne relasjonen mellom ungdom og helsepersonell også sårbar og det er en ujevn maktfordeling som kommer til syne når helsepersonell må sette grenser som del av behandlingen.

To hovedtema med fem undertema ble utviklet på grunnlag av de semistrukturerte intervjuene med ungdom på sengeposten for å undersøke hvordan de opplevde brukermedvirkning:

- Faktorer som bidrar til å styrke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning:
  - Å bli lyttet til styrker brukermedvirkning
  - Aktiv involvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen

behandling styrker brukermedvirkning

- Medbestemmelse er viktig for å oppleve brukermedvirkning

- Faktorer som bidrar til å svekke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning
  - Utilstrekkelig informasjon svekker brukermedvirkning
  - Manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning

### **5.1.1 Faktorer som bidrar til å styrke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning**

Det første temaet inkluderte tre undertema som beskrev ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning, basert på deres beskrivelser av tanker, opplevelser og følelser knyttet til det å bli involvert i egen behandling. Helsepersonellets betydning for å styrke medvirkning presenteres her gjennom ungdommenes beskrivelser.

### **5.1.2 Å bli lyttet til styrker brukermedvirkning**

Ungdommene fortalte at helsepersonellet tok seg tid og hørte på dem, både når de snakket om sine problemer og i forhold til annet som de ønsket å si. Opplevelsen av å bli møtt med høflighet og respekt stod her sentralt og gjorde det lettere for dem å medvirke. Ungdommene trakk frem at de følte seg ansvarliggjort i møte med helsepersonellet og at det ble forsøkt å legge til rette for god kommunikasjon og et meningsfylt samspill. Helsepersonellet snakket med dem om hverdagslige tema, samtidig som de kunne være direkte i forhold til de vonde opplevelsene de hadde hatt uten at dette opplevdes for å være belastende. *«Jeg følte jeg ble lyttet til ganske godt. De hørte hva jeg hadde og si og hørte problemene mine og fant ut ganske fort hva de egentlig kunne gjøre for å hjelpe meg» (Jens)*

Ungdommene opplevde seg hørt i samtaler når helsepersonellet kom med konkrete forslag og tiltak de selv ikke hadde tenkt på og av den grunn opplevde som nyttig. I partnerskap med personalet ble de gitt innflytelse i planlegging og gjennomføring av egen behandling. En måte å tolke dette på er at beslutninger i forhold til behandling blir tatt på grunnlag av ungdommenes bidrag. Det kommer også frem av intervjuene at det

kunne være motsatt, at helsepersonellet inntok en ekspertrolle hvor beslutninger ble tatt ut i fra en faglig vurdering som ikke nødvendigvis var i tråd med ungdommenes ønsker. Slike samtaler mellom ungdom og helsepersonell styrket ikke opplevd brukermedvirkning.

*«Jeg synes bare det er viktig at vi som faktisk har det vanskelig får sagt hva vi tenker hjelper og hva som er best for oss på en måte. Ikke sikkert det psykologen min tenker er best for meg er det jeg tenker er best for meg liksom.» (Karen)*

### **5.1.3 Aktivt involvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen behandling styrker brukermedvirkning**

Ungdommene sa at de medvirket i egen behandling gjennom å bli hørt, forklart og å få komme med egne innspill under møter og i samtaler med helsepersonellet. Det å virkelig bli hørt opplevde de ved at helsepersonellet tok hensyn til deres meninger og innspill i forhold til behandlingen. De ble forklart hvordan personalet tenkte, noe som åpnet for mulighet til medvirkning og en god dialog. Ved å få komme med egne innspill, fikk de påvirket og tilrettelagt behandlingen ut i fra egne preferanser og behov. Ungdommene løftet frem at det å få si noe om hvordan behandlingen burde være, kunne bidra til å hjelpe mange ungdommer, fordi de har en innsikt i seg selv som helsepersonellet ikke kan ha. Derfor var det viktig at deres synspunkter ble ivaretatt, og at helsepersonellet ikke bare gikk ut fra at de selv visste hva som var best. Å bli involvert under møter gav ungdommene en mulighet til å korrigere det helsepersonellet eventuelt hadde misforstått.

*«Jeg har jo masse forskjellige synspunkter og det er ikke alt som burde bli hørt en gang. Men jeg føler de har tatt tak i mine synspunkter og, i forhold til behandling og i forhold til selve oppholdet her og passet litt på at de og blir ivaretatt. Og at de ikke bare tenker at "nå gjør vi gjør det på vår måte fordi vi tror det er best", men at jeg og har noe å si i saken om hvordan jeg tror det er best [...]» (Synne)*

I sine beskrivelser av hvordan de ble involvert i sin behandling, beskrev ungdommene hvordan utvikling av behandlingsplan, mestringsplan og kriseplan foregikk.



Behandlingsplan og kriseplan var begge verktøy som ble utviklet gjennom brukermedvirkning. Det krevde et nært samarbeid med ungdommene hvor de var med og bidro med relevant informasjon for deres behandling. De hadde en forventning om at helsepersonellet skulle involvere dem i utviklingen av disse planene. «*Ja den [behandlingsplanen] har vi ikke laget helt enda, for den er tenkt å lages i morgen*» (Jens) Det var altså et uttrykt "vi" i utviklingen av behandlingsplanen.

Utvikling av behandlingsplan ble beskrevet som en prosess som gikk over tid. Noen av ungdommene sa at deres planer ikke var ferdig utarbeid enda. De virket engasjerte i denne prosessen, og gav uttrykk for at de aktivt hadde bidratt til utforming av planene gjennom sine innspill og meninger. Prosessen bidro til å styrke opplevelsen av brukermedvirkning, noe som de gav uttrykk for var til nytte for deres behandling.

«*Nå har jeg vært med å skrive min egen kriseplan [...] og utformet den så godt som mulig og har snakket om hvordan jeg har det hver dag og i forhold til forskjellige ting som skjer rundt meg og prøvd og funnet ut hvordan jeg kan håndtere de da. Og vært med å komt med mine meninger og sånt i løpet av alt som har skjedd i helgen.*» (Synne)

#### **5.1.4 Medbestemmelse er viktig for å oppleve brukermedvirkning**

Et sentralt aspekt ungdommene beskrev ved brukermedvirkning, var at helsepersonellet la til rette for at ungdommene fikk ta del i beslutninger som omhandlet dem. De fikk i ulike deler av behandlingen være med å bestemme. Det kunne være i forhold til møtedeltakelse, der ungdommene kunne bestemme hvem som skulle få ta del i møtene, eller i hvilken grad foreldre kunne involveres i behandlingen. De fikk velge å være mer aktivt involvert der de ønsket det, selv om de ikke alltid fikk gjennom sine ønsker. For eksempel ønsket Karen aller mest å være med på å beslutte lengden på oppholdet sitt, men dette ble kortere enn hun hadde ønsket. Jens fikk imidlertid være med på å bestemme foreldres grad av involvering:

«*Jeg har vært med for eksempel å bestemme hvor mye liksom foreldrene mine skal besøke meg. [...] Jeg har fått bestemt hvor mye de får være med å få vite. [...] Det er vel det jeg har egentlig tjent mest på at jeg fikk bestemme, som hadde noe å si da*»

I medbestemmelse inngår også at ungdommene kan velge å ikke delta. Noen ønsket av ulike årsaker ikke å ta del i sin behandling, et ønske som personalet respekterte. Jens beskrev det slik: *«Jeg har ikke vært med på noe foreldremøte enda fordi jeg har ikke så veldig lyst å være med på det, så har fått lov å slippe det på en måte»*

### **5.1.5 Faktorer som bidrar til å svekke ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning**

Dette temaet inkluderte to undertema som omhandlet hvordan ungdommene beskrev at opplevelsen av brukermedvirkning ble svekket når behovet for informasjon og mulighet til medvirkning ikke ble møtt.

### **5.1.6 Utilstrekkelig informasjon svekker brukermedvirkning**

Ungdommene beskrev at de opplevde det som viktig å bli gitt informasjon om aspekter som oppholdets varighet, postens rutiner, kontaktpersoner og behandlere. Dette var en forutsetning for opplevelsen av trygghet. De visste da hvem de kunne kontakte til enhver tid dersom de begynte å føle seg mentalt dårligere eller møtte andre større utfordringer. Når ungdommene ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon, beskrev de en opplevelse av å miste kontroll og oversikt over egen psyke og behandling. Dette førte til frustrasjon og svekket deres opplevelse av brukermedvirkning. Mia fortalte at hun hadde tatt en del blodprøver og MR uten å bli tilstrekkelig informert om hvorfor.

*«For eksempel blodprøver, det tok jeg veldig ofte uten å vite hvorfor eller resultatet [...] Ja det må jo være en grunn til at jeg tar blodprøver. Så tok jeg såpass mange glass, og så er det jo for forskjellige ting [...] Den MR tingen. De sa den var normal, hva er normalt liksom, det er også litt rart»*

Når det var flere ting ved behandlingen ungdommene fikk utilstrekkelig informasjon om, opplevde de å miste i større grad oversikt over egen situasjon, behandlingsplan og behandlingsutsikter. Tidspunktet for når informasjon ble gitt, kunne også bidra til utfordringer. Ungdommene opplevde det for eksempel som krevende å skulle ta til seg informasjon ved innleggelse i sengeposten og noen hadde aldri tidligere vært innlagt i en psykiatrisk avdeling. De fortalte at de ikke husket så mye fra innleggelsen, at de

måtte forholde seg til mye på en gang og at de var svært slitne.

*«Jeg tror, jeg husker ikke helt, men det var sånn, jeg fikk jo det arket. Men så sa jeg at jeg ikke ville lese det eller bli fortalt det da, siden jeg var så sliten.» (Mia)*

*«På selve innleggelsesdagen så var jeg helt ødelagt, så jeg husker ikke så veldig mye fra den. Jeg husker bare jeg hadde en lege jeg ikke forstod i det hele tatt. Så ja, det var mye frem og tilbake kan du si. Ellers så kunne jeg jo rutinene her. Jeg husker ikke hvilken info jeg fikk akkurat nå, bare at rett og slett fordi hodet mitt var skutt. Men jeg fikk mye info, det gjorde jeg.» (Synne)*

I og med at sengepost ungdom er en akuttpsykiatrisk avdeling innebærer det at ungdommene innlegges på det tidspunkt de får det vanskelig, uavhengig av klokkeslett. De som ble innlagt sent på kvelden eller om natten fortalte at de ble gitt lite informasjon av helsepersonellet. *«Jeg kom ganske sent på kvelden. Så akkurat når jeg kom inn fikk jeg ganske lite (informasjon), fordi jeg ble skrevet inn og så ble jeg vist til rommet mitt så la jeg meg» (Jens).*

### **5.1.7 Manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning**

Ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning ble svekket når helsepersonellet ikke involverte dem i beslutninger om deres behandling. Opplevelse av at personalet holdt dem utenfor i møter, bidro til å svekke deres engasjement i behandlingen og involvering i beslutningsprosesser. De gav blant annet uttrykk for at det å bare bli invitert med på siste delen av et teammøte var ubehagelig og hindret dem fra å engasjere seg.

*«Nei, jeg snakker ikke noe på teammøte, det er skummelt [...] Fordi det satt tre andre personer som nettopp hadde snakket om meg, og det var bare merkelig [...] De snakket om meg før jeg kom inn, så snakket de om hva de hadde snakket om meg når jeg kom inn.» (Mia)*

På en ene siden forstod ungdommene at det var nødvendig for personalet å snakke om dem, men det opplevdes samtidig som ubehagelig. En slik opplevelse kunne bidra til usikkerhet, som førte til redusert medvirkning.

Ungdommene fortalte at enkelte beslutninger om dem ble tatt av helsepersonellet på deres vegne, uten at de ble hørt eller fikk mulighet til å innvirke på valget. Dette sa de særlig gjaldt beslutninger som ble tatt ved innleggelse samt avgjørelsen om innleggelsens varighet. Det kom her frem en tosidighet i resultatene. Ungdommene gav både uttrykk for at de ikke burde ha blitt innlagt i utgangspunktet og at de hadde behov for å være innlagt lengre enn det som var blitt bestemt. Relasjonens sårbarhet mellom helsepersonell og ungdom kom til uttrykk når helsepersonellet måtte sette grenser som del av behandlingen. Følelsesmessige reaksjoner beskrevet av ungdommen var fortvilelse, urettferdighet samt opplevelsen av ikke å bli hørt eller å bli tatt på alvor. Det løftes her frem at de ikke får bestemme over eget liv, og de stilte seg uforstående til dette. Karen beskrev det slik: *«Jeg føler jeg trenger litt mer tid, litt mer tid til å bli bedre. Men jeg føler ikke at jeg kan si det på en måte fordi det ikke spiller noen rolle.»*

Ungdommene beskrev en opplevelse av å bli oppfattet som lite troverdige. Dette ble forsterket når helsepersonellet tok beslutninger om hvilke av deres utsagn som var sanne og ikke. Forventingen av å ikke bli tatt på alvor eller å bli trodd, gjorde det utfordrende å skulle si i mot beslutninger som allerede var blitt tatt.

*«De hører hva jeg sier men tenker det ikke kommer til å skje uansett. For det er det som er. De tror jeg bare lyver, de tror bare jeg tuller, liksom. Det er en ganske jævlig følelse når du vet liksom selv hvordan det er.» (Karen)*

### **Oppsummering av tema knyttet til ungdommenes beskrivelser av brukermedvirkning i sengepost**

De to temaene og fem undertemaene som ble utviklet på grunnlag av kvalitative intervju beskriver ungdommenes opplevelse av brukermedvirkning i sengepost. Medvirkningen ble styrket gjennom involvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen behandling. Relasjonen med helsepersonellet stod her sentralt, og ble beskrevet som et partnerskap hvor beslutninger i behandlingen ble tatt med innspill

fra ungdommene. Sentralt for brukermedvirkning var opplevelsen av at helsepersonellet møtte dem med respekt og høflighet, samt at det ble lagt til rette for god kommunikasjon og et meningsfylt samspill. Ungdommenes engasjement og innflytelse i behandlingen var avhengig av at de fikk komme med egne innspill og meninger angående beslutninger som omhandlet dem. Når ungdommenes forventninger til deltakelse ikke ble møtt, ble deres opplevelse av brukermedvirkning svekket. De beskrev da å miste kontroll over egen situasjon og eget liv. Ungdommene kunne la være å engasjere seg i egen behandling og i møter når de ble holdt utenfor av helsepersonellet. Helsepersonellets makt ble synliggjort ved at beslutninger ble tatt på ungdommenes vegne, i tillegg til at de besluttet hvilke av deres utsagn som var sanne og ikke. I slike tilfeller satt ungdommene igjen med følelsen av å bli oppfattet som lite troverdige og deres innspill og medvirkning var til ingen nytte. Det medførte også til at ungdommen følte seg utrygge og usikre, hvilket reduserte medvirkningen ytterligere.

## 5.2 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

I dette underkapittelet sammenlignes ungdommenes svar på spørreskjemaet med deres beskrivelser i de kvalitative intervjuene som et første forsøk på å teste umiddelbar validitet (*face validity*). Det er gjort tre sammenligninger: A) I hvilken grad dekket spørsmålene i spørreskjemaet temaene ungdommene beskrev i intervjuene? B) I hvilken grad dekket temaene som ungdommene beskrev i intervjuene spørsmålene i spørreskjemaet? og C) Hvordan samsvarte ungdommenes svar i spørreskjemaene med deres beskrivelser i intervjuene? Resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og intervjuene ble sammenlignet for å vurdere på hvilke måter de samsvarte, utfylte eller motsa hverandre (O`Cathain, Murphy & Nicholl. 2010).

### 5.2.1 Sammenligning av svar på spørreskjema og kvalitative intervjuer

*I hvilken grad dekket spørsmålene i spørreskjemaet temaene ungdommene beskrev i intervjuene?* Alle spørsmålene i spørreskjemaet med unntak av ett ble diskutert under intervjuene (vedlegg 8). Fem spørsmål som omhandlet tilfredshet med behandlingsplanen ble bare diskutert med en av ungdommene, fordi hun var den eneste som foreløpig hadde fått utviklet en slik plan. Av de øvrige 16 spørsmålene ble 12 diskutert av alle ungdommene. Dette har til en viss grad sammenheng med at flere av spørsmålene også er inkludert i intervjuguiden. Det gjelder syv av spørsmålene, mens de øvrige fem ikke er inkludert i guiden. De øvrige fire spørsmålene i spørreskjemaet inkluderer hvordan ansatte kan hjelpe ungdommene, noe som to ungdommer drøftet; hvorvidt behandlerne snakket slik at de forstår ungdommene og hvordan de ansatte jobber sammen for å dem, noe som bare en ungdom snakket om. Ingen ungdommer tok opp hvorvidt det å delta aktivt i med planleggingen og gjennomføringen av behandlingen gjorde dem mer tilfredse.

*I hvilken grad dekket temaene som ungdommene beskrev i intervjuene spørsmålene i spørreskjemaet?* De fem undertemaene som ble utviklet på grunnlag av de kvalitative intervjuene ble alle på en eller flere måter adressert i spørreskjemaet. Imidlertid beskrev ungdommene erfaringer og perspektiver på fire ulike områder som er sentrale for opplevelsen og gjennomføringen av brukermedvirkning, og som ikke eksplisitt er dekket av spørreskjemaet. Det første området omhandler utvikling av kriseplan. En

kriseplan inneholder informasjon om tidlige tegn på en krise hos ungdommen, og konkrete planer om hvem som kan kontaktes når tegn eller symptomer er under utvikling (Helsebiblioteket, u.å). Hvor kriseplanen omhandler håndtering av kriser, skal behandlingsplanen fungere som et redskap for en målrettet, individuelt tilpasset behandling (Finnanger, 2004). De har begge til felles å være et verktøy for brukermedvirkning og krever et nært samarbeid med pasienten (Helsebiblioteket, u.å). Ungdommene beskrev i intervjuene på eget initiativ hvordan kriseplanen deres kan benyttes som et redskap for å mestre hverdagen etter utskrivelse. Det ville være urimelig å tenke at de ikke skulle være involvert i utviklingen av planer som omhandler deres egne prosesser for livsmestring. Medvirkning i utvikling av kriseplanen blir derfor et sentralt verktøy for å styrke brukermedvirkning.

To av områdene som ble tatt opp av ungdommene i intervjuene omhandler tidspunkt og kontekst for brukermedvirkningen. Selv om ungdommene deltok i møter som angikk deres egen behandling, var dette noe de opplevde bare skjedde i begrenset grad. Det var ikke uvanlig at helsepersonellet hadde lukkede møter før ungdommene fikk delta. Dette opplevde de som ubehagelig og de reduserte deres motivasjon for å delta aktivt i møtene. Dette kom fram av ett av undertemaene, som beskriver hvordan manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning. Når ungdommene ikke får delta på hele møtet kan dette bidra til å redusere opplevelsen av å bli sett og hørt. En av ungdommene beskrev hvordan hun da ikke ønsket å delta aktivt i møtene, hvilket da fører at hun i realiteten ikke blir hørt. Involvering under møter var ikke dekket av spørreskjemaet.

Det andre tidspunktet/konteksten ungdommene beskrev var i forbindelse med innleggelsen. Innleggelsen var ofte en stressende opplevelse dem, både fordi de kunne være slitne og psykisk "nede" og fordi det kunne være første gang de ble innlagt på avdelingen. Det var da noe nytt og ukjent. Det er viktig at helsepersonellet er klar over hvordan dette kan oppleves for ungdommene, og at det betyr at de kanskje ikke får med seg all informasjonen som kanskje også er ment å bidra til ungdommenes medvirkning i egen behandling. Spørsmål som knytter seg til innleggelsen er heller ikke eksplisitt nevnt i spørreskjemaet.

Det fjerde området ungdommene tok opp omhandlet deres uttrykte ønske om å få ta beslutninger "her og nå" når de føler at de er "langt nede". En av ungdommene sa at han ønsket å slippe å være på avdelingen, fordi han hadde planer om å ta livet sitt. Å gi ungdommene tillatelse til å ta beslutninger som innebærer en helsemessig risiko for dem selv eller andre ville være etisk og faglig uforsvarlig av helsepersonellet.

Brukermedvirkning kan med en slik forståelse ikke forstås som at ungdommene får "full fri rett" til å utføre alle de handlinger de i øyeblikket har lyst eller får impuls til å gjennomføre. Uavhengig av hvilke etiske vurderinger som gjøres knyttet til behandlingen til ungdommene, burde spørsmål som omhandler dette området vurderes inkludert i spørreskjemaet, da det er relevant for en videre forståelse av brukermedvirkning.

*Hvordan samsvarte ungdommenes svar i spørreskjemaene med deres beskrivelser intervjuene?* Det var i stor grad samsvar mellom ungdommenes beskrivelser av deres erfaringer og perspektiver, og deres svar på spørreskjemaet (vedlegg 6). Ikke i noen tilfeller gav de to tilnærmingene motstridende resultater, selv om nyansene i de kvalitative intervjuene vanskelig lar seg dekke gjennom et spørreskjema med en 7-punkts Likert skala. For eksempel hadde en av ungdommene indikert at hun hverken var enig eller uenig i uttalelsen om at hun følte at de som jobber i sengeposten lyttet til henne. Under intervjuet kom hennes ambivalens i forhold til dette spørsmålet til uttrykk gjennom hennes beskrivelse av hvordan hun ble lyttet til da hun først ble innlagt på avdelingen, mens hun senere ikke følte at hun ble hørt da hun uttrykte ønske om å forlenge oppholdet sitt på avdelingen. En annen ungdom indikerte i spørreskjemaet at hun var helt enig i uttalelsen om å være fornøyd med behandlingsplanen. Under intervjuet kom det imidlertid frem at behandlingsplanen ikke var helt ferdigstilt enda og at hun hadde avtalt tid med behandler for å jobbe mer med den.

Spørreskjemaet inkluderte også tre åpne spørsmål, som omhandlet om ungdommen syntes noe var spesielt bra med oppholdet på avdelingen, om det var noe de ikke likte eller som de syntes burde forbedres, og om det var noe annet de ønsket å fortelle om oppholdet på avdelingen. Ingen ny kunnskap ble generert gjennom disse spørsmålene, men alle ungdommene gjentok noen av temaene de allerede hadde diskutert og understreket på den måten betydningen av sine erfaringer og meninger i forhold til dette. For eksempel gav en av ungdommene i intervjuet uttrykk for at hun ikke ble tatt



på alvor da hun uttrykte ønske om å forlenge oppholdet sitt. Dette hadde hun også beskrevet under det åpne spørsmålet i spørreskjemaet.

Det var samlet sett relativt stor grad av samsvar mellom innholdet i og svar på spørsmål under de kvalitative intervjuene og i spørreskjemaene. Spørreskjemaet dekket mange av temaene ungdommene tok opp. Noen tema som de tok opp under intervjuene var imidlertid ikke dekket, eller ikke godt nok dekket, av spørreskjemaet. Det gjelder særlig kriseplan, samt tidspunkt og sammenheng for brukermedvirkning. Dette reiser spørsmålet om noe mer skulle vært lagt til spørreskjemaet for å styrke validiteten. Spørreskjemaet ser imidlertid ut til å gi en innsikt i grad tilfredshet med helsetjenesten, brukermedvirkning og herunder tilfredshet med behandlingsplan.

#### Oppsummering av mulige endringer og tillegg i spørreskjemaet

Både spørsmål om behandlingsplan og kriseplan bør være inkludert i spørreskjema for å evaluere brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Individuelle planer, som kan forstås å være en plan som skal sikre at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud (Helsedirektoratet, u.å), er imidlertid ikke vanlige i bruk i denne konteksten og er derfor sannsynligvis til liten nytte i et slikt spørreskjema.

Da ungdommene trakk frem møtedeltakelse, og dens innvirkning på motivasjon i deltakelse og opplevelse av ikke å bli sett og hørt, kan det være hensiktsmessig å inkludere spørsmål i spørreskjemaet som omhandler møter.

Innleggelsen ble trukket frem av ungdommene som stressende, og innvirket på deres evne til å ta til seg og forstå den informasjonen som ble gitt. Spørsmål som knytter seg til innleggelse kan være et bidrag til spørreskjemaet som kan være nyttig i evalueringen av brukermedvirkning i sengeposten.

Hvor det i spørreskjemaet stilles spørsmål om ungdommene fikk ta del i egen behandlingen, stilles det ikke spørsmål som inkluderer det å ikke bli involvert eller ikke å få ta beslutninger. Slike spørsmål kan være relevant for forståelsen av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost, og bør vurderes inkludert i spørreskjemaet.

Ingen av ungdommene snakket om diagnose under intervjuene. Det kan bety at spørsmålet i spørreskjemaet som omhandler informasjon om diagnose/plager ikke vil være så relevant i karleggingen av ungdommenes brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost.

### **5.3 SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE**

I dette kapittelet beskrives først resultatet av litteratursøket. Deretter presenteres artiklene som ble inkludert og det gjøres rede for resultatene av disse. Avslutningsvis sammenlignes resultatene fra den systematiske litteraturstudien med resultatene fra den kvalitative intervjustudien.

#### **5.3.1 Resultat av litteratursøk**

Resultatet av litteratursøket er presentert i PRISMA flow diagram (vedlegg 5). Totalt 2445 titler ble identifisert gjennom søk i databaser og andre kilder (etter at 1258 duplikater var fjernet). Ved evaluering av titler og abstract ble 2299 titler ekskludert, mens 146 gikk videre til fulltekst vurdering. Av disse var det 51 som ikke omhandlet ungdomspsykiatrisk sengepost, 42 inkluderte ikke ungdom, 30 omhandlet ikke brukermedvirkning på individ- eller systemnivå, og 21 titler var ikke publisert i fagfellevurderte tidsskrift. To titler tilfredsstilte inklusjonskriteriene for denne litteraturstudien. Resultatene fra de to inkluderte artiklene presenteres her.

#### **5.3.2 Presentasjon av inkluderte artikler**

##### **5.3.3 Studie 1: «It's like mental torture»: Participation and mental health services (LeFrancois, 2008)**

Denne etnografiske studien hadde til hensikt å observere og dokumentere på hvilke måter deltakerrettigheter ble implementert ved en ungdomspsykiatrisk avdeling i Storbritannia. Deltakerne i studien var ungdom i alderen 11 til 18 år og helsepersonell. Data ble samlet inn gjennom feltnotater av observasjoner av interaksjonen mellom helsepersonell og ungdom, uformelle samtaler mellom helsepersonell og ungdom, interne politiske dokumenter og pasientjournaler. Antall ungdom, helsepersonell og dokumenter ble ikke rapportert. Studien var totalt sett av begrenset kvalitet. Det skyldtes av forfatteren ikke hadde gitt tilstrekkelig informasjon for å evaluere om den kvalitative metoden var passende, om forskningsprosjektet var hensiktsmessig for å møte målene med forskningen, og om rekrutteringsstrategien var hensiktsmessig. Det

var også en uklar beskrivelse av forholdet mellom forsker og deltakere. Etske problemstillinger ble ikke diskutert og dataanalysen var ikke godt nok beskrevet.

Studiens hovedfunn viste at ungdommene opplevde at de ble gitt lite muligheter til å gjøre valg med hensyn til egen behandling. Behandlingsplanene ble utviklet og evaluert på teammøter hvor ungdommene som regel ikke fikk delta. De ble gitt mulighet til å fortelle behandlerne om ønskede endringer som skulle videreformidles under møtet. Ungdommenes opplevelser var imidlertid at beslutninger som ble tatt under disse møtene sjelden tok hensyn til deres syn, som begrenset deres valg. Når ungdom først fikk lov til å ta del i møter, ble de kun invitert med de siste 15 minuttene. Dette førte til at de ikke ville delta, da helsepersonellet hadde tilbragt største delen av møtet til å diskutere dem uten deres tilstedeværelse. Ungdommene fortalte gjennomgående at de ønsket mer informasjon om sin behandling og å få sine synspunkter lyttet til. Når deres ønsker ikke ble møtt av helsepersonellet, opplevde de seg frustrert.

Helsepersonell identifiserte flere barrierer for ungdommenes deltakelse. Dette var relatert til ungdommenes diagnose, alder, grad av modenhet, og at de hadde mindre kunnskap enn voksne. Slike faktorer mente de førte til at ungdom hadde redusert evne til å kommunisere og ta beslutninger i forhold til sin egen helse, i stedet for at helsepersonellet forsøkte å finne mulige løsninger for deltakelse ut fra ungdommenes egne forutsetninger. Helsepersonell argumenterte også for at ungdommene ikke kunne ta egne beslutninger av hensyn til deres sikkerhet. Videre var det en oppfatning blant helsepersonell om at ungdommene generelt sett var lite interessert i å delta i egen behandling og at det kun var de mest modne og selvsikre ungdommene som var i stand til å delta og involvere seg i meningsfylt samspill under behandlingsmøter. Samlet sett bar helsepersonells meninger preg av å være generaliserte, stereotype, proteksjonistiske og paternalistiske. Resultatene av studien må imidlertid tolkes med forsiktighet, gitt at den var av begrenset metodisk kvalitet.

#### **5.3.4 Studie 2: Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? (Moses, 2011)**

Studien fant sted ved en ungdomspsykiatrisk sengepost i USA, hvor det ble gjennomført individuelle intervju av 82 ungdom i alderen 13-18 år (gjennomsnittsalder 15,3 år).

Hensikten var å undersøke ungdoms perspektiv på hva som var de mest hjelpsomme og minst hjelpsomme aspektene ved deres første psykiatriske innleggelse. Studien hadde ikke som hovedmål å evaluere brukermedvirkning, men ungdommenes erfaringer med medvirkning i egen behandling er allikevel beskrevet. Studien var totalt sett av god kvalitet. Forfatteren hadde gitt tilstrekkelig informasjon for å vurdere studiens pålitelighet, relevans og resultater. Det var imidlertid en uklar beskrivelse av forholdet mellom forsker og deltakere.

Under temaet «Hva var minst hjelpsomt, skadelig, eller hva mislikte de mest ved å være innlagt?», trakk ungdommene frem at de ble tvunget til å delta i enkelte deler av sin behandling. Helsepersonell tok også beslutninger i forhold til behandling som ungdommene var uenige i, herunder tidspunkt for utskrivelse, medisinske beslutninger og innholdet i behandlingsplanen. Ungdommene fortalte at de ble gitt mindre tid med behandler enn de hadde behov for og forventet. Dette førte til en opplevelse av at behandlingen ikke var tilstrekkelig intensiv og individualisert for dem til å gjøre fremgang. Når det ble besluttet punkter i behandlingsplanen som ungdommene var uenige i, opplevdes planen som å være nytteløs.

### **5.3.5 Oppsummerte resultater**

Resultatene fra de to artiklene som ble inkludert i den systematiske litteraturstudien gav samlet sett innsikt i noen faktorer som bidro til å svekke ungdoms opplevelse av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Studiene gav ingen innsikt i hvilke faktorer som styrket brukermedvirkning.

#### Utilstrekkelig informasjon svekker brukermedvirkning

Når ungdommene ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon eller mulighet til å få sine synspunkter hørt, førte dette til frustrasjon. Resultatene viste at de, uavhengig av alder, ønsket mer informasjon under innleggelse i forhold til sin behandling. De opplevde det å bli holdt utenfor i møter og deler av møter som negativt, da det hindret deres tilgang til relevant informasjon og begrenset deres valg.

#### Manglende eller redusert medbestemmelse demotiverer og svekker brukermedvirkning

Ungdommene rapporterte lite til ingen medbestemmelse i egen behandling. Dette gjaldt valg av behandler og primærkontakt, beslutning om medisiner, deltakelse i møter og utarbeidelse av behandlingsplan. Ungdommene gav uttrykk for at de ønsket å få være med på beslutning i forhold til valg av behandler, da de mente at en god relasjon var avgjørende for deres involvering i behandlingen. De som opplevde å ikke ha kjemi med behandler, etterspurte ikke samtaler og fikk dermed mindre støtte enn de ellers ville fått. Ungdommene gav uttrykk for at de ønsket mer tid til samtaler med sin behandler. De opplevde at mangel på tilgjengelighet av behandler som en utfordring, da de syntes at behandlingen ikke ble tilstrekkelig intensiv og individualisert for at de kunne gjøre fremgang.

Ungdommene ønsket også å bli involvert i forhold til medisinske beslutninger, da de bekymret seg for bivirkninger og manglende effekt av medisiner. De opplevde at disse bekymringene ikke ble tatt hensyn til av helsepersonellet, selv om de gjentatte ganger gav beskjed til helsepersonellet om at de ønsket å få medisineringen revurdert og avsluttet. Det ble presisert at de ikke ble gitt medisiner under tvang, men ungdommene følte seg forpliktet til å ta medisinerne fordi de ikke ønsket negative konsekvenser. Konsekvensene varierte fra utskrivelse til å bli nektet eller tvunget til å ta helgepermisjon.

Behandlingsplanene var forutbestemt og utarbeidet av helsepersonell uten ungdommens involvering. Møter hvor behandlingsplanene ble evaluert, var forbeholdt helsepersonell. Ungdommene ble derimot gitt mulighet til å fortelle behandlerne om ønskede endringer, som skulle videreformidles. Det var imidlertid en generell konsensus blant ungdommene at beslutningene som ble tatt under disse møtene sjelden tok hensyn til ungdommens syn. Dette begrenset deres valgmuligheter. Når ungdommene hadde punkter på behandlingsplanen som de ikke var enige i, opplevdes tiltakene som «nytteløse».

Det at ungdommene kun ble invitert til å delta i siste delen av behandlingsmøter, gjorde at de mindre interessert i å delta og involvere seg i egen behandling. Særlig ble det beskrevet av ungdommen som utfordrende å skulle fremme en mening som var motstridende mot noe som var bestemt i første del av møtet uten ungdommens

tilstedeværelse. Videre opplevde ungdommen det for å være ubehagelig at helsepersonellet hadde brukt hoveddelen av møtet til å diskutere dem uten deres tilstedeværelse.

Ungdommene gav sterkt uttrykk for at det burde være valg i forhold til deltakelse. De ønsket tilstrekkelig informasjon om behandlingen, samt å få ta del i møter og utvikling av behandlingsplan. Når beslutninger ble tatt på deres vegne og de ble holdt utenfor i møter, uttrykte de frustrasjon, sinne og skuffelse. Dette som særlig til syne når ungdommene ble skrevet ut av sengeposten før de selv opplevde seg for å være klar.

### **5.3.6 Sammenligning av resultater fra den kvalitative studien og den systematiske litteraturstudien**

Ved sammenstilling av den kvalitative intervjustudien og den systematiske litteraturstudien var noen av resultatene konvergente (samsvarende), andre var komplementære (utfyllende), og noen var motstridende, i forhold til hva som bidro til ungdoms opplevelse av brukermedvirkning ved ungdomspsykiatrisk sengepost. Helsepersonells perspektiver som ble beskrevet i en av de to inkluderte artiklene i den systematiske litteraturstudien er kun brukt for å gi supplerende forståelse av brukermedvirkning under overskriften "Komplementære resultater".

#### Konvergente resultater

Resultater som kom frem i begge studier omhandlet hvordan ungdommene opplevde betydningen av brukermedvirkning. De mente at det var viktig å få ta del i egen behandling og beslutninger som omhandlet dem. Når de ikke ble involvert i behandlingen og holdt utenfor i hele eller deler av møter, ble deres opplevelse av brukermedvirkning svekket. Opplevelsen av å bli ekskludert var et hinder for ungdommenes engasjement i behandlingen.

Et annet konvergent resultat var ungdommenes ønske om og behov for relevant informasjon om behandlingen. Informasjon ble trukket frem som en forutsetning for brukermedvirkning og nødvendig for opplevelsen av trygghet og kontroll. Når

ungdommene ikke ble gitt tilstrekkelig informasjon, opplevdes dette som frustrerende og til hinder for deres opplevelse av brukermedvirkning.

Begge studiene bidro med kunnskap i forhold til hva som kunne hindre ungdommene fra å involvere seg i møter. De opplevde det som ubehagelig å kun få være med på siste del av møtet, der helsepersonellet hadde snakket om dem før de kom inn. Ungdommene beskrev det også som utfordrende å skulle fremme meninger i møter som stred imot det som var blitt bestemt av helsepersonell i første del av møtet, som de selv ikke var deltakere på.

### Komplementære resultater

Noen resultater var komplementære, særlig i forhold til hvilke områder som ungdommene ønsket å medvirke i. I den kvalitative intervjustudien kom det fram at ungdommene hadde et ønske om å medvirke i beslutninger som omhandlet deres behandling. Litteraturstudien bidro med utfyllende kunnskap ved at ungdommene også uttrykte et ønske om å medvirke i medisinske beslutninger.

I den kvalitative intervjustudien trakk ungdommene det frem som viktig å ta del i møter, for å høre hva som ble sagt om dem samt muligheten til å korrigere eventuelle feil og misforståelser. Møtedeltakelse ble i litteraturstudien ansett for å være viktig fordi det under møter kom frem relevant informasjon i forhold til behandlingen, noe som kunne bidra til økt medvirkning i egen behandling. Ekskludering fra møter bidro derimot til å hindre ungdommene fra å få den relevante informasjonen de etterspurte.

Resultatene i den kvalitative intervjustudien bidro med utfyllende kunnskap om relasjonen mellom ungdom og helsepersonell, og dens betydning for opplevelsen av brukermedvirkning. Hvor det ble funnet i litteraturstudien at ungdom som opplevde en dårlig relasjon til sin behandler i mindre grad involverte seg i egen behandling, bidrar den kvalitative intervjustudien med ytterligere innsikt i dette ved at ungdommene opplevde det som lettere å medvirke i behandlingen når helsepersonellet møtte dem med respekt og høflighet, og tok seg tid og hørte hva de hadde å si.



I den systematiske litteraturstudien kom det frem at ungdommene syntes det var viktig å få nødvendig informasjon om behandlingen, og etterspurte mer informasjon enn det som ble gitt. Intervjustudien bidro med utfyllende kunnskap ved at ungdommene opplevde tidspunktet for når informasjon ble gitt av helsepersonellet kunne bidra til utfordringer og svekke deres opplevelse av brukermedvirkning. Ungdommene rapporterte også om vanskeligheter med å ta til seg informasjon ved innleggelse, da de måtte forholde seg til mye på en gang og var svært slitne. Samtidig ble det trukket frem at de som ble innlagt sent på kvelden eller om natten ble gitt lite informasjon av helsepersonellet.

Litteraturstudien bidro med utfyllende kunnskap om helsepersonellens perspektiv på brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost, et perspektiv som ikke ble inkludert i den kvalitative studien. Helsepersonell trakk frem flere utfordringer knyttet til å involvere ungdom i deres behandling. Dette var blant annet ungdommens diagnose, alder/modenhet, mangel på kunnskap og behov for sikkerhet. Det var også et syn blant helsepersonellet at ungdommen generelt ikke var interessert i å delta i behandlingsmøter og at det kun var de mest modne og selvsikre ungdommene som var i stand til å delta og involvere seg i meningsfylt samspill under disse møtene.

### Motstridende resultater

Resultatene var motstridende i forhold til om ungdommen faktisk ble involvert og fikk ta del i behandlingen, noe som kun ble bekreftet i den kvalitative studien. Den kvalitative studiens største bidrag til kunnskap omhandler av den grunn faktorer som fremmet opplevelsen av brukermedvirkning. Disse faktorene inkluderte å bli lyttet til og aktivt involvert i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen behandling samt at helsepersonellet la til rette for at ungdommene fikk ta del i beslutninger som omhandlet dem. Fremmede faktorer ble ikke funnet i de to artiklene som ble inkludert i den systematiske litteraturstudien, og dette står i kontrast til helsepersonells mer paternalistiske holdning som kom til uttrykk gjennom den systematiske litteraturstudien.

## 6.0 DISKUSJON

Hensikten med dette forskningsprosjektet var å undersøke ungdoms opplevelser med brukermedvirkning ved ungdomspsykiatrisk sengepost gjennom en kvalitativ intervjustudie og en systematisk litteraturstudie, samt å se på muligheten for å bruke et spørreskjema for brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost.

Det finnes omtrent ingen forskning knyttet til brukermedvirkning for denne pasientgruppen og konteksten. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet. Spørsmålet er derfor ikke *om* det skal være brukermedvirkning i psykiatrisk sengepost – men *hvordan*. I og med at det foreligger så lite forskningsbasert kunnskap vil det være behov for studier som evaluerer hvordan vi best mulig kan tilrettelegge for brukermedvirkning, hva som vil være mest effektivt, hva som vil anses som sikkert og trygt, og hva som bidrar til å bedre ungdommenes behandling og brukermedvirkning i helsetjenestene.

Dette forskningsprosjektet bidrar derfor med viktig forskningsbasert kunnskap for forbedring av kvalitet i helsetjenestene.

### 6.1 Hva er egentlig brukermedvirkning?

Brukermedvirkning er ikke "en ting". Begrepet kan forstås på mange ulike måter, av ulike interessegrupper og i ulike kontekster. Selv om lover, regler, rutiner og medieoppslag kan gi inntrykk av at det er generell enighet om at brukermedvirkning er viktig, finnes det lite dokumentasjon som sier noe som helst om hvorvidt "alle" er enige i dette. Det er "politisk ukorrekt" å ikke like brukermedvirkning. Hva mener helsepersonell egentlig om det? Betrakter de det som en ressurs eller en ekstra belastning i en allerede travel klinisk hverdag? Hva tenker ungdommene selv? Ønsker de å delta i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av sin egen behandling? Ungdommene som deltok i denne studien, gav uttrykk for å at de ønsket å delta i de deler av behandlingen som omhandlet dem. Samtidig ble det også trukket frem at det å delta ikke alltid var like enkelt og det var heller ikke alltid ungdommenes ønske å ta del i beslutningene.

Brukermedvirkning kan deles inn i tre nivåer: individnivå, systemnivå og politisk nivå. Kunnskap om ungdoms erfaringer og perspektiver på brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost, kan bidra til brukermedvirkning på systemnivå. Brukermedvirkning kan finne sted innenfor stat og kommune, blant ulike grupper av mennesker, og i feltene rus, psykiatri og barnevern. Ulike lover omhandler brukermedvirkning for ulike aldre og ulike deler av tjenestene. Det utøves og vektlegges ulikt på tvers av helsetjenesten. Er det behov for en standarddefinisjon eller flere definisjoner for bedre å beskrive begrepet brukermedvirkning innenfor ulike kontekster?

Kan resultatene av studien bidra til økt interesse og oppmerksomhet om ungdommenes egne perspektiver av brukermedvirkning? Forhåpentligvis vil den være til interesse, inspirasjon og hjelp for helsepersonell som arbeider i ungdomspsykiatrisk sengepost, og kanskje også i andre kontekster, og som et grunnlag for videre forskning.

## **6.2 Hva sier eksisterende forskning om brukermedvirkning innenfor ulike kontekster?**

Flere har funnet at relasjonen mellom ungdom og helsepersonell er av betydning for ungdommenes opplevelse med psykiatriske helsetjenester og brukermedvirkning (Dogra, 2005; Lee m.fl., 2006; Biering, 2010; Abrines-Jaume m.fl., 2016). Det kan være en sirkulær sammenheng mellom gode relasjoner og brukermedvirkning, hvor relasjonen legger til rette for brukermedvirkning og brukermedvirkning åpner for en god relasjon. Hva er det som avgjør om en relasjon er god? Ungdommer verdsetter helsepersonell som er troverdige, empatiske, noen som de kan snakke med og etablere et forhold til. De har et behov for å bli sett, hørt, respektert og involvert. I litteraturstudien til Biering (2010) ble helsepersonells kommunikasjonsferdigheter ansett for å være viktigere og mer verdsatt enn helsepersonells terapeutiske tilnærming. I den kvalitative intervjustudien opplevde ungdommene i partnerskap med helsepersonellet å bli gitt innflytelse i planlegging og gjennomføring av egen behandling. Ifølge Storm (2009) vil et slik partnerskap legge til rette for en omfordeling av makt fra helsepersonell til ungdommen. Gjennom å bli aktivt involvert i egen behandling fikk ungdommene framhevet sin ekspertise i seg selv og sin psykiske lidelse.

Hva skjer når helsepersonellet ikke er villig til å omfordele makten? En fellesnevner for helsepersonellens perspektiv på barrierer i litteraturstudien, var at de tok utgangspunkt i et paternalistisk syn der en antok at ungdommene ikke var i stand til å medvirke i egen behandling (LeFrancois, 2008; Borgersen, 2016). Paternalistiske tilnæringer i psykiatrien er lite forenlige med reell brukermedvirkning der ungdommene får bidra aktivt og får innflytelse på beslutninger som har konsekvenser for deres behandling og psykiske helse. Vi må derfor stille spørsmål til hvordan vi kan imøtekomme slike utfordringer i ungdomspsykiatrisk sengepost. Ettersamtale om tvang kan være et godt utgangspunkt for sammen med ungdommene å kartlegge hvordan vi best mulig kan imøtekomme dem når de selv opplever sin sykdom som verst. Det foreligger store individuelle forskjeller i pasienters opplevelser. Derfor er det viktig at vi snakker med dem når det blir tatt beslutninger de selv ikke er enige i. Kan slike samtaler fungere som forebyggende for tvang? For eksempel har jeg erfart i slike samtaler at det kan komme frem at ungdommen ønsker at vi skal føre han eller hun inn på skjermingsavsnittet når syns- og hørselshallusinasjonene blir uhåndterbare. Et annet eksempel er at ungdommen ikke ønsker at personalet skal være i nærkontakt med dem, da dette av erfaringer kan være en utløser for vold. Dette setter søkelys på at brukermedvirkning ikke er enten/eller, men heller når og hvordan. Når vil det være ideelt å legge til rette for brukermedvirkning? Kan vi tilpasse det den enkelte ungdom? Hvilke valgalternativer kan vi tilby? Hvordan legger vi til rette for medvirkning når ungdommen er psykotisk eller manisk? Hva gjør vi under aktiv psykose og hva gjør vi i de ikke-psykotiske fasene? En tilnærming kan være at vi inngår i en dialog med ungdommene i de ikke-psykotiske fasene for å bli enige om hva vi gjør hvis og når ungdommen blir dårligere igjen.

Internasjonal forskning tyder på at behandlingsplaner ofte bestemmes og utarbeides av helsepersonell, uten eller med liten grad av ungdommenes involvering (LeFrancois, 2008; Moses, 2011; Gros m.fl., 2017). Selv om helsepersonell i Norge er forpliktet til å lage behandlingsplaner og det anbefales gjennom offentlige føringer å utarbeide disse planene i samarbeid med pasientene, er de ikke forpliktet til å involvere pasientene (Helsedirektoratet, 2008). Johansen & Cordt-Hansen (2006) mener utarbeidelsen av behandlingsplanen er å forstå som en del av forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven, men dette er ikke eksplisitt uttrykt

gjennom noen av disse lovene. Jeg hadde forventet at ungdommene i intervjustudien skulle ha en kjennskap til sine behandlingsplaner. Jeg ble derimot overrasket over hvor engasjert de virket i prosessen. Dette er en motsetning til studier hvor helsepersonell mener at inneliggende pasienter ikke er motiverte eller villige til å ta del i egen behandling, enten dette gjelder ungdom (LeFrancois 2008) eller voksne (Storm & Davidson, 2010). Bør det innføres et krav om å inkludere pasienter i utarbeidelse av behandlingsplaner? Vil bedre kjennskap til eget behandlingsforløp kunne bidra til å øke pasienters interesse og involvering i egen behandling, og på den måten også bidra til at de følger planen og ikke avbryter behandlingen? Er det andre mulige fordeler med å innføre et slikt lovkrav? Kan det bidra til å sikre brukermedvirkning på individnivå i helsetjenesten?

Et resultat av sammenligningen av den kvalitative intervjustudien og den systematiske litteraturstudien, var at det kun i intervjustudien kom frem kunnskap om faktorer som styrket ungdoms opplevelse av brukermedvirkning. Dette kan skyldes at det finnes svært lite forskning på brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Men det henger sannsynligvis også sammen med metodevalg, problemstilling og forskernes ståsted. Det er også mulig at internasjonale og kulturelle forskjeller kan spille inn. I Norge har det dessuten over lengre tid vært en helsepolitisk målsetting at pasienter skal ta større del i egen behandling. Nasjonal satsing på brukermedvirkning kan kanskje ha bidratt til at faktorene som bidro til å styrke brukermedvirkning kom tydeligere fram i intervjustudien. Brukermedvirkning er kanskje også mer i tråd med verdier som likeverd og borgernes rettigheter til innflytelse på egen livssituasjon, som er mer karakteristisk for det norske samfunn, sammen lignet med mer patriarkalske og hierarkiske kulturer. Det er imidlertid viktig å påpeke at det også i Norge eksisterer ujevne maktstrukturer, ikke minst innenfor kontekster som i en psykiatrisk sengepost der ungdom er innlagt med alvorlige psykiske lidelser og i mange tilfeller også under tvungen observasjon. Det er da uunngåelig at det oppstår makt-ubalanse mellom ungdom og helsepersonell.

Et sentralt funn fra den kvalitative intervjustudien var at tidspunktet for når informasjonen ble gitt kunne bidra til utfordringer. Salamone-Violi m.fl. (2015) fant tilsvarende funn i sin undersøkelse av pasienttilfredshet ved en ungdomspsykiatrisk sengepost: mangel på informasjon var spesielt problematisk for dem som ble innlagt

etter normal arbeidstid, med få ansatte og hvor de andre pasientene sov. I denne studien kom det frem at ungdommene ønsket mer informasjon i forbindelse med innleggelse, blant annet av den grunn at de delte rom med en annen pasient. I den kvalitative intervjustudien ble det derimot ikke gitt uttrykk for å ønske mer informasjon ved innkomst. Tvert imot viste funnene at ungdommene opplevde det som utfordrende å ta til seg noe som helst informasjon grunnet den psykiske påkjennelsen innleggelsen medførte. Hva er gode tilnærminger for å involvere ungdom når de først blir innlagt på avdelingen? Kan helsepersonell kartlegge ungdommens evne til å ta til seg informasjon, samt hva de selv ønsker av informasjon, og på denne måten tilrettelegge informasjonsmengden ut i fra individuelle behov? Haynes, Eivors & Crossley (2011) trekker frem at ungdom må få informasjon med utgangspunkt i hvor mye de selv ønsker å vite. Intervjustudien tydet på at ungdommene ikke syntes tidspunktet for når de fikk informasjon var av betydning for opplevelsen av brukermedvirkning. Hvordan vil dette utarte seg for ungdom som for eksempel er psykotiske? Hva er mulige løsninger? Hvordan kan man best tilrettelegge for ungdommenes individuelle forskjeller og preferanser? Noen trakk frem det å få informasjon dagen etter innkomst, og gav uttrykk for å være tilfreds med det. En løsning kan være at den informasjonen som gis ved innkomst blir skrevet ned, for så å gå gjennom dette med ungdommen på et senere tidspunkt. På den måten kan vi bidra til at ungdommen får den informasjonen de trenger for å kunne medvirke i utformingen og gjennomføringen av behandlingen.

Ungdom både i litteraturstudien og intervjustudien fortalte om å bli holdt utenfor i deler av eller hele behandlingsmøter. Ifølge Askheim (2016) kan det å kun invitere ungdommene med på siste del av møtet være en måte for helsepersonellet å jobbe «politisk korrekt» samtidig som kontrollen forblir hos fagpersonen. Helsepersonellet støtter opp om de formelle prinsippene bak brukermedvirkning ved å invitere ungdommene med på møtet, og samtidig opprettholder de sin makt ved å ta beslutninger på vegne av ungdommen. I en relasjon der makten er ujevnt fordelt kan det bli vanskelig for ungdommen å ta i bruk egne ressurser og å fremme egne meninger (Herheim & Langholm, 2012). Strukturen på møtene ledet til at samtlige av ungdommene valgte å ikke involvere seg under møtene. Fra et helsepersonells perspektiv ble dette sett på som at ungdommen var enige eller likegyldige til deres beslutninger, selv om det egentlig skyldtes at ungdommene vegret seg for si noe (LeFrancois, 2008). Vil det å endre møtestrukturen øke ungdommenes

brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost? Er det andre faktorer enn møtestruktur som bør endres? Det er avgjørende at helsepersonell viser vilje til å gi fra seg noe makt og kontroll, og ha tro på at ungdommen kan, vil og har kunnskap for å bidra under møtene (Herheim & Langholm, 2012). Dersom helsepersonellet erfarer at ungdommene er i stand til å være aktive deltakere under møtet, vil det sannsynligvis bli noe lettere for dem å våge å gi ungdommene økt innflytelse. Hvilke endringer skal til for at helsepersonell vil anse det som naturlig og forsvarlig å gi fra seg noe av makten?

Storm (2009) sier at relasjoner for noen pasienter vil være så problematiske at deltakelse og formidling av egen forståelse og opplevelse av situasjonen blir for vanskelig. Av intervjustudien kom det frem at enkelt av ungdommene opplevde det som vanskelig å ta del i egen behandling, selv om helsepersonellet oppfordret til det. Min egen erfaring fra sengeposten er at ungdommene under innleggelsen vil møte på situasjoner og samtaler som kan oppleves som vanskelige, og de sier at de ikke vet hva de skal si eller gjøre. En mulig løsning kan være at helsepersonellet informerer ungdommen om at det i orden å ikke være aktivt involvert hele tiden. Kan fokuset på brukermedvirkning bli så stort, at det for ungdommen oppleves som et press? Vil noen av dem foretrekke en mer paternalistisk tilnærming? Behøver også ungdommene opplæring i brukermedvirkning for å bli mer aktivt involvert i sin egen behandling? Lines m.fl. (2015) trekker frem at selv med en paternalistisk tilnærming, så kan man ha brukermedvirkning, så fremt det foreligger et element av valg – nemlig valget å ikke delta.

Et resultat som kom frem gjennom intervjustudien som jeg hadde forventet, var at ungdommene ønsket mer innflytelse i tidspunkt for utskrivelse. Utskrivelser innebærer relasjonsbrudd og kan for mange oppleves som sårbart. Dette samsvarer med resultater fra en studie om brukermedvirkning og tvang i akuttpsykiatrien, hvor utskrivelser ble beskrevet som å være styrt av hensyn til pasientflyt fremfor pasientenes egne opplevelser av å "være klare" (Evenstad, 2007). Er det mulig å invitere til medvirkning i utskrivelse når ungdommene er innlagt ved en akuttpsykiatrisk sengepost? Hvordan kan helsepersonell gi realistiske forventninger til deltakelse innenfor rammene av akuttpsykiatrien? Eksisterende forskningslitteratur omtaler ikke brukermedvirkning i kontekst av utskrivelse. Cooper & Mclees (2001) fant imidlertid at mangelfull kartlegging av behov før utskrivelse kan føre til reinnleggelser. Kan en redusere antallet

reinnleggelser gjennom økt fokus på medvirkning i utskrivelse? Hvor god er oppfølgingen etter utskrivelsen? For enkelte pasientgrupper vil det ikke være hensiktsmessig med lengre sykehusinnleggelser. Dette gjelder blant annet dem med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Disse pasientgruppene er overrepresentert når det kommer til bruk av akuttpsykiatriske tjenester. Vil kravet til forsvarlig behandling hos disse pasientgruppene overgå pasientens ønske om involvering? Brukermedvirkning er ikke en metode for valgfrihet (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Kanskje er dette et eksempel hvor det ikke vil være hensiktsmessig med brukermedvirkning? Eller må brukermedvirkning da forstås og utføres på en annen måte?

Pasienter i psykiatrien rapporterer at de har vanskelig for å få gjennomslag for egne meninger, da det de sier og gjør fortolkes som del av deres diagnose og dermed ikke tas på alvor (Askheim, 2016). Pasienter i psykiatrien blir også oftere utsatt for stigmatisering (Rose m.fl., 2007). Det kom frem av den kvalitative intervjustudien at ungdommene opplevde seg som lite troverdige når de ikke ble hørt i beslutninger. Som del av helsepersonellens beslutningsmakt, inngår også å bestemme hvilke av ungdommenes utsagn som var sanne og ikke. Helsepersonellens utfordring er å hele tiden balansere mellom egne vurderinger og pasientens vurderinger av situasjoner (Storm, 2009). Kan helsepersonell bli flinkere til å balansere mellom disse? Er de for raske med å tanke at de selv vet best? Hvis de skal respektere ungdommenes ekspertise i seg selv, må de da ikke også kunne sette seg inn i deres virkelighetsforståelse? Det er nærliggende å tro at helsepersonell ofte tar mange beslutninger automatisk, uten at det tenkes gjennom de mulige fordeler og ulemper slike beslutninger kan få. Kan et økt fokus og bevissthet rundt beslutninger øke grad av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost?

Forskning viser ofte til barn og unge i psykiatrien som sårbare grupper (Strandbu & Thørnblad, 2010). Er dette med på å påvirke helsepersonells syn på disse ungdommene og hvordan de involverer dem i deres behandling? Gjør det at beslutninger om behandling tas raskere ut fra et perspektiv med fokus på sikkerhet og beskyttelse fremfor involvering i behandlingen? Slike "raske" eller rutinemessige avgjørelser vil også kunne gå på bekostning av beslutninger som i større grad integrerer sikkerhet med brukermedvirkning, da dette kan være mer tidkrevende prosesser.



En av artiklene i litteraturstudien understreket viktigheten av at helsepersonell hadde en grunnleggende forståelse av brukermedvirkning. Eller øker sjansen for at helsepersonellet fortolker brukermedvirkning slik at det samsvarer med deres forutbestemte agenda for å ha kontroll over barnet – den psykiatriske pasienten. Gjennom den kvalitative intervjustudien gav ungdommene inntrykk av at de er i stand til å delta i beslutningstaking, at de har stemmer som de ønsker å ta i bruk. Kanskje vi bør endre vårt syn på dem som «sårbare barn» til ressurssterke *mennesker*. På den måten vil det bli mer selvfølgelig at de skal involveres i beslutninger som omhandler deres egen behandling og psykiske helse.

### **6.2.1 Helsepersonells perspektiv på barrierer for brukermedvirkning**

Helsepersonellens perspektiv er et viktig bidrag i forståelsen av brukermedvirkning. Gjennom ulike perspektiver utvides forståelsen av brukermedvirkning. Timlin (2015) trekker frem som avgjørende for levering av kvalitetsomsorg til ungdom at helsepersonellet er oppmerksomme på ulike faktorer som styrker og svekker brukermedvirkning.

Er det faglig og etisk forsvarlig å ta over makten til et annet menneske ut fra forståelsen av at de er umodne? Helsepersonellet i den systematiske litteraturstudien mente ungdommens alder/modenhet og sikkerhet var barrierer for å realisere deres rett til deltakelse. Ifølge Smith (2002) bør deltakelse i beslutningstaking ikke knyttes til biologisk alder. Ungdom har en evne til å forstå, kommunisere og reflektere, som er grunnleggende forutsetninger for å kunne bli aktivt involvert i brukermedvirkning. Gjennom valgmuligheter og kontroll over eget liv kan vi bidra til å bygge opp ungdommens selvfølelse. Det vil på sikt kunne bidra til økt mestringstro, mestring og deltakelse. Som tidligere nevnt, peker forskning på at ungdom er i stand og villige til å ta del i egen behandling – så fremt det legges til rette for dette (Coad & Shaw, 2008; Abrines-Jaume m.fl., 2016).

I tillegg til alder og modenhet, trakk også helsepersonellet i den systematiske litteraturstudien frem det å ta beslutninger på vegne av ungdommen av hensyn til deres sikkerhet. På samme måte som for modenhet, handler brukermedvirkning om

tilrettelegging. Selv akutt suicidale pasienter kan medvirke i egen behandling dersom det legges til rette for det. En studie av Berg, Rørtveit & Aase (2017) fant at det var viktig for voksne inneliggende suicidale pasienter å ha en følelse av kontroll over eget liv. En måte å imøtekomme ungdommenes behov for brukervedvirkning samtidig som en tar hensyn til behovet for sikkerhet, er å tilby dem å gi «makten» over til helsepersonellet. For eksempel kan det innebære å gi dem valgmulighet for å gi fra seg eventuelle skadegjenstander.

Et annet funn i litteraturstudien var at helsepersonell mente at ungdommenes diagnose var til hinder for å involvere dem i deres behandling. I følge forskning kan selv barn og unge med alvorlige psykiske lidelser være i stand til å samtykke til behandlingsbeslutninger (Mandarelli m.fl., 2017). Brukervedvirkning innen psykisk helsevern krever imidlertid en spesiell form for tilretteleggelse og må tilpasses den enkeltes mentale helsetilstand (Herheim & Langholm, 2012; Storm, 2009). I stedet for å se på diagnose og medfølgende symptomer som et hinder for brukervedvirkning, burde helsepersonellet forsøke å muliggjøre involvering til tross for det de betrakter som hindringer.

### **6.3 Betydningen av å innhente ulike perspektiver**

Det er et kunnskaps gap innenfor feltet brukervedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om ungdoms erfaringer og perspektiver på brukervedvirkning innenfor denne konteksten. Det samme gjelder helsepersonells syn. Det viktigste perspektivet å få med først, er ungdommenes egne. Det er ungdommene selv som innehar erfaringer og tanker om hva de opplever og hva de mener styrker eller svekker brukervedvirkning. Deretter er det viktig å få kartlagt perspektivene til de som jobber med dem og de som kjenner dem best.

Hvilken rolle kan foreldre eller foresatte spille? Bøckmann & Kjellevold (2010) trekker frem at pårørende står i en særstilling som støtte- og omsorgspersoner når alvorlig sykdom rammer, da det er de som kjenner oss best og deler vår historie. Samtidig har vi alle ulike relasjoner til dem som står oss nær, og vi kan ikke utelukke at ungdommenes relasjon til deres foresatte kan være en faktor som bidrar negativt. Hvordan kan helsepersonell forholde seg til dette? Hvem sin interesse er det de skal ivareta når

ungdommens synspunkter og foresattes synspunkter står i strid med hverandre?

Ungdommene er ikke av helserettslig myndighetsalder før fylte 16 år, som innebærer at det er foreldrene som har ansvaret for å ivareta deres interesse ved samtykke og medvirkning (Befring, 2004). I ungdomspsykiatrisk sengepost vil dette særlig komme til syne ved at de som er under helserettslig myndighetsalder kan legges inn under frivillig psykisk helsevern på bakgrunn av foresattes samtykke – og ikke deres eget (ibid.). Hvordan skal helsepersonell forholde seg til dette? Hva kan det åpnes for at ungdommen selv får være med på å bestemme? Hvordan kan de foresatte brukes som en ressurs? Ved fylte 16 år til den dagen ungdommen fyller 18 år kan de selv samtykke eller motsette seg innleggelse og begrense hvilken informasjon som skal videreformidles til foresatte. Men det er også her snakk om et viktig unntak, helsepersonellet er fremdeles pliktig å gi avgjørende informasjon til foreldre for at de skal kunne ivareta foreldreansvaret frem til ungdommen fyller 18 år. Det vil her være avgjørende at personalet begrunner hvilken informasjon de velger å dele med foreldrene, slik at de respekterer ungdommens meninger og ønsker. Kan det her være mulig å oppmuntre ungdommen til selv å informere de foresatte? Kan en tilrettelegge informasjonen man gir, med innspill fra ungdommen?

For at helsepersonellet skal kunne tilby ungdommene i ungdomspsykiatrisk sengepost behandling som er tilpasset individuelle behov, er det nødvendig å innhente kunnskap om deres tidligere opplevelser, erfaringer, sykdomshistorikk og familiebakgrunn. Det vil også her være viktig å innhente kunnskap om ungdommens kulturelle bakgrunn. Minoritetsgrupper, herunder flyktninger, er særlig utsatt for å utvikle psykiske lidelser grunnet opplevelser med traume. Det er viktig at disse ungdommene inkluderes i forskning for å bidra til videre utvikling av dette kliniske feltet. En studie av Jakobsen, Demott & Heir (2014) undersøkte forekomsten av psykiske lidelser blant enslige mindreårige asylsøkere i Norge. De fant at 42% oppfylte kriterier for psykiske lidelser. Dette illustrerer hvor viktig det er at helsepersonell i arbeid med brukervedvirkning har fler- og inter-kulturell kompetanse. Hvordan må brukervedvirkning tilpasses ut fra ungdommenes etnisitet og kulturelle bakgrunn? Hvordan ser disse ungdommene selv på brukervedvirkning? Har de andre forventinger og behov i behandlingen enn de som er norsk-etniske?

I tillegg til ungdommenes kulturelle/etniske bakgrunn, er også helsepersonellens bakgrunn viktig for hvordan vi forstår og utfører brukermedvirkning i sengepost. Har helsepersonell med ikke-vestlig bakgrunn et annet syn på brukermedvirkning? Hvilken rolle spiller vår kulturelle bakgrunn i vårt arbeid? Michalski, Farhan, Motschall, Werner & Boeker (2017) fant at helsepersonell etnisitet påvirker hvordan de betrakter, forstår og behandler pasienter, da de har en annen utdanning, klinisk erfaring og sin egne kulturelle bakgrunn.

I tillegg kan det være nyttig å innhente kunnskap, erfaringer og anbefalinger fra andre målgrupper, som frivillige organisasjoner. Dette inkluderer for eksempel Mental Helse Ungdom eller PsykiskhelseProffene. Disse organisasjonene kan bidra på systemnivå og politisk nivå for å styrke brukermedvirkning for denne spesifikke gruppen av ungdommer. Hvordan forstår slike interessegrupper begrepet brukermedvirkning og hvilke perspektiver har de på brukermedvirkning innenfor konteksten av ungdomspsykiatrisk sengepost? PsykiskhelseProffene har presentert en liste over hva de mener brukermedvirkning skal innebære, blant annet at det skal inneholde ærlig og nyttig informasjon, at ungdom skal få være med på beslutningsprosesser i behandlingen og å dokumentere og gi tilbakemelding på behandlingen og brukermedvirkningen (Forandringsfabrikken, u.å).

#### **6.4 Styrker og svakheter i oppgaven**

Et lite antall deltakere er en svakhet ved denne studien. Det er særlig fordi det begrenser bredden av ulike erfaringer og perspektiver som det var mulig å få innsikt i gjennom denne forskningen. I planleggingen av studien var målet å rekruttere minst åtte ungdommer. Da studien ble utført som en del av min masteroppgave, hadde jeg begrensede ressurser. «Datametning» - punktet der ingen vesentlig ny informasjon generes - var ikke et mål, men å gi innsyn i problemstillingen (Polit & Beck, 2016). Rekrutteringsperioden var fem måneder (november 2017 til mars 2018). Jeg hadde planlagt kun å rekruttere ungdommer fra ungdomspsykiatrisk sengepost ved Stavanger universitetssjukehus. En faktor som påvirket rekrutteringen, var reinnleggelser. Forskning tyder på at rundt 40 til 50 prosent av psykiatriske pasienter blir re-innlagt innen 12 måneder etter utskrivelse (Mgutshini, 2010). Dette burde det vært tatt høyde

for i planleggingen av studien. En mulighet for å øke rekrutteringen kunne vært å søke om tillatelse til å inkludere ungdommer fra andre sykehus. Dette ville imidlertid medført økte kostnader for prosjektet. Selv om det i perioden hvor datainnsamling foregikk ble gjort et flertalls innleggelser, var det i hovedsak de samme ungdommene som kom inn igjen. Dette gjaldt også ungdom som har tatt del i min kvalitative intervjustudie. Dersom at alle potensielle deltakere i de fem månedene intervjuene pågikk samtykket til deltakelse hadde jeg hatt ni informanter. Av de fem ungdommene som ikke ønsket å delta takket to nei grunnet bruk av båndopptaker, en sa at hun ikke hadde tid og de siste to oppgav ingen årsak. En mulighet ville vært å gjennomføre intervju uten lydopptak. Dette ble drøftet med veileder før jeg startet med datainnsamlingen. Jeg hadde aldri tidligere gjennomført kvalitative intervju, og kjente meg av den grunn ikke trygg nok i intervjurollen til å gjennomføre intervjuene uten lydopptak, da jeg var bekymret for at jeg kunne gå glipp av viktig informasjon.

Det var ikke jeg som forespurte ungdommene om deltakelse. Derfor vet jeg ikke hvordan studien ble presentert av helsepersonellet. Dersom jeg selv hadde fått snakke med ungdommene kunne jeg kanskje bedre beskrevet formålet med og metoden som ble brukt i forskningen, og dette ville kanskje bidratt til at de valgte allikevel å delta. Jeg valgte imidlertid å ikke å gjøre dette, da jeg både hadde rolle som forsker i prosjektet og var ansatt i sengeposten, og ønsket å unngå at de følte seg tvunget til å delta.

Lavt antall deltakere var også et hinder for i noe større utstrekning å kunne teste spørreskjemaet. Forskningen er allikevel en første undersøkelse av umiddelbar validitet av dette spørreskjemaet som er spesifikt utviklet for å undersøke brukervedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Det var i stor grad samsvar mellom innholdet i og svar på spørsmål under de kvalitative intervjuene og i spørreskjemaene. En mulig årsak til dette er at intervjuguiden og spørreskjemaet inneholder flere av de samme spørsmålene. Utformingen av intervjuguiden var i sterk grad styrt gjennom kravene som ble gitt av personvernombudet (PVO) ved Stavanger Universitetssjukehus. Opprinnelig ønsket jeg å invitere ungdommene til å fortelle fritt om sine opplevelser fra sengeposten for så å se i hvilken grad de spontant snakket om aspekter som kan knyttes til brukervedvirkning. Dette ble derimot ikke godkjent av PVO som insisterte på at jeg kun kunne stille spørsmål som direkte omhandlet brukervedvirkning.

Noen av temaene som ungdommene tok opp under intervjuet var ikke dekket i spørreskjemaet. Videre forskning bør benytte både kvalitative og kvantitative metoder for å teste validitet og reliabilitet av spørreskjemaet. På den måten kan det bli et mer "solid" redskap for rutinemessig evaluering av brukervedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Slike tester kan for eksempel inkludere evaluering av *indre konsistens*, *kriterievaliditet* og *begrepsvaliditet* (Drageset & Ellingsen, 2009; Jacobsen, 2010; Polit & Beck, 2016). Dette vil bidra til å kvalitetssikre måleinstrumentets nøyaktighet og pålitelighet.

For å kunne bidra til videreutvikling og kvalitetssikring av helsetjenesten, er det sentralt å kunne kartlegge brukervedvirkning hos inneliggende i ungdomspsykiatrisk sengepost. Storm (2009) viser til at man med bakgrunn i resultatene fra slike kartlegginger kan iverksette spesifikke tiltak med hensyn til brukervedvirkning i avdelingen. Bruk av et standardisert spørreskjema kan være et mulig redskap for dette, og kan fungere som et tillegg til samtalene pasientene har med behandlerne. Det kan også tenkes å bidra til å styrke brukervedvirkning ved at helsepersonell og pasienter blir mer bevisste og får økt fokus på brukervedvirkning. I tillegg kan det bidra til økt kunnskap om brukervedvirkning både på individnivå og systemnivå, for å bedre kvaliteten i helsetjenestene. Jeg anbefaler derfor at det jobbes videre med å utvikle et måleredskap for brukervedvirkning til bruk i ungdomspsykiatrisk sengepost.

Reell brukervedvirkning forutsetter at brukere tar del i hele forskningsprosessen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013). Det argumenteres for at brukerinvolvering i forskningsprosessen fører til at forskningen i større grad reflekterer brukernes behov og synspunkter (ibid.). I denne studien har jeg ikke hatt brukere involvert i planlegging eller evaluering av forskningen, noe som er en svakhet. Involvering av brukere kunne ha påvirket utviklingen av prosjektet i sin helhet. For eksempel kunne utvikling av spørreskjema og intervjuguide i samarbeid med brukere bidratt til inklusjon av spørsmål som ville gitt ytterligere nyttig kunnskap. Involvering av brukere i planleggingen og gjennomføringen av forskningsprosjekter har vist seg å kunne påvirke både fokus for, design og innhold i studien (Trivedi & Wykes 2002). Det skal imidlertid trekkes frem at jeg spurte to ungdomsrepresentanter om de hadde anledning til å evaluere prosjektet mitt i planleggingsfasen. De var positive til dette, men det viste seg at de ikke hadde kapasitet til å gjøre dette.

Det var planlagt å benytte metodetriangulering gjennom et design med kvalitative og kvantitative metoder og data (Polit & Beck, 2016). Opprinnelig var det kun tenkt å gjennomføre intervjustudien og spørreskjemaundersøkelsen. For å bidra med ytterligere data ble det senere besluttet å utføre en systematisk litteraturstudie i tillegg. Metoden bidro til økt mengde data, flere og bredere perspektiver, og styrket pålitelighet av resultatene. En slik form for metodetrianguleringen kan øke den kunnskapsmessige verdien (Malterud, 2017).

Dogra (2005) pekte for over ti år siden på at det forelå få studier hvor barn og unge var blitt involvert i forskningen. Den systematiske litteraturstudien som ble gjennomført som del av dette prosjektet tyder på at det fortsatt finnes svært lite forskning innenfor det valgte forskningsfeltet. Dette er på tross av at forskning peker på at unge er i stand til og bør inkluderes i forskningsprosjekter (Strandbu & Thørnblad, 2010). Prosjektet som er presentert i denne oppgaven er derfor et viktig steg for å bidra til økt forskningsbasert kunnskap om brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost i Norge, ut fra ungdommenes egne erfaringer og perspektiver.

## 7.0 KONKLUSJON

Ny forskningsbasert kunnskap er utviklet gjennom dette forskningsprosjektet som er det første som fokuserer på brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost i Norge. Kun to andre studier som bidrar med kunnskap om brukermedvirkning innenfor denne konteksten har blitt publisert internasjonalt. Ingen av disse hadde fokus på faktorer som fremmer brukermedvirkning.

I den kvalitative intervjustudien trakk ungdommene det frem som sentralt for deres opplevelse av brukermedvirkning at de ble møtte med respekt og høflighet av helsepersonellet. Medvirkningen ble styrket gjennom involvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av egen behandling. I partnerskap med helsepersonellet fikk ungdommene komme med egne innspill og meninger angående beslutninger som omhandlet dem. Ungdommene gav uttrykk for å være engasjert i egen behandling.

Når ungdommenes forventinger til deltakelse ikke ble møtt, ble deres opplevelse av brukermedvirkning svekket. Ungdommene kunne la være å engasjere seg i egen behandling og i møter når de ble holdt utenfor av helsepersonellet. Når helsepersonellet fattet beslutninger på ungdommenes vegne, satt de igjen med opplevelsen av at medvirkning var til ingen nytte. Dette ledet til følelsen av utrygghet, hvilket reduserte medvirkningen ytterligere.

Studiens lave antall reduserte muligheten for å vurdere validiteten og påliteligheten av spørreskjemaet for bruk og nytte i rutinemessig praksis. Det var imidlertid relativt stor grad av samsvar mellom innholdet i og svar på spørsmålene under de kvalitative intervjuene og i spørreskjemaene. Spørreskjemaet dekket mange av temaene ungdommene tok opp, men ikke alle. Noen flere spørsmål har blitt foreslått som tillegg til spørreskjemaet for å styrke validiteten. Spørreskjemaet vil da kunne gi innsikt i brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost, og herunder ungdommenes tilfredshet med behandlingsplanen.

Resultatene fra den systematiske litteraturstudien gav innsikt i noen faktorer som bidro til å svekke ungdoms opplevelse av brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. Ungdommene rapporterte om lite til ingen medbestemmelse i egen



behandling. Det ble fortalt om utilstrekkelig informasjon, ekskludering fra behandlingsmøter og få muligheter til at ungdommenes egne synspunkter ble hørt.

Sammenstilling av resultatene fra intervjustudien og litteraturstudien identifiserte området hvor resultatene både samsvarte, utfylte og motsa hverandre. Resultatene var utfyllende på flere områder, herunder opplevd viktighet av brukervedvirkning. De utfylte hverandre i forhold til perspektiv, hva som var til hindring for opplevelsen av brukervedvirkning og hvor de behandlingen de ønsket å delta. Resultatene var motstridende i forhold til om ungdommen faktisk ble aktivt involvert i egen behandling. Kun i intervjustudien kom det frem faktorer som fremmet opplevelsen av brukervedvirkning.

## **7.1 Implikasjoner for praksis**

Den kvalitative intervjustudien fant sted på én sengepost i Rogaland. Utvalget kan ikke sies å være representativt for ungdom som er inneliggende ved psykiatriske sengeposter. Datagrunnlaget er i tillegg for lite for at det kan generaliseres til praksisfeltet. Samtidig var det ikke et mål med studien at den skulle være generaliserbar, men å gi ny innsikt til problemstillingen og bidra med kunnskap til et forskningsfelt hvor det foreligger svært lite forskningsbasert kunnskap. Studien har lyktes med å tilføre ny kunnskap innenfor et klinisk felt hvor lite forskning foreligger. Spørreskjemaet må videreutvikles og utprøves på et større utvalg før vi kan si om det i tilstrekkelig grad og på tilstrekkelig mange måter evaluerer ungdoms erfaringer med brukervedvirkning.

## **7.2 Videre forskning**

- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap for å styrke brukervedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost. For å lære mer om ungdoms erfaringer og perspektiver behøver flere kvalitative studier. I tillegg bør både foreldre/pårørende, helsepersonell og andre målgrupper intervjues for å sikre bredde i perspektivene. I tillegg til en-til-en intervjuundersøkelser, kunne både fokusgruppeintervjuer og observasjonsstudier bli vurdert som redskap for å få ytterligere dypere og bredere innsyn i dette forskningsfeltet.

- Forskning for å utvikle og styrke spørreskjemaet er nødvendig for at det skal kunne benyttes i rutinemessig praksis.
- Uansett hvilke forskningsprosjekter som etableres, bør det sikres at ulike brukergrupper er involvert i planleggingen, gjennomføringen og analysen av studiene. Det er også nødvendig å utvikle en strategi for distribuering av resultatene av både denne og fremtidige studier, og implementering av resultatene i praksis.

## LITTERATURLISTE

Abrines-Jaume, N., Midgley, N., Hopkins, K., Hoffman, J., Martin, K., Law, D. & Wolpert, M. (2016). A qualitative analysis of implementing shared decision making in Child and Adolescent Mental Health Services in the United Kingdom: Stages and facilitators. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2016, Vol. 21(1) 19–31. doi: 10.1177/1359104514547596

Angel, S. & Frederiksen, K.N. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2015) 1525–1538. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008>

Arnstein, S.R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35: 4, 216 — 224. doi: 10.1080/01944366908977225

Askheim, O.P. (2016). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bandura, A. (1997) *Self-efficacy. The exercise of control*. W.H. Freeman and Company

Berg, S.H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Health Services Research* (2017) 17:73

Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2015). Behandling ved kronisk suicidalitet – retningslinjer og realiteter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 52, nummer 10, 2015, s.872-877. Hentet fra

[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=451633&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=451633&a=2)

Bee, P., Gibbons, C., Callaghan, P., Fraser, C. & Lovell, K. (2016) Evaluating and Quantifying User and Carer Involvement in Mental Health Care Planning (EQUIP): Co-Development of a New Patient-Reported Outcome Measure. *PLOS ONE* 2016; 11(3):e0149973. doi:10.1371/journal.pone.0149973

Befring, A.K. (2004). Informasjon og samtykke ved behandling av barn og ungdom.

Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124: 667-8. Hentet fra

<https://tidsskriftet.no/2004/03/rett-og-urett/informasjon-og-samtykke-ved-behandling-av-barn-og-ungdom>

Biering, P. (2010). Child and adolescent experience of and satisfaction with psychiatric

care: a critical review of the research literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010

Feb;17(1):65-72. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01505.x

Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2008). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal

Akademisk

Bjørvik, J. (2009). God nok? Selvaktelse og interpersonlig fingering hos pasienter innen

psykisk helsevern: Forholdet til diagnose, symptomer og behandlingsutbytte

(Doktoravhandling). Universitet i Bergen [UiB]. Bergen.

Borgersen, G. (2016). I spennet mellom paternalisme og likegyldighet Hentet fra

<https://www.napha.no/content/20684/I-spenntet-mellom-paternalisme-og-likegyldighet>

Braut, G.S. (2009). Sengepost. Hentet fra <https://sml.snl.no/sengepost>

Brown, A., Ford, T., Deighton, J. & Wolpert, M. (2014) Satisfaction in child and adolescent

mental health services: translating users' feedback into measurement. *Springer science and*

*business media*, Adm Policy Ment Health. 2014 Jul;41(4):434-46. doi: 10.1007/s10488-012-

0433-9.

Brumoen, H. (2010). Svake og sterke øyeblikk – Bygging av mestringstillit. Tidsskrift for

Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 11, 2010, side 1020-1025.

Bøckmann, K. & Kjellevold, A. (2010). Pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Bergen: Fagbokforlaget

Coad, J.E. & Shaw, K.L. (2008). Is children's choice in health care rhetoric or reality? A scoping review. *Journal of Advanced Nursing* 64(4), 318–327 doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04801.x

Cooper, M. & McLees, S. (2001). Brief clinical reports. "Can we prevent readmission? Needs for care and gaps in service provision". *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29, 497-500.

Connolly, J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(3), 258-269.

<http://dx.doi.org/10.1037/h0079809>

Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*. Berkshire: Open University Press, McGraw -Hill Education.

Coyne, I., McNamara, N., Healy, M., Gower, C., Sarkar, M. & McNicholas, F. (2015). Adolescents' and parents' views of Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS) in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2015, 22, 561–569

Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP Qualitative Checklist. [online] Hentet fra <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist.pdf>

Daremo, Å. & Haglund, L. (2008). Activity and participation in psychiatric institutional care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2008; 15: 131-142

Dogra, N. (2005). What do children and young people want from mental health services? *Curr Opin Psychiatry* 18:370-373

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*.

Polit, D., & Beck, C. (2016). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. London: Lippincott, Williams & Wilkins.

Edbrooke-Childs, J., Jacob, J., Argent, R., Patalay, P., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). The relationship between child- and parent-reported shared decision making and child-, parent-, and clinician-reported treatment outcome in routinely collected child mental health services data. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2016 Apr;21(2):324-38. doi: 10.1177/1359104515591226.

Entwistle, V.A. & Watt, I.S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8): 29–39, 2013

Folkehelseinstituttet. (2018). *Stadig flere tenåringsjenter får hjelp for psykiske lidelser*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/stadig-flere-tenaringsjenter-far-hjelp-for-psykiske-lidelser/>

Evenstad, A.M. (2007). Brukermedvirkning og tvang: Om tvangsinnlagte pasienters medvirkning i eget behandlingsopplegg i en akuttpsykiatrisk seksjon (Masteroppgave). Universitetet i Oslo (UiO). Oslo.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. & Kallmyer, B. (2017). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. *Gerontologist*, 2018, Vol. 58, No. S1, S10–S19. doi:10.1093/geront/gnx122

Fitzsimons, S. & Fuller, R. (2002). Empowerment and its implications for clinical practice in mental health: A review. *Journal of Mental Health* (2002) 11, 5, 481–499.

Forandringsfabrikken (u.å). *Innspill til tvangslovutvalget fra PsykiskhelseProffene*  
Hentet fra <http://forandringsfabrikken.no/files/Innspill-til-tvangslovutvalget-fra-PsykiskhelseProffene-i-Forandringsfabrikken.pdf>

Friestad, C. og Hansen, I. S. (2005). Mental health problems among prison inmates: the effect of welfare deficiencies, drug use and self-efficacy. *Journal of Scandinavian*

*Studies in Criminology and Crime Prevention*. Vol 6, pp 183-196. doi:  
10.1080/14043850510035100

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), s.105-112.

Graneheim, U.H, Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2017) Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56(2017), s.29-34.

Gros, C.P., Parr, C., Wright, D.K., Montreuil, M. & Frechette, J.(2017). Hospital rules and regulations: The perspectives of youth receiving psychiatric care. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing* 30(1): 18-24.

Hanssen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, K., Norheim, A. & Sommerseth, R. (2015). Faglig skjønn i utøvelse av profesjonelt helse- og sosialfaglig arbeid. I Hanssen, H. (Red). *Faglig skjønn og brukermedvirkning i helse- og velferdstjenestene*. (s. 21-46). Bergen: Fagbokforlaget.

Halvorsen, P. (2011). Færre liggedøgn og mindre tvang med brukerstyring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 48, nummer 5, 2011, side 492-493.

Haynes, C., Eivors, A. & Crossley, J. (2011). ‘Living in an alternative reality’: adolescents’ experiences of psychiatric inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health* Volume 16, No. 3, 2011, pp. 150–157. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00598.x

Herheim, Å. & Langholm, K. (2012). *Psykisk helsearbeid – Teorier og arbeidsmåter*. Oslo: Damm

Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning av 20 juni 2008. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>

Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Opptrappingsplanen for psykisk helse*. (St. Prp. Nr.63, 1997-1998). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse:...sammen om psykisk helse...* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012-2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. (St.meld. nr. 10, 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen - mestring og muligheter*. (St.meld. nr. 19, 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. (St. meld. Nr. 11, 2016-2019) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Hill, S. & Laugharne, R. (2009). Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*, Vol.15, 75-84.  
<https://doi.org/10.1080/09638230500512250>

Jacobsen, D.I. (2013). *Forståelse, beskrivelse og forklaring; Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jacobsen, M., Demott, M.A.M & Heir, T. (2014) Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum- seeking adolescents in Norway. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2014, 10, 53-58



Johansen, J.A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 20,643,714–718. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2006/714-718.pdf>

Klausen, R.K. (2016). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. Senter for omsorgsforskning. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/10402/article.pdf?sequence=2>

Krogh, F., Indergård, P.J., Solbakken, T. & Urfjell, B. (2017). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2016*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1298/IS-2611-Aktivitetsdata-PHBU-2016.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Larsen, A.K. (2008). *En enklere metode : Veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lebow, J. (1984). Assessing consumer satisfaction in mental health treatment settings: A guide for the administrator. *Administration in Mental Health*, 12(1), 3–14.

LeFrancois, B.A. (2008). «Its like mental torture»: Participation and mental health services. *International Journal of Children's Rights* 16 (2008) 211–227

Lee B.R., Munson M.R. & Ware N.C, mfl. (2006). Experiences of and attitude toward mental health services among older youths in foster care. *Psychiatric Services* 57:487–492, 2006

Lines, L.M., Lepore, M. & Wiener, J.M. (2015). Patient-centered, person-centered, and person-directed care: They are not the same. *Wolters Kluwer Health*.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

Mandarelli, G., Sabatello, U., Lapponi, E., Pace, G., Ferrara, M. & Ferracuti, S. (2017). Treatment decision-making capacity in children and adolescents hospitalized for an acute mental disorder: The role of cognitive functioning and psychiatric symptoms. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. Doi: 10.1089/cap.2016.0092

Melby, L., Ådnes, M., Kaasbøll, J., Kasteng, F. & Ose, S.O. (2017). *Evaluering av samhandlingstiltak rettet mot utsatte barn og unge: Suksesskriterier og barrierer på veien mot mer helhetlig tjenestetilbud* (2017:00418). Hentet fra [http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport\\_evaluering-samhandlingstiltak\\_endelig-22.9.17-003.pdf](http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/rapporter-sintef-ts/rapport_evaluering-samhandlingstiltak_endelig-22.9.17-003.pdf)

Menneskerettsloven. (1999). Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett av 21 mai 1999. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30?q=menneskerettsloven>

Mead, N. & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51 (2000) 1087±1110

Mgutshini, T. (2010). Risk factors for psychiatric re-hospitalization: An exploration. *International Journal of Mental Health Nursing* (2010) 19, 257–267. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00664.x

Michalski, K., Farhan, N., Motschall, E., Werner, V. & Boeker, M. (2017). Dealing with foreign cultural paradigms: A systematic review on intercultural challenges of international medical graduates. *PLoS ONE* 12(7): e0181330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181330>

Moses, T. (2011). Adolescents' perspectives about brief psychiatric hospitalization: What is helpful and what is not? *Psychiatr Q* (2011) 82:121–137 doi: 10.1007/s11126-010-9151-1

NAPHA. (2010). *Brukermedvirkning*. Hentet fra

<https://www.napha.no/content/13876/Brukermedvirkning>

NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fed6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>

NOU 2011:9. (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af63218953/no/pdfs/nou201120110009000dddpdfs.pdf>

NOU 2011:20. (2011). *Ungdom, makt og medvirkning*. Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/e68e3849077544e0a23f060916e2e3f2/no/pdfs/nou201120110020000dddpdfs.pdf>

O’Cathain, A., Murphy, E. & Nicholl, J. (2010). Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *BMJ* 2010;341:c4587 doi: 10.1136/bmj.c4587

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02 juli 1999.

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

Richter, J., Halliday, S., Grømer, L.I. & Dybdahl, R. (2009). User and carer involvement in child and adolescent mental health services: A norwegian staff perspective. *Adm Policy Ment Health* (2009) 36:265–277 DOI 10.1007/s10488-009-0219-x

Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V. & Kassam, A. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research* 2007, 7:97 doi:10.1186/1472-6963-7-97

Salamone-Violi, G.M.L., Chur-Hansen, A. & Winefield, H.R. (2015). ‘I don’t want to be here but I feel safe’: Referral and admission to a child and adolescent psychiatric

inpatient unit: The young person's perspective. *International Journal of Mental Health Nursing* (2015) 24, 569–576. doi: 10.1111/inm.12163

Sjetne, I.S., Bjertnæs, Ø.A., Iversen, H.H. & Olsen, R.V. (2009). Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten. Et generisk, kort spørreskjema. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Notat – 2009. ISBN 978-82-8121-297-8

Smith, A.B. (2002). Interpreting and Supporting Participation Rights: Contributions from Sociocultural Theory. *International Journal of Children's Rights* 2002 (10), 73-88.

Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St.meld. nr. 25, 1996-1997). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>

Sosial og helsedirektoratet. (2006). Plan for brukermedvirkning: Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/158/Brukermedvirkning-psykisk%20helsefeltet-mal-anbefalinger-og-tiltak-i-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-IS-1315.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/237/Psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene-IS-1405.pdf>

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/252/Psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker-IS-1570.pdf>

Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Medvirkning, informasjon og kommunikasjon*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=medvirkning-informasjon-og-kommunikasjon-9253>

Storm, M. (2009). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Strandbu, A. & Thørnblad, R. (2010). «Sårbare» barn som deltakere i kvalitativ forskning: Forskningsetikk og etisk forskning. *Barn* nr. 1 2010:27–41, ISSN 0800–1669

Sverdrup, S., Myrvold, T.M. & Kristofersen, L.B. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. (NIBR-rapport 2007:2). Hentet fra <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2007-2.pdf>

Sverdrup, S. (2009). Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 339-348. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/98989/Sverdrup%20brukermedvirking%202009.pdf?sequence=1>

Sørskår, T.K. (2017). *Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost* (upublisert prosjektplan). Universitet i Stavanger, Stavanger, Norge.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Timlin, U. (2015). Adolescents adherence to treatment in psychiatric care. University of Oulu. Helsinki.

Trivedi, P. & Wykes, T. (2002). From passive subjects to equal partners. *British journal of psychiatry* (2002), 181, 468-472.

Tønnesson, Ø. & Svartdal, F. (2013). Ungdom. *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ungdom>

Ung.no. (u.å.). *Hvordan bli ungdom*. Hentet fra [https://www.ung.no/nyheter/2465\\_Hvordan\\_bli\\_ungdom.html](https://www.ung.no/nyheter/2465_Hvordan_bli_ungdom.html)

Walsh, J. & Boyle, J. (2009). Improving Acute Psychiatric Hospital Services According to Inpatient Experiences. A User-Led Piece of Research as a Means to Empowerment. *Issues in Mental Health Nursing*, 30:1, 31-38, DOI: 10.1080/01612840802500733

WHO. (u.å.). *Adolescent development*. Hentet fra [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/development/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/)

Wills, C.E. (2010). Sharing decisions with patients: Moving beyond patient-centered care. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2010;48(3):4-5. doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20100202-03>

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*, 8(2), 94-104. doi: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x

Wiig, S., Storm, M., Aase, K., Gjestsen, M.T., Solheim, M., Hartug, S., Robert, G. & Fulop, N. (2013). Investigating the use of patient involvement and patient experience in quality improvement in Norway: rhetoric or reality? *BMC Health Services Research* 2013, 13:206.

## VEDLEGG 1 (1 side)

# Notat

**Til:**

Tara Katarina Sørskår

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**

Klinikkjef Lars Conrad Moe

Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 24.10.2017

**Arkivref:** 2017/8139

---

### Godkjennelse masterprosjekt – MA129

Masterprosjektet: «Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA129.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes [forskning@sus.no](mailto:forskning@sus.no) når prosjektet er avsluttet.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

## VEDLEGG 2 (2 sider)

Vår ref. nr.: 2017/1625

**Prosjekttittel: "Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost"**

**Prosjektleder: Petter Viksveen**

Til Petter Viksveen.

Vi viser til Framleggingsvurdering mottatt 10.08.2017. Henvendelsen er vurdert av REK vest ved leder og sekretariatet.

### **Generelt om fremleggingsplikten for REK**

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Slike prosjekter må søke REK. Helse- og omsorgsdepartementets veileder til helseforskningsloven definerer kvalitetssikring som prosjekter, undersøkelser og evalueringer som har som formål å kontrollere at diagnostikk og behandling faktisk gir de intenderte resultater. Slike prosjekter regnes som en del av helsetjenesten og trenger ikke søke REK.

### **Vurdering av om prosjektet er fremleggingspliktig**

Etter vår oppfatning er dette prosjektet ikke fremleggingspliktig for REK.

Akuttpsykiatrisk sengepost på Stavanger universitetssjukehus benytter et spørreskjema for evaluering av ungdommenes erfaringer med oppholdet. Studien tar sikte på å evaluere et revidert spørreskjema som i større grad har fokus på brukermidvirkning for å se om dette kan brukes i rutinemessig praksis. Studiens problemstillinger: Kan et spørreskjema benyttes for å evaluere ungdoms opplevelser med oppholdet på ungdomspsykiatrisk sengepost? Evaluerer spørreskjemaet i tilstrekkelig grad ungdoms erfaringer med brukermidvirkning? Hvordan opplever ungdom brukermidvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost? Ingen helseopplysninger vil bli samlet inn i studien. REK vest oppfatter at formålet med studien ikke er å søke etter ny kunnskap om helse og sykdom som sådan og finner at studien faller utenfor helseforskningsloven. Du trenger dermed ikke å søke REK.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningslovens § 11. Dersom du likevel ønsker å søke REK må du sende inn skjemaet "Prosjektsøknad", der søknaden vil bli behandlet i komitémøte og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Camilla Gjerstad

rådgiver

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 55978499

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)**



<http://helseforskning.etikkom.no>



## VEDLEGG 3 (3 sider)

# Intervjuguide *Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost*

Intervju nr.	
--------------	--

### Bakgrunnsinformasjon

Kjønn		Alder	
Varighet på innleggelse			
Sted og dato for intervju			

### Semi-strukturert intervju.

#### Uformell innledende samtale

#### Informasjon om prosjektet og problemstillingen

- Forklare formålet med intervjuet, som er å lære om deltakernes opplevelser av brukermedvirkning i sengepost.
- Forklare til deltakeren hvorfor og hvordan han/hun ble valgt.
- Informere om frivillighet, anonymitet, konfidensialitet, bruk av båndopptaker samt oppbevaring, sletting av datamaterialet og at deltakeren har rett til å trekke seg fra prosjektet frem til data har blitt analysert.
- Jeg vil introdusere meg selv og informere om mitt ansettelsesforhold i BUPA. Jeg vil også informere om at jeg er student på Master i Helsevitenskap, og at jeg gjør denne undersøkelsen som en del av min masteroppgave.
- Spør om deltaker har noen spørsmål før vi starter intervjuet.
- Be deltaker om å signere samtykkeskjema.

Intervjuet innledes med å invitere til å fortelle om erfaringer med brukermedvirkning. Dette er viktig av to grunner. For det første kan det å delta i et intervju i et forskningsprosjekt være noe nytt for mange og noen kan føle usikkerhet knyttet til hva som skal skje. Det er derfor viktig å legge til rette for en vennlig og hyggelig tone mellom intervjuer og deltaker, og at den som blir intervjuet kan snakke fritt. Dessuten vil et åpent spørsmål gi deltakeren mulighet til fritt å beskrive erfaringer som kan være sentrale for å bidra til forståelse av brukermedvirkning, i motsetning til et spørsmål som leder i en bestemt retning.

-----

### **Intervjuspørsmål**

- Hva slags informasjon fikk du når du kom inn i sengeposten?
- Hvordan ble du lyttet til?
- Hvordan ble dine synspunkter hørt?
- På hvilken måte deltar du i utformingen av din behandling?
- Kan du fortelle om behandlingsplanen din, hvordan ble du involvert i den?
- På hvilken måte får du delta i møter som angår deg?
- Hvordan synes du at du selv bør få påvirke din egen situasjon og din egen behandling?
- Hva har du fått av informasjon om ditt opphold her og det som omhandler din helse?
- Hva har du fått av informasjon om det å mestre hverdagen etter utskrivelse?
- Hvordan har dette stemt overens med dine ønsker?
- Hvordan ville du aller helst hatt det? Hva er viktig for deg?
- Hvordan ønsker du å at du skal få påvirke din egen behandling?

-----

Det ungdommene forteller som er relevant ift brukermedvirkning følges opp med oppfølgingsspørsmål. Disse spørsmålene skal også være åpne (i motsetning til lukkede eller ja/nei-spørsmål). Eksempler kan være: "Kan du fortelle litt mer om det?" og "Hvordan mener du at (det ungdommen har sagt)?"

## **Tilbakeblikk**

- Oppsummerer og går gjennom viktige punkter som har kommet frem i løpet av intervjuet.
- Avklare eventuelle misforståelser, spørre om jeg har forstått det riktig dersom noe er uklart.
- Er det noe jeg ikke har spurt om som du har lyst til å fortelle før vi avslutter?

**Avslutte med å takke for hjelpen og spørre om de har noen spørsmål**

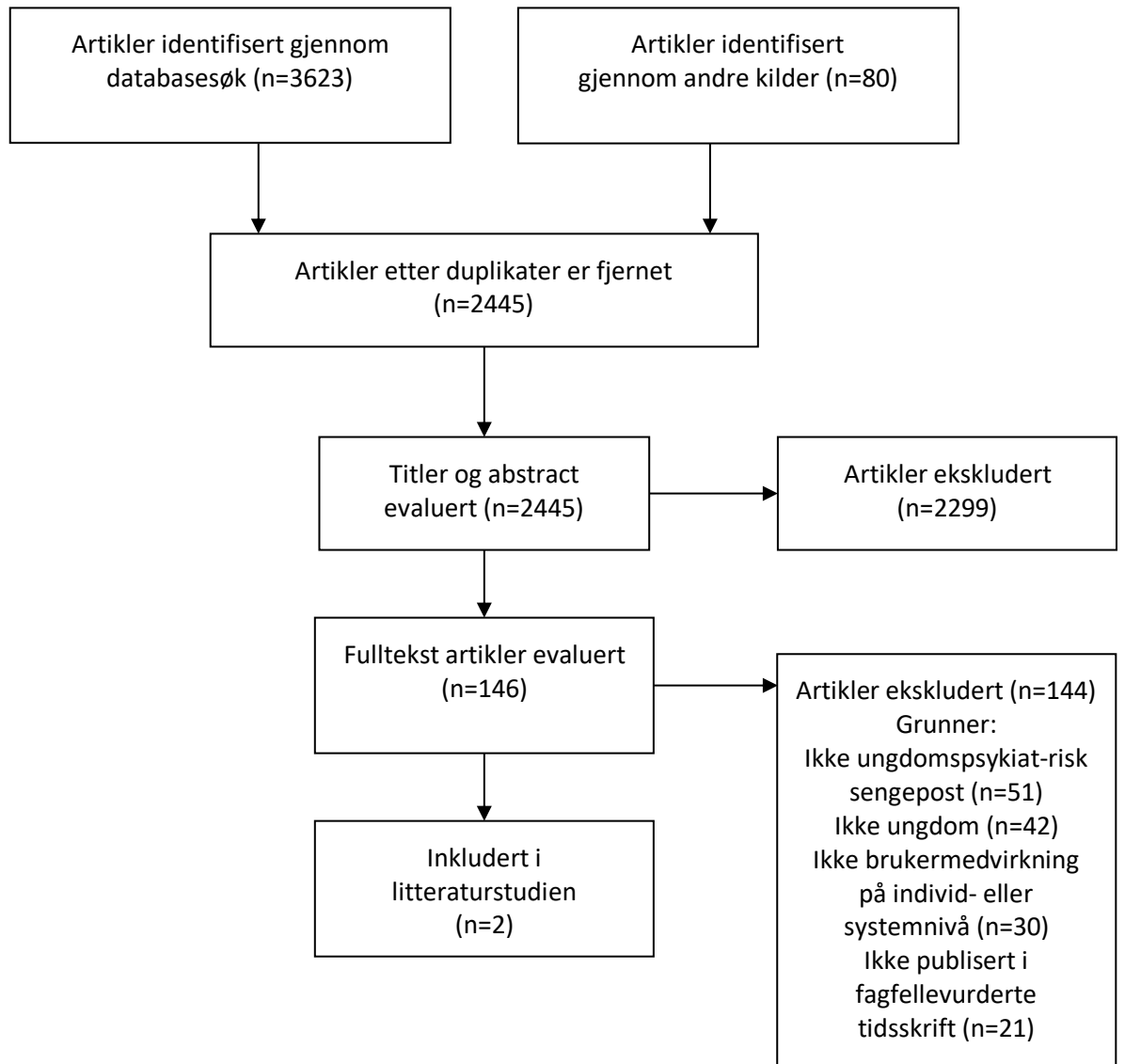
## VEDLEGG 4 (1 side)

	<b>Vurderingspørsmål</b>	<b>LeFrancois (2008)</b>	<b>Moses (2011)</b>
1	Var målene for forskningen klart formulert?	Ja	Ja
2	Er bruk av en kvalitativ metode passende?	Ikke kjent	Ja
3	Var designet hensiktsmessig for å nå målene i forskningen?	Ikke kjent	Ja
4	Var rekrutteringsstrategien hensiktsmessig for å nå målene i forskningen?	Ikke kjent	Ja
5	Var dataene samlet inn på en måte som adresserer forskningstemaet?	Ja	Ja
6	Er forholdet mellom forsker og deltakere blitt tilstrekkelig vurdert?	Ikke kjent	Nei
7	Er det tatt hensyn til etiske problemstillinger?	Ikke kjent	Ja
8	Var dataanalysen tilstrekkelig streng?	Nei	Ja
9	Er det en klar presentasjon av funnene?	Ja	Ja
10	Hvor verdifull er forskningen?	Ja	Ja

## Vedlegg 5 (1 side)



### PRISMA 2009 Flow Diagram



## VEDLEGG 6 (2 sider)

Questi onnair e (numb er)	Question naire (item)	D at a	Sams varer	Kom menta r	Da ta	Sams varer	Kom menta r	Data	Sams varer	Kom menta r	Data	Sams varer	Kom menta r
		I1	I1		I2	I2		I3	I3		I4	I4	
1	de som jobber her lytter til meg	0	Samsvarer		3	Samsvarer		3	Samsvarer i noe grad		0	Samsvarer	
2	lett å snakke med de som jobber her	-1	Samsvarer i noe grad		3	Samsvarer		2	Samsvarer		0	Samsvarer	
3	jeg ble behandlet godt	2	Samsvarer		3	Samsvarer		3	Samsvarer		2	Samsvarer	
4	synspunkter og bekymringer tatt på alvor	-2	Samsvarer		3	Samsvarer		3	Samsvarer		1	Samsvarer	
5	de som jobber her vet hvordan de skal hjelpe meg	0	Samsvarer		2	Samsvarer		1	Samsvarer		1	Samsvarer	
6	de som har møtt meg jobber sammen	0	Samsvarer		3	Samsvarer		2	Samsvarer		2	Samsvarer	
7	jeg ble møtt med høflighet og respekt	2	Samsvarer		3	Samsvarer		3	Samsvarer		1	Samsvarer	
8	Involvert i avgjørelser som angikk behandling	-1	Samsvarer		3	Samsvarer		1	Samsvarer		-1	Samsvarer	
9	Behandle rne snakket til meg slik at jeg forstod dem	1	Samsvarer		3	Samsvarer		3	Samsvarer		2	Samsvarer	
10	Tilstrekkelig informasjon om min diagnose/plager		Samsvarer		3	Samsvarer		2	Samsvarer		-1	Samsvarer	
11	Jeg er tilfreds med egen deltakelse i	-2	Samsvarer		3	Samsvarer		2	Samsvarer		-1	Samsvarer	

	behandlin g												
12	Å delta aktivt gjorde meg mer tilfreds med planlegging og gjennomføring av behandlingen	-2	Samsvarer i noe grad		3	Samsvarer		1	Samsvarer		-1	Samsvarer	
13	Husker du at det ble utviklet en behandlingsplan for deg?	Nei	Samsvarer		Ja	Samsvarer		egen kommentar	Samsvarer	Ikke kommet i gang enda	Egen kommentar	Samsvarer	Vet ikke
14	Behandlingsplanen har et klart mål				3	Samsvarer i noe grad							
15	Behandlingsplanen ble forklart på en forståelig måte				3	Samsvarer							
16	jeg er fornøyd med behandlingsplanen				3	Samsvarer i noe grad							
17	Vi samarbeidet om behandlingsplanen				3	Samsvarer							
18	behandlingsplanen var nyttig				3	Samsvarer i noe grad							
	Sum	-3			50			26			5		
	Mean	-0,3			2,9			2,2			0,4		



## **VEDLEGG 7 (3 sider)**

# INFORMASJONSSKRIV OM KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT OM BRUKERMEDVIRKNING I UNGDOMSPSYKIATRISK SENGEPOST

### **Bakgrunn og hensikt**

Mange ungdommer sliter med psykiske problemer og har behov for å få hjelp på en av ungdomspostene. Hensikten med dette kvalitetssikringsprosjektet er å få kunnskap om dine erfaringer og opplevelser med brukermedvirkning. Vi ønsker med dette å få en bedre forståelse av ungdoms erfaringer og perspektiver. Vi håper at dette kan bidra til å bedre kvalitet på tjenestene.

### **Hva innebærer studien?**

Studien innebærer at du fyller ut et spørreskjema og deltar i et intervju mens du er innlagt i ungdomsposten. Utfylling av spørreskjema vil ta ca.15 minutter og samtalen vil vare i opptil en time. Din deltakelse vil ikke gå ut over din behandling. Vi blir enige om når vi skal møtes og gjennomfører intervjuet her på bygget, på besøksrom eller lignende, alt etter hva du foretrekker og hvilke rom som er ledige. Både spørreskjema og intervju omfatter spørsmål om dine erfaringer og opplevelser med brukermedvirkning. Det vil gjøres lydopptak av intervjuet. Dette oppbevares på en trygg måte slik at ingen uvedkommende kan få tak i det.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Studien vil kreve at du setter av litt tid til spørreskjema og individuelt intervju. Vi forventer ikke at studien medfører ulemper for deg.

### **Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?**

Informasjonen som vi får fra deg skal kun brukes i denne studien. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert, uten navn og fødselsnummer eller andre personidentifiserbare opplysninger. Lydopptakene blir overført til en datamaskin og er sikret (kryptert) slik at ingen andre enn vi forskere kan få tilgang til informasjonen. All materiale oppbevares på en trygg/sikker måte (låst skap) som er utilgjengelig for utenforstående. I den endelige rapporten (mastergradsoppgave og artikkel i vitenskapelig tidsskrift) vil alle deltakerne få pseudonym, altså et annet navn enn ditt navn, og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i resultatene. Opplysningene slettes 1 år etter publisering av masteroppgave og artikkel (01.06.2019).

### **Deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke deg fra studien uten at dette får behandlingsmessige eller andre konsekvenser.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Dersom du har spørsmål, kan du kontakte oss her:

Tara Sørskår på mobil 90516354 eller e-post [tarakatarina@hotmail.com](mailto:tarakatarina@hotmail.com)

Petter Viksveen, postdoktor ved Universitet i Stavanger og veileder for oppgaven, mobil 915 97 468 eller e-post [petter.viksveen@uis.no](mailto:petter.viksveen@uis.no)

# **Samtykke til deltakelse i kvalitetssikringsprosjekt**

"Brukermedvirkning i ungdomspsykiatrisk sengepost"

Jeg har mottatt og gjort meg kjent med informasjonsskrivet om studien, og er villig til å delta

Signatur-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

### Vedlegg 8 (1 side)

Har spørsmålene i spørreskjemaet blitt diskutert i intervjuene?

	I1	I2	I3	I4
1. Jeg føler at de som jobber her lyttet til meg	Ja	Ja	Ja	Ja
2. Det var lett å snakke med de som jobber her	Ja	Ja	Ja	Ja
3. Jeg ble behandlet godt av de som jobber her	Ja	Ja	Ja	Ja
4. Mine synspunkter og bekymringer ble tatt på alvor	Ja	Ja	Ja	Ja
5. Jeg føler at de som jobber her vet hvordan de skal hjelpe meg	Nei	Ja	Ja	Nei
6. Jeg føler at de jeg har møtt jobber sammen for å hjelpe meg	Nei	Nei	Nei	Ja
7. Jeg ble møtt med høflighet og respekt av behandlere og personalet i løpet av oppholdet	Ja	Ja	Ja	Ja
8. Jeg var involvert i avgjørelser som angikk min behandling	Ja	Ja	Ja	Ja
9. Behandlerne snakket til meg slik at jeg forstod dem	Nei	Nei	Nei	Ja
10. Jeg fikk tilstrekkelig informasjon om min diagnose/mine plager	Ja	Ja	Ja	Ja
11. Jeg er tilfreds med egen deltakelse i behandlingen	Ja	Ja	Ja	Ja
12. Å delta aktivt gjorde meg mer tilfreds med planlegging og gjennomføring av behandlingen	Nei	Nei	Nei	Nei
13. Ble det utviklet en behandlingsplan for deg?	Ja	Ja	Ja	Ja
14. Behandlingsplanen har et klart mål	NA	Ja	NA	NA
15. Behandlingsplanen ble forklart på en forståelig måte	NA	Ja	NA	NA
16. Jeg er fornøyd med min behandlingsplan	NA	Ja	NA	NA
17. Vi samarbeidet om innholdet i behandlingsplanen	NA	Ja	NA	NA
18. Behandlingsplanen var nyttig	NA	Ja	NA	NA
19. Hva var spesielt bra med oppholdet på avdelingen?	Ja	Ja	Ja	Ja
20. Var det noe du ikke likte eller noe du mener bør forbedres?	Ja	Ja	Ja	Ja
21. Er det noe mer du har lyst til å fortelle oss om oppholdet på avdelingen?	Ja	Ja	Ja	Ja